



IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС СТОМАТОЛОГОВ

«Актуальные проблемы стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии»



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ТАШКЕНТ – 2021

УДК: 616.717.8+617.52-089]:616-7/.78-001.8

ББК: 56.65я 43

С 56

Ответственный редактор: проф. Шомуродов К.Э., доц. Туйчибаева Д.М.

Редакционная коллегия: к.м.н., доцент Ярмухамедов Б.Х., д.м.н., проф. Баймаков С.Р., Юнусов Р.А., т.ф.д., проф. Камилов Х.П., т.ф.д, проф. Бекжанова О.Е., т.ф.д. Муртазаев С.С., т.ф.д., проф. Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф. Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д., проф. Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н., т.ф.д., проф. Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф. Хасанов А.И., Нурмаматова К.Ч.

Под общей редакцией д.м.н. Хайдарова Н.К.

Технический редактор: Тохирова К.А., Сайдалихужаева Ш.Х

Настоящий сборник составлен по итогам IV международного конгресса стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», состоявшийся 10-11 декабря 2021г. в городе Ташкенте. Публикации представлены в соответствии с планом проведения конгресса. Опубликованы материалы, доложенные на конгрессе, а также тезисы по проблемам челюстно-лицевой хирургии стоматологии и фундаментальных исследований. Материалы конференции охватывают различные вопросы современной челюстно-лицевой хирургии, а также организации здравоохранения, фундаментальным и клиническим наукам. Рекомендуются для студентов, студентов магистратуры и клинических ординаторов, а также для практикующих врачей.

Статьи представлены в авторской редакции. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов. При перепечатке материалов сборника конгресса ссылка на сборник тезисов обязательна.



Уважаемые коллеги, гости и участники конгресса!

Вопросам сохранения стоматологического здоровья людей и тем самым улучшения показателям уровня жизни населения - сегодня уделяется приоритетное внимание государства. И очень важно, что эти темы занимают центральное место в повестке нашего конгресса, который объединил на своих площадках большое количество участников - представителей профильных специалистов, ведущих учёных, экспертов, врачей из многих регионов страны. В ходе конгресса нам предстоит обсудить широкий круг актуальных профессиональных проблем, обменяться накопленным опытом и передовыми практиками.

Уверен, что конгресс пройдёт в конструктивном, плодотворном ключе, а его рекомендации и предложения будут воплощены в жизнь.

Перед участниками этого крупнейшего мероприятия стоят масштабные задачи, в повестке дня широкий спектр вопросов, касающихся развития стоматологической отрасли. Программа конгресса насыщена самыми разными тематическими мероприятиями, которые внесут значимую лепту в решение задач здравоохранения.

Процесс интеграции различных уровней и организационных форм образования, науки и производства – это тенденция, которая постепенно охватывает все страны мира, в том числе и Узбекистан. И неслучайно в последние годы много говорится о создании форм, которые могут объединить научно-образовательный потенциал. Важно осознать, что подготовка высококвалифицированных специалистов – задача не отдельно взятого учебного заведения, а всей образовательной системы в тесной взаимосвязи с производством. Уровень образования в обществе увеличивает количество и скорость совершения научных открытий, а также быстроту их распространения в производственной сфере.

Всем крепкого здоровья, благополучия и новых научных свершений!

**Ректор Ташкентского государственного
стоматологического института**

Хайдаров Н.К.

КАТТАЛАР ВА БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ, СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

OG`IZ BO`SHLIG`I SALOMATLIGI

Azizova Sh.Sh., Sadikova I.E., Alijonov B.Sh.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Biobott85@gmail.com

Dolzarblik. Og`iz bo`shlig`i salomtligi ovqat hazm qilish a`zolarining boshlang`ich profilaktikasi uchun muhim omil hisoblanadi. Hozirgi davrda og`iz bo`shlig`I kasalliklari jismoniy og`riq hamda psixologik ta`siri natijasida insonlarning hayot kechirish sifatini pasaytirib yuboryabti. Ayniqsa periodontal kasalliklar og`iz bo`shlig`I strukturasi va funksional holatini buzishga olib keladi. Ushbu tezisda aholi orasidagi statistika natijasida topilgan eng ko`p og`iz bo`shlig`I salomatligiga ta`sir qiluvchi kasalliklar ko`rsatgichi haqida ma`lumot berilgan.

Maqsad. Bir qator tadqiqotlar shuni ko`rsatadiki og`iz bo`shlig`i salomatligi va umumiy hayot tarzi sifati yonma-yon boradi. Periodontal kasalliklar natijasida tishlarning yo`qotilishi kuzatiladi. Bu esa juda ko`p mablag` va vaqt talab qiladi, hamda chaynov samaradorligini pasaytirib yuboradi. Bu vaqtda profilaktik chora tadbirlari asosiy rol o`ynedi. Periodontal kasalliklarning o`tkir hamda surunkali turlari tafovut qilinadi. Bu kasallik suyak to`qima yo`qotilishi hamda yiringli eksudat hosil bo`lishi bilan kechadi. Periodontal bog`lamlarning zaiflashishi hisobiga tishlarning qimirlash darajasi oshib ketadi.

Materiallar va tadqiqot usullari. Og`iz bo`shlig`i salomatligi konferensiyasi tomonidan ishlab chiqilgan yakuniy standartlashtirish ishlari (1997. Shimoliy Karolino universiteti) og`iz bo`shlig`i salomatligi indeksini aniqlash uchun mo`ljallangan edi. Bunga ko`ra 3 ta parameter asos qilib olingan: ijtimoiy, psixologik va jismoniy. Og`iz bo`shlig`i salomatligiga ta`sir etuvchi omillar asosan, moliyaviy yordam yetishmasligi, chekish, yoshlikda ko`plab yuqumli kasalliklar bilan kasallanish kiradi.

Yana bir omil bu- tish kasalliklaridir. Bunda biz yumshoq va qattiq to`qima kasalliklarini farqlashimiz mumkin. Bemorlarning ruhiy holatini aniqlash uchun stomatologik kasalliklar shkalasi taqdim etiladi. Yuqori darajadagi kasallik bilan kasallanish uchragan joylarda asosan karies hamda gingivit eng ko`p uchrashi hamda ularning nojo`ya ta`siri ko`p ekanligi aniqlandi. (Guentch, Stier, Raschke, Peisker hamda boshqalar..) Bu dalil mohiyatan umumiylikni bildiradi. Vaqt o`tgan sari stomatologga borishga qo`rqqan insonlar keyinchalik og`iz bo`shlig`I salomatligiga e`tabor bermay qo`yadi va bu holat tish kasalliklari paydo bo`lishiga olib keladi. Bemorlarni ruhiy hamda moliyaviy jihatdan qo`llab quvvatlash og`iz bo`shlig`I salomatligini nazorat qilishga hamda uning holatini yaxshilashga yordam beradi. 2000-yildan boshlab bunday usuldan foydalanish boshqalarga turtki bo`ldi. Shu kabi ba`zi tashxislar va davolashning bemorga ta`sirini baholash uchun ko`plab tadqiqotlar olib borildi. Surunkali periodontit bilan og`rigan bemorlarning og`iz bo`shlig`I salomatligi holatini to`g`rilash va yaxshilash keyingi yigirma yil ichida topildi. (El-Sayed, Baumber, Vieland 2019). Makgrat aytganidek, shu kabi provayderlar juda ko`p bemorlarni qamrab olish va davolashni rejalashtirish bilan shug`ullanadi.

Xulosa. O`rganilgan manbalar natijasida, og`iz bo`shlig`i salomatligini normal holatda saqlab qolish- bu shifokorlar hamda bemorlarning oldidagi ma`suliyat. Tish kasalliklari profilaktikasi, og`iz bo`shlig`i gigiyenasi, ratsional ovqatlanish, to`g`ri ovqatlanish, vitaminlarga boy mahsulotlar iste`mol qilish o`g`iz bo`shlig`i salomatligini saqlashda asosiy vosita bo`lib qolmoqda.

KARIYESDAN ZARARLANGAN DENTINGA SELF-ETCHING PRAYMERLAR ORQALI ADGEZIYA

Azizova Sh.Sh., Sadikova I.E., Mamatqulov E.K.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Biobott85@gmail.com

Dolzarblik. Adgeziv tizimlarning 6-avlodi yordamida self-etching praymerlarining kariyes bilan ta`sirlangan dentin bilan aloqasi haqida. Bu avlod oltin standart hisoblanmasada bugungi kunda ishlatishga qulayligi va kam vaqt sarflanishi tufayli tobora ommalashmoqda. Uning adgeziya mehanizmini bilish undan maksimal samarali qo`llashga yordam beradi.

Maqsad. Adgeziv tizimning so`nggi avlodlari etching vazifani bajaruvchi ortofosfat kislotadan alohida foydalanishdan voz kechdi. Bu esa adgeziyaga ketadigan vaqtni kamaytirish kabi stomatologlar uchun bir qancha qulayliklarni keltirib chiqardi. 6-avlod etching vositalarni praymerlarga qo`shib 2 komponentli self-etching adgeziv tizimni yuzaga keltirgan bo`lsa, 7-avlod barcha adgeziv agentlar va etching vositalarni bitta komponentda saqlagan 1 qadamli adgeziv tizimni taklif etdi. Stomatologlar adgeziv tizimlarni kompozit va tish to`qimalar o`rtasida bog`lanish hosil qilish uchun ishlatadi va tajribada bunday , asosan, kariyesga uchragan holatda bo`ladi. (ba`zi nokarioz kasalliklar bundan istisno). Kariyes esa tishda emal va dentinni zararlashini hisobga olgan holatda stomatologlar adgeziv tizimni, ko`pincha, kariyes bilan ta`sirlangan dentinga qo`llashadi. Lekin, sog`lom dentin va patologiyaga uchragan dentinda adgeziya kuchi bir xilmi?

Materiallar va tadqiqot usullari. Mana shu savolga javob berish uchun tajribalar o`tkazilgan. Buning uchun 3 ta 6-avlod praymer adgeziv tizimlaridan foydalanamiz. (Clearfil Liner Bond 2, Clearfil Liner Bond 2V, A.R.T. Bond). Nekroektomiya va shakllantirish bosqichlaridan so`ng yuqoridagi 3 tizimlardan biri bilan bo`shliqqa ishlov beriladi. Keyin toj qismi kompozit bilan 4 mm balandlikda shakllantiriladi. 5 yoki 6 bo`lak 0.7 mm qalinlikda bondlangan yuzaga perpendikular holatda ishlatiladi. Patologik yoki normal dentin qumsoat konstruksiyasini hosil qilish maqsadida tahminan 1 mm² zonani kesishtirib izolyatsiyalanadi. Namunalar 1.2 mm/min tezlikda kreyskopf apparatida sinab ko`riladi. Bu bilan normal va kariyes bilan ta`sirlangan dentinga adgeziv tizim aloqasi kuchi tekshiriladi. Natijalar shuni ko`rsatdiki, Clearfil Liner Bond 2 va Clearfil Liner Bond 2V normal dentinga nisbatan kuchli adgeziya yuzaga keltirdi, ammo patologik dentinga sezilarli darajada kam ($P < 0.05$). A.R.T. BOND esa ikki xil tipdagi dentinga adgeziya kuchi o`rtasida sezilarli farq namoyish qilmadi. Uchchala adgeziv vositalar normal dentinda yupqa gibrid qavat yuzaga keltirdi. ($\pm 0.5-1.5$ mikron). Ular kariyes bilan ta`sirlangan dentinda 2 barobar yupqa gibrid qavat vujudga keldi.

Xulosa. Tajribalardan xulosa chiqarish mumkinki, patologiyaga uchragan dentin strukturasi bo'ladigan o'zgarishlar hisobiga bilan adgeziv tizimlar qanchalik zamonaviy bo'lmasin, ulolar bilan normal dentinga qaraganda kuchsiz aloqa hosil qiladi. Bu esa nekroektomiya roli nafaqat mikroorganizmlar koloniyasini yo'qotishda, balki kompozit bilan tishning bir-biriga adgeziyasida ham katta ekanini isbotlaydi. Ayniqsa o'rta va yuza kariyesda nekroektomiyani maksimal qilish orqali stomatologlar adekvat adgeziyaga erishishi mumkin.

ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF ANTIINFLAMMATORY PREPARATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES OF 2 TYPE

Bekenova P.A., Satemirova S.E., Aukenov D.E., Kaliyeva D.N., Kalibekova A.K.

*Semey Medical University, Non-Commercial Joint-Stock Company
piko_201092@mail.ru*

Relevance. Diabetes mellitus is a common endocrine disease, which belongs to the risk factors for the development of changes in periodontal tissues. The presence of diabetes mellitus in patients can cause the development of structural and functional changes in the maxillofacial area, and also increase the risk of changes in the tissues of the parodontium. At the same time, the nature of these changes and the degree of influence of diabetes mellitus on the state of the tissues of the parodon are insufficiently studied. In this regard, it is necessary to pay great attention to this problem in order to provide timely assistance to these patients in order to avoid rather serious complications.

Purpose of the work: to study the effectiveness of the use of Cholisal-gel in the complex treatment of inflammatory periodontal diseases in patients with type 2 diabetes mellitus.

Materials and methods: we studied Cholisal-gel, which includes the main active ingredients - choline salicylate and cetalkonium chloride and auxiliary substances - glycerin, methyloxybenzoate, hydroxymethylcellulose, anise oil. The study included 10 patients with chronic generalized periodontitis of moderate and moderate severity, complicated by periodontal abscesses against the background of type 2 diabetes mellitus, mean age 40 ± 1.5 years. In this group, the anti-inflammatory and hemostatic effect of the drug on the inflamed periodontal soft tissues was studied. Gel "Cholisal" was used at the periodontal reception and was used by patients independently twice a day (morning and evening) for 10 days.

All patients underwent a complex of professional hygiene. The method of treatment consisted in the fact that the gel was applied to the gums immediately after opening the abscess for 5 minutes, during which the gums were isolated from saliva. Processing was carried out 3 times a week. Depending on the severity of the process, the course ranged from 7 to 8 procedures. The assessment of the anti-inflammatory effect was carried out on the basis of the dynamics of the PMA indices in the Parma modification and the Müllemann sulcus bleeding index in the Cowell

modification, which were determined during the examination before the start of treatment and every subsequent week.

The results of the study showed: a decrease in the PMA index from 48% at the beginning of the study to 30.2% after one week of application, and after another week, this figure dropped to 23.8%. The bleeding of the gums after one week of using the gel decreased by 25.5%, and after two weeks the hemostatic efficiency was 50%. Thus, the results of the study showed the effectiveness and feasibility of using "Cholisal" -gel in the treatment of inflammatory periodontal diseases in patients with type 2 diabetes mellitus.

AIR - ABRASIVE POWDERS AND THEIR COMPOSITION

Iminjonova G.R.

Tashkent State Dental Institute

gulmira231096@gmail.com

Air-abrasive or Air-flow systems, translated from English as "air-flow", are used to remove pigmentation and plaque from the surface of teeth, including in hard-to-reach places. An aerosol stream is formed from a mixture of powder-abrasive, water, and compressed air. Dropping pressure from the tip of the instrument, the flow of particles effectively and quickly removes soft dental deposits from the tooth surface.

Powder Air-Flow Classic (EMS) - based on sodium bicarbonate with an average particle size, which is considered a low abrasive, fine powder. Contains various flavors. It is used to remove supragingival deposits and pigmented plaque.

The air-flow soft powder is a low abrasive, finely dispersed powder, glycine is considered the main component. The average particle size is 65 microns. It is used for the treatment of teeth for patients with sensitive periodontal disease, as well as for patients who need frequent and regular professional hygienic dental procedures.

Powder "Air-Cleans" prof - sodium bicarbonate is used as the main component with a particle size that allows cleaning with a gentle effect on the tooth's hard tissues. Suitable for both removal of hard dental plaque and preparation of carious cavities. Contains an active abrasive - aluminum oxide (30-45 microns).

Erythritol is a polyhydric alcohol, a natural sweetener found in natural products and synthesized artificially, and is widely used in the food industry. Erythritol-based air polishing powder - Air-Flow® Plus. It contains 0.3% chlorhexidine and has the smallest particle size at 14 microns. Its cleaning effect is due to the high density of the particle flux. Due to its very low abrasiveness, the powder can be used for both supra- and subgingival polishing.

EARLY DETECTION OF ORAL MALIGN LESIONS

Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Aripova D.U., Ruziboyev Sh.

Tashkent state dental institute

Introduction. An analysis of the recent literary sources indicates that one of the common diseases of the oral mucous membrane and the red border of the lips are diseases accompanied by hyper- and dyskeratosis, there are lichen planus, leukoplakia, various forms of cheilitis, known as facultative precancers, with a frequency of malignancy up to 19% (Kamilov Kh.P., Kadyrbaeva A.A., 2019).

Currently, such techniques are known as stomatoscopy, photostomatoscopy, luminescence study when exposed to ultraviolet rays (Wood's rays), fluorescence diagnostics (Bulgakova N.N., 2015; Krikheli N.I., 2016).

Material and methods. 50 patients with precancerous diseases of the oral mucosa were examined at the age of 25-80 years at the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute for the period of 2017-2020. Among them there were erosive and ulcerative form of lichen planus - in 27 patients (54%), erosive leukoplakia - in 12 patients (24%), verrucous leukoplakia - in 8 patients (16%); traumatic ulcer - in 2 patients (4%), cheilitis - in 1 patient (2%) identified.

For the autofluorescence stomatoscopy of the oral mucosa, the AFS-D set ("Polironik") was used.

As a result of the AFS study, one third of those who applied were found to have a lesion of the oral cavity in the form of an increase or decrease in the intensity of autofluorescence. Thus, in 16 patients (31.3%), autofluorescence differed from the luminescence of a healthy oral mucosa. Among them, 42 patients (84%) with erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa showed a decrease in fluorescence, which was revealed in the form of dark areas without visible luminescence. In foci of increased keratinization, an increase in fluorescence was noted in the form of a bright white glow.

Conclusion. The use of autofluorescence stomatoscopy for screening in dentistry makes it possible to detect differences in the glow of healthy and pathologically altered tissue, as well as improve visualization and objectively determine the area of the affected surface. In addition, the device of autofluorescence stomatoscopy can be considered an effective method for assessing the outcome of treatment and optional diagnostics of oral precancers in dynamics.

EFFECTIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF HERPETIC STOMATITIS

Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Shakirova F.A., Buriev A.Ye., Gafurov A.A.

Tashkent State Dental Institute, Tashkent

Introduction. Herpes viral infection (HVI) occupies one of the leading places among viral diseases in humans due to the wide-spread prevalence of the virus and the ability to be persistent perpetually in humans after a primary infection. According to the WHO, from 90 to 100% of the world's population are infected with herpes simplex viruses (HSV) of the 1st and 2nd types. Based on the results of the analysis of scientific research and scientific literature data, one can come to the conclusion that there is a need for large-scale research on this problem in Uzbekistan. The aim of research was to study of the effectiency of applying biological active additive Reptin-plant within the complex treatment of herpetic stomatitis patients and therapeutic effect of photodynamic therapy with the PDU device in patients with HSV. Under our supervision, there were 75 children diagnosed with HSV at the age of 18 to 40 years, divided into three groups, depending on the therapy. All patients were mainly treated on an outpatient basis. Analysis of the data obtained from the

treatment results showed that the group of patients with HSV received complex treatment (traditional treatment + Reptin-plant + PDU) was more effective than traditional therapy alone.

Analysis of the data obtained from the treatment results showed that in the 3rd group of patients with HSV, complex treatment (traditional treatment + Reptin-plant + PDU) was more effective than traditional therapy alone. Weakening or disappearance of symptoms of intoxication of the body and pain in the OM was earlier for 3-5 days in the 3rd group than in the 1st and 2nd group of patients with HSV. The processes of partial epithelization and complete foci of destruction and lesion occurred 4-5 days faster than in patients of the 1st and 2nd groups.

Moreover, in the 3rd group of patients with HSV, the frequency and severity of recurrent HVI decreased by 1.5-2 times compared with patients in the 2nd group. Also, in this group of patients, we noted the lengthening of the duration of remission by an average of 1.5-1.8 times, in contrast to the control group of patients (3rd group of HSV).

In the study of the long-term results of treatment in several patients, we noted the following processes, namely, if the patient appealed with seeking a help at the very beginning of the next relapse of the disease, the appointment of PDU to him in the so-called prodromal (catarrhal) period of the disease led to the fact that the relapse of the disease proceeded in the abortive form. In this case, the phenomenon of vesicular eruptions did not occur, and clinical recovery occurred in the shortest possible time - 5-7 days.

When using PDU, traditional therapy and a biologically active food supplement based on a lipid concentrate from the biomass of snakes of the ERYX genus - Reptin-plant (made in Uzbekistan), patients of the 3rd group observed earlier disappearance of symptoms of HVI intoxication.

IMPROVING THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS

Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Bakhramova F.N., Usmanova L.B.

Tashkent state dental institute

Introduction. A correct diagnostics of recurrent aphthous stomatitis (RAS, sometimes also called recurrent oral ulcers or ulcers) is a central element of dentistry issues. Aphthous ulcers have been carefully defined so that they can be differentiated from many other types of recurrent oral ulcers that are not associated with systemic abnormalities (M.Kh. Ibragimova, 2019). Objectively, the prevalence rate is incredibly high, but if RAS is defined as more than two spontaneously occurring episodes per year, then the average prevalence in the population is about 10%, which seems reasonable. Many studies struggle with definitions and ask if subjects ever had mouth ulcers. Reported estimates range from 1.5 to 28% in different parts of the world according to the WHO, suggesting that there may be genetic differences that account for these geographic differences. Current evidence suggests that RAS may be the result of an abnormal cascade of cytokines in the oral mucosa, which leads to a cell-mediated immune response directed to the focal area of the oral mucosa (Alimova D.M., 2021).

Material and research methods. 30 patients with chronic recurrent aphthous stomatitis of the oral mucosa were examined at the age of 25-80 years at the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute, in 2017-2020. All the patients had RAS treatment using the infrared spectrum of PDT.

Results. Before treatment, all studied patients complained of pain and discomfort in the oral cavity, aggravated by the intake of spicy and acidic foods, 75% complained of a burning sensation of the oral cavity, 35% had hypersalivation. Treatment of patients with PDT led to the complete elimination of complaints already on the 5th day. As PDT was exposed to the erosive surface, the level of pain intensity decreased. The most pronounced decrease in the intensity of pain syndrome was revealed in the first three days from the start of therapy. Their epithelialization rate averaged 3.5 days. Another important criterion for the effectiveness of HRAS treatment is the duration of remission, which was 120 ± 21.3 days with the use of 1 course of PDT, after three courses of application it was 146 ± 32.5 days.

Conclusions. Thus, photodynamic therapy can be considered an important key to improving the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis and indeed increasing the effectiveness of its treatment.

QUALITATIVE COMPOSITION OF SALIVA MICROBIOTA IN PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS

Karkimbayeva G.A., Zhumabayeva K.Zh.Dosberdiyeva G.T.

*Al-Farabi Kazakh National University, Department of Clinical Specialties
Higher School of Medicine Almaty, Kazakhstan
gulshahar_07@mail.ru*

Relevance of the topic. Currently, inflammatory periodontal diseases are one of the most important problems in dentistry, due to the widespread prevalence of the disease among the adult population and the high incidence of relapses. The oral mucosa and the lymphoid apparatus of the maxillofacial region play a unique role in the interaction of the human body with the surrounding world of microbes. In modern dentistry, there are different opinions on the choice of methods for diagnosing periodontal diseases, but most scientists agree on the need for microbiological research.

Based on the study of literature data, we came to the conclusion that today there is no consensus on the role of individual groups of microbes in the pathogenesis of periodontal disease.

Purpose of the study. Study of the qualitative composition of saliva microbiota in patients with chronic generalized periodontitis of varying severity.

Material and research methods. Microbiological examination of the saliva of 65 patients with chronic generalized periodontitis in order to identify the qualitative composition of the saliva microbiota was carried out at the Viva-Dent dental clinic in Almaty. All patients were divided into groups according to the severity of the disease, the diagnosis was made based on the data of the clinical study and the results of X-ray examination. The material for bacteriological research was saliva, which was collected in test tubes. The obtained samples were transported to the laboratory of our

university. The crops were incubated at t 30-37 ° C for 18-48 hours. After incubation, the cultural, morphological and biochemical properties of the isolated cultures were studied. The biochemical properties of the culture were identified to a species level on a bacteriological automated analyzer "VITEK-2 Compact".

Results and its discussion. The spectrum of isolated strains of microorganisms from saliva in patients of group I was as follows: gram-positive bacteria accounted for 70.6%, gram-negative 17.6%, Candida fungi 29.4%, anaerobes 35.3%; in patients of group II, gram-positive bacteria accounted for 80%, gram-negative 53.3%, Candida fungi 40%, anaerobes 67%; in group III patients: gram-positive bacteria accounted for 92%, gram-negative 75%, Candida fungi 33.3%, anaerobes 83.3%. The species composition of the isolated strains was represented by the following microorganisms: among the gram-positive bacteria Streptococcus pneumoniae and Streptococcus pyogenus; Bacteroids Prevotella oralis predominated among Gram-negative; Candida fungi - C. albicans prevailed; the anaerobic flora was represented by Prevotella disiens, Peptoniphilus asaccharolyticus, and Peptoniphilus indolicus.

Conclusion. In patients with chronic generalized periodontitis, the contents of saliva often contain a combination of several types of bacteria. Our studies have also shown that the dominance of the anaerobic flora is found in moderate to severe disease, when significant destruction of the alveolar bone occurs. Conducting microbiological studies in patients with chronic generalized periodontitis allows substantiating the etiological diagnosis of the disease, prescribing adequate antibiotic therapy aimed at sanitizing the patient from pathogens.

FREQUENT COMPLICATIONS OF DENTAL IMPLANTATION

Melkumyan T.V., Iminjonova G.R., Dadamova A.D.

*Tashkent state dental institute
gulmira231096@gmail.com*

Against the background of the introduction of dental implantation into a dental practice, the expansion of the testimony to implantation and, despite the avalanche-shaped increase in the number of implants installed by dentists, does not decrease, and according to a number of authors, the number of complications increases.

Despite the fact that implantation in recent years has a high level of success in the early postoperative period, more and more information about the risk of remote complications appears in the scientific literature. Inflammation of the tissues surrounding an osteogenic implant is one of the main problems of implantology.

So, according to F. Van Velzen et al. (2014) The frequency of successful implants amounted to 91.6% of cases, but in the future 10-year observation showed that 7% of patients develop peri-implantitis. N. A. Khachikyan et al. (2015) report that the frequency of complications ranges from 10 to 15%.

The reasons, according to various authors, are several factors affecting the development of peri-implantitis. One of the reasons is the loss of bone tissue associated with a genetic predisposition. The resulting L. Sun et al. (2016) Data on MICRORNA-137, which plays a key role in many biological processes, such as morphogenesis, invasion, proliferation, differentiation, metabolism, apoptosis and cellular migration, confirm the key value of the genomes of the cells of the source

tissue in the system with other factors affecting the outcome implantation.

According to foreign researchers, peri-implantitis mucositis and peri-implantitis arise as a result of the underestimation of risk factors, errors in planning the treatment, and effects of anaerobic flora with high adhesiveness, invasiveness, and toxicity.

In Ettlingen in 1993, at the European seminar, peri-implant diseases were also defined and described.

On the 7th European seminar in 2011, it was noted, the presence of bleeding during probing is associated with a change in the height of the alveolar ridge, which is a key feature of the periimplantitis.

According to the clip of A and its co-authors: assessing the success of implantation, it is also appropriate to allocate some problems related to this treatment. Both technical and biological complications are often ignored, reporting the long-term results after implantation. On the etiology of peri-implant diseases, various opinions were expressed. Some even ignore this condition as a clinical problem.

EFFECTIVENESS OF ANTISEPTIC DRUGS IN CHILDREN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS

Mukhtorova M.M., Abduazimova L.A., Mukhtorov S.M.

Tashkent state dental institute

mukhtorova993@gmail.com

Chronic catarrhal gingivitis is a problem of modern dentistry, its high prevalence, tendency to progress, and multifaceted effects on the dental-skeletal system and the body in general. This is especially true in young patients, as patients are not always ready to pay attention to their dental health, and untimely treatment leads to more periodontal tissue damage.

The high prevalence of periodontal inflammatory diseases among children, labor intensity and lack of radical treatments, and the effectiveness of the existing system for the prevention and treatment of periodontal disease require a new early diagnosis and differential approach to treat this pathology. Many drugs that have anti-inflammatory effects are used in dental practice today. An analysis of the literature shows the uncertainty of the results of the application of different methods of treatment and prevention of chronic gingivitis. Therefore, it is expedient to develop and study the effectiveness of the use of HEPILOR in children in the treatment of chronic catarrhal gingivitis.

HEPILOR drug - an oral solution, has antibacterial and antifungal effect, analgesic, antipyretic and anti-inflammatory effect. The drug acts on gram-positive and gram-negative microorganisms, aerobes (staphylococci, streptococci, actinomycetes) and anaerobes (fusobacteria, prevotella, porphyromonads, treponema) in dental caries. At the same time, it disrupts their growth and development. The active ingredients of the drug HEPILOR remain in the mucous membrane of the oral cavity, and their gradual release has a long-term therapeutic effect.

Purpose of the study: The aim of this study was to increase the efficacy of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children of pubertal age using the drug HEPILOR.

Research materials and methods. The work was carried out at the Department of Pediatric Therapeutic Dentistry and Polyclinic TDSI. 55 children aged 12 to 18 years diagnosed with chronic catarrhal gingivitis were examined. All participants in the study were provided with professional hygiene (removal of dental caries, superficial and subcutaneous stones, polishing of old fillings). The children were divided into 2 groups. The first used conventional and the second complex (Hepilor drug) treatment.

The results obtained

1. As a result, an algorithm for diagnosis and complex treatment using the drug Hepilor was developed;
2. Use of the drug Hepilor shortened the recovery period of inflamed tissue (5-6 days);
3. Administration of Hepilor in children with ChCG complex treatment was 3 times more effective than in the comparison group.

Conclusion. Thus, treatment with the drug Hepilor showed maximum effectiveness after receiving the results of periodontal and oral mucosal studies in adolescents with lesions of various nature.

BURUN SHAKLINI BAHOLASH USULLARI

Mukimov I.I., Mukimov I.Sh.

Tashkent state dental institute

Asher-McDade lab va tanglay kemtiklari bo'lgan bemorlarda nazolabial sohani baholash usulini ishlab chiqdi, bu juda mashhur bo'lib qoldi. Ushbu tasniflash sxemasi an'anaviy sefalometrik tahlil va tish yoyini baholash bilan birgalikda ishlatilishi mumkin. Usul yuzning nazolabial sohasi ta'sirini kamaytirish uchun ishlab chiqilgan edi, chunki baholovchilarga yuzning umumiy jozibadorligi ta'sir ko'rsatgan. Tartibli o'lchov olti hakamning bahosi asosida o'rnatildi (yoriqning holati bilan tanish bo'lgan barcha ortodontlar). Ushbu standartlashtirilgan baholash tizimidan turli xil terapevtik davolash markazlarida olingan natijalarni ajratish uchun foydalanish mumkin.

Bekker tiklangan lab kemtiklarini baholashda klinik tekshiruv va raqamli morfometriyani taqqoslash bo'yicha tadqiqot o'tkazdilar. Ular nazolabial ko'rinishni tavsiflovchi 20 ta o'zgaruvchidan oldindan belgilangan protokoldan foydalanganlar, ham klinik tekshiruv, ham raqamli kamera tasvirlarini baholash uchun. Ikki usul o'rtasidagi o'zaro bog'liqlikni tahlil qilish yondashuvlarning yuqori darajadagi izchilligini ko'rsatdi. Metrik o'zgaruvchilar uchun o'rtacha korrelyatsiya koeffitsienti 0,73 ni tashkil etdi va barcha o'lchovlar birlashtirilganda koeffitsient 0,98 ga etdi. Mushaklarning dinamikasi bilan bog'liq o'zgaruvchilar fotosuratlariga ma'lum sabablarga ko'ra baho berilmadi. Shu bilan birga, tasvirni skanerlash burun burchagining minimal moyilligi va o'lchov burchagi bilan burni aniqroq aniqlashga imkon berdi.

Jonson va Sendi lablar va tomoqlarning ikki tomonlama kemtiklarini jarrohlik davolash estetikasini baholash uchun indeks ishlab chiqdilar. Tadqiqotda ikki xil vaqt oralig'ida ettita ortodontist tomonidan 50 nafar bemorning fotosuratlari baholandi. Tashqi ko'rinishi yuqori labning simmetriyasini, chandiqlarni va labning qizil

chegarasining frontal ko'rinishda davomiyligini baholash orqali baholandi. Burunning tashqi ko'rinishi burun teshiklarining simmetriyasini, qanotlarning asosini va kolumella markazini baholash orqali baholandi. Kelishuv darajasi aniqlangandan so'ng klinik foydalanish uchun 5 balli shkala o'rnatildi.

Kim nazolabial deformatsiyani miqdorini aniqlash uchun kemptikli bemorlarning tasvirlarida topilgan to'rtta parametрни taqqoslaydigan vosita taklif qilingan: ikki burun teshigi orasidagi burchak farqi; har bir burun teshigining markazi va ikkala markaz orasidagi masofa; burun teshiklarining ustma-ust tushish maydoni; va ikki burun teshigining ustma-ust tushgan nisbati. Uch xil vaqt oralig'ida uchta plastik jarroh tomonidan tahlil standartlashtirildi. Usul ishonchli ekanligini isbotladi va deformatsiya darajasini aniqlashni osonlashtirdi.

Nollet lab va tanglayning bir tomonlama kemptigi bo'lgan bemorlarda burun ko'rinishini baholash va ularni oltita markaz Eurocleft tadqiqot natijalari bilan alohida taqqoslash bo'yicha tadqiqot o'tkazdilar. Nazolabial estetika, tish tiqilishi va bo'shliq kengligi o'rtasidagi bog'liqlik ularning markazidagi 42 bemorda o'rganilgan. Nazolabial lablarning tashqi ko'rinishi estetik indeks yordamida baholandi va keyin oltita Eurocleft markazlari natijalari bilan taqqoslandi. Teshik kengligi tug'ilish paytida yuqori jag'ning gipsli gipsida o'lchandi. Mualliflarning ta'kidlashicha, bemorlarning 90 foizida umumiy estetik munosabatlar darajasi 2,0 dan 3,7 gacha bo'lgan. Bemorlarning natijalari A, D, E va F markazlaridagi natijalarga o'xshash edi; C markazidagi bemorlarning natijalaridan sezilarli darajada yaxshiroq edi; va B. markaziga qaraganda sezilarli darajada yomonroq, estetika, tishlarning tiqilib qolishi va bo'shliqning kengligi o'rtasida hech qanday bog'liqlik qayd etilmagan. Mualliflar davolash protokoli natijalardagi farqlarni tushuntirib bera olmaydi degan xulosaga kelishdi.

Raposo-do-Amaral Mohler, Cutting va Dayan usullaridan foydalangan holda (burun mintaqasidagi o'zgarishlar bilan bog'liq) to'liq bo'lmagan birlamchi labda plastmassasini boshdan kechirgan to'liq bir tomonlama tanglay kemptigi bo'lgan bemorlarda lab va burun assimetriyasining foizini baholadi. Yana bir maqsad, operatsiyadan oldin va keyin lablar assimetriyasining foizini solishtirish edi. Ular fotosuratlarda aniqlangan anatomik elementlar orasidagi masofa va masofani o'lchashdi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan oldin labda assimetriyasining o'rtacha ko'rsatkichi taxminan 43,16% ni tashkil etdi va operatsiyadan keyin 4,04% gacha kamaydi (bu farq statistik jihatdan ahamiyatli edi). Operatsiyadan keyingi kuzatuv paytida burunning o'rtacha assimetriyasi 19,5% ni tashkil etdi, 4% dan 45% gacha. Mualliflarning ta'kidlashicha, birlamchi lab plastiasi yoriq bilan og'rikan bemorlarda lablar assimetriyasini va burun deformatsiyasini tuzatish uchun samarali hisoblanadi.

Fudaley lab va tanglayning bir tomonlama to'liq kemptigi bo'lgan bolalarda nazolabial sohaning simmetriyasi va estetikasi o'rtasidagi munosabatni baholadi. Ushbu mualliflar bir tomonlama kemptiklari bo'lgan bolalar va sog'lom bolalarning nazorat guruhi (o'rtacha 11 yoshu 2 oy) ning bazal va frontal fotosuratlarini tekshirdilar. Antropometrik o'lchovlar va assimetriya koeffitsientidan foydalanib, bitta mutaxassis nazolabial simmetriyani o'rnatdi. Mualliflar yoriq guruhi va nazorat guruhi o'rtasida statistik jihatdan muhim farqni aniqladilar. Mualliflar tadqiqot

natijalariga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan cheklovlarni, shu jumladan qo'l kamerasidan foydalanishni (boshning aylanishi simmetriyaga ta'sir qilishi mumkin degan ma'noni anglatadi), juda keng yosh oralig'ini va bitta tekshiruvchidan foydalanishni tasvirlab berishdi.

IMPROVEMENT OF DENTAL CARIES PREVENTION IN CHILDREN WHEN USING AERODENT DEVICE

Rakhmatova D.S.

Bukhara State Medical Institute.

Dental caries in children is a more serious health problem due to the high prevalence of the disease and the low efficiency of the treatment and prevention measures. At the same time, the trends in the formation and development of dental morbidity in the child population under conditions of an increased anthropotechnogenic load of the urban environment, as well as the planning and implementation of comprehensive programs for the prevention of dental diseases, adequate to the degree of stress in the sanitary and hygienic situation and environmental problems require further clarification. Improvement of preventive, diagnostic and therapeutic measures based on the study of monitoring dental morbidity, aimed at reducing the prevalence and intensity of caries in children, determines the relevance of the problem chosen for the study, the solution of which is of extremely important scientific and practical importance.

Relevance: Treatment of injuries of the dentoalveolar region in children often causes difficulties for the dentist, worries the child and the parents. Traumatic damage to teeth is more common as an independent type of trauma in children. Tooth trauma is understood as violations of the anatomical integrity of the tooth, surrounding tissues or changes in the position of the tooth in the dentition.

According to both domestic and foreign authors, every 3-4 children are susceptible to acute dental trauma to one degree or another. Most cases are caused by falls or accidents while playing or playing sports. More often, damage occurs in boys. Deep incisal overlap is a predisposing factor. An incisal overlap of 3-6 mm doubles the incisor injury rate compared to 0-3 mm. An incisal overlap of more than 6 mm increases the risk by 3 times.

For the prevention and treatment of these diseases, you can use the dental cleaning capsule "Aerodent". Currently, there are an increasing variety of dental cleaning products for children, but their ineffectiveness and difficulty in using results in an increase in infectious diseases of the oral cavity, stomatitis and dental caries. According to A. Cameron, R. Widmer, 2003, the incidence of 22% of children is injured in permanent teeth before the age of 14. The ratio of boys and girls is 2: 1. The greatest number of cases is observed at the age of 8-10 years. Mostly the upper anterior teeth are damaged. More often one tooth is damaged. Diagnosing the degree of tooth damage after a stroke is difficult.

The treatment of injuries involving pulp damage or tooth displacement is always risky, as its consequences are unpredictable. The choice of treatment tactics will depend on the nature of the injury, opening the pulp chamber, maintaining the viability of the pulp and the growth zone, the stage of root formation, and the timing

of admission to the clinic after injury. In addition, damage to the apical vessels can lead to the death of periodontal tissues and disrupt the growth and formation of the tooth root. The largest number of errors is associated with the treatment of teeth with immature roots. The principles of treating dental trauma in adults are not always valid for children. This requires a differentiated approach to dental treatment, depending on the degree of root formation in length.

The advantages of "Aerodent" are as follows:

- The cleaning capsule uses a medicated extract instead of water.
- Our utility model is multi-chambered, that is, it has 30 tubes that facilitate cleaning of teeth from all surfaces of the tooth and dental spaces.
- The main function of our model is fast and high-quality treatment of purulent inflammation of the oral cavity.
- Using the cleaning capsule is a very simple and one-step process and can be used by children.
- It can be used as a toothbrush to neutralize acids and maintain the normal biological environment of the oral cavity.

This useful model can be used in dentistry and otolaryngology for washing teeth and oral cavity. The cleaning capsule can be used for the treatment and prevention of oral stomatitis, trophic wounds, damage to the mucous membrane, dental caries and organic changes in the hard tissues of the teeth.

The main purpose of using cleaning capsules:

Cleaning and neutralizing acids from tooth surfaces after meals.

- Normalization of ph environment in the oral cavity.
- Restoration of oral eobiosis and reduction of pathogenic microorganisms.
- Preservation of the organotrophy of teeth and gums.

Correct formulation of fast, cheap, effective treatment and prevention of dental caries and stomatitis. Dental capsule "Aerodent" consists of 2 parts "mouthguard corresponding to the shape of the dental sulcus" and "ampoule for the extract".

These parts of the cleaning capsule are interconnected and are used to clean the contact surfaces of the teeth (fasiec contactus), preserve the internal ph environment, and normalize the eobiosis of the oral cavity.

The ampoule for the extract is a special hermetic vessel, it has a tube through which the extract passes into the capa vessels under high pressure. The ampoule can be made of nickel or silicone. The volume of the ampoule is 800 cm³ and contains 800 ml of liquid.

A single use consumes 10 ml of liquid, which means that it can be used about 80 times. The liquid comes out of the ampoule in the form of an aerosol. It is used by children after meals to maintain the constancy of the dentition, and to reduce food residues and pathogenic microorganisms in the oral cavity. Using the "Aerodent", the child puts on a mouthguard and presses the aerosol button, with the extract released under high pressure cleans the teeth of the upper jaw from top to bottom and the lower jaw from bottom to top.

Purpose of the study: Now in the world they use Water flosser (WP-660E2-instruction-manual.pdf) and DENTAL SPA water floss irrigator, they are used not for

the treatment of diseases of the oral cavity and teeth, but only for their prevention. The "Aerodent" model is different from them.

Material and methods. The composition of the extract is a liquid suspension, a tincture, and a clear liquid; to determine the type and composition of the extract, the type of disease, stage, patient's condition, age and purpose of use are taken into account.

Depending on the type and condition of the disease, the composition of the ampoule liquid is determined:

1. Separate extract for the treatment of stomatitis.

2. Separate extract for the treatment of dental lesions.

3. Separate extract for flushing and prevention of oral diseases.

The dental capsule can be used by children from 4 years of age. Use after meals, putting on a mouthguard, press the aerosol button. In this case, the released aerosol spreads from the dental cavities throughout the oral cavity.

Indications for the use of dental capsules: for prophylaxis before and after dental lesions and diseases of the oral cavity, stomatitis, gingivitis, periodontal disease, inflammation of the oral mucosa, caries, cleaning and prevention of the formation of yellow plaques in the coronal part of the tooth, to protect the oral cavity from pathogenic microorganisms.

Contraindications to the use of dental capsules: mainly for surgical operations performed in the oral cavity, acute focal and widespread purulent inflammation, with acid and thermal burns of the oral cavity and in children with non-erupted teeth.

Research results: 30 patients used this capsule, 20 patients often suffered from stomatitis and were used to treat stomatitis, and the remaining 10 were used for the prevention and maintenance of the normal biological environment of the oral cavity. Patients who often suffered from stomatitis, after using the capsules, the last three months, the disease has not been observed.

The users for the prevention and maintenance of the normal biological environment of the oral cavity, supporting "Aerodent" said that they had problems with the capsule during sleep.

Conclusion: Currently, for a quick, effective, harmless and cheap treatment and prevention of dental caries and stomatitis in children and adults, you can use a cleaning tooth capsule. Dental capsule "Aerodent" provides a clean environment in the oral cavity, normal condition of teeth and oral mucosa. Patients breathe freely and feel clean cold air. Antibacterial agents kill pathogenic microorganisms. Scientific work is patented No. FAP - 20190031

ENDODONTO-PARODONTAL SHIKASTANISHLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Zoyirov T.E., Indiaminova G.N.

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti

gavhar.3003@mail.ru

Klinik amaliyotda stomatologlar ko'pincha endodont va parodont to'qimalarining birlashgan zararlanishiga duch kelishadi. Ushbu holatlar endodonto-perodontal shikastlanishlar (EPSH) deb ataladi va endodont va parodontdagi

yallig'lanish va destruktiv o'zgarishlar bilan kechadigan parodontal kasallikning kombinirlangan shikastlanishini anglatadi. Ushbu murakkab patologiya shifokor uchun diagnostika nuqtai nazaridan muhim muammolarni keltirib chiqaradi va ularning klinik ko'rinishlari, endodontiya va parodontologiyada diagnostika va davolash tamoyillari to'g'risida keng bilim va tushunishni talab qiladi. Parodontal to'qimalarda yallig'lanish jarayoni tishlarning pulpasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi: II darajali umumiy parodontit bilan pulpada qaytarilmas o'zgarishlar tishlarning 54-56 foizida aniqlangan. Parodont, pulpa va periodontdagi surunkali yallig'lanish odontogen o'chog'i sifatida qaraladi, bu esa o'z navbatida surunkali stomatogen o'choqning tarkibiy elementi hisoblanadi. Ushbu muammolarni hal qilish bu sohadagi tadqiqotchilar uchun dolzarb hisoblanadi.

Endodontoparodontal shikastlanishlarning oldini olish va davolash bo'yicha samarali choralarini ishlab chiqish bo'yicha butun dunyo bo'ylab izlanishlar olib borilmoqda. Shu nuqtai nazardan, endodonto-parodontal shikastlanishlari bo'lgan bemorlarda pulpa-parodontal to'qimalarning hujayra tuzilmalaridagi patologik jarayonlarning tizimli klinik, biokimyoviy, funktsional aloqalari va bu jarayonning parodontitning og'irligiga qarab o'zgarishlarning prognozi, shuningdek samarali davolash choralarini ilmiy asoslash alohida ahamiyatga ega. Xususan, parodontitni an'anaviy davolash samaradorligi o'zgarganda pulpaning funktsional holati, tavsiya etilgan Vektor apparati, parodont kasalliklari rivojlanishida parodontning qon aylanish tizimi, sitokin profillarining qiymatini ilmiy asoslash orqali turli darajadagi parodontitni davolash bo'yicha samarali va zamonaviy yondashuv tizimini ishlab chiqish lozim. Endodonto- parodontal yallig'lanishlarni davolashda "Vektor" apparati joriy etilishi alohida ahamiyatga ega va tomirlar tizimini tabiiy ozon bilan boyitish orqali davolashning ilmiy asoslangan zamonaviy samarali usullarini ishlab chiqildi.

Yuqorida qayd etilgan ma'lumotlar muammoning dolzarbligini va bu mavzuda zamonaviy adabiyotlar va metodlarga asoslangan holda yangi ishlarni yaratishga asos bo'lmoqda.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АЛЛОМЕДИН» ПРИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Абдувалиев Н.А.

*Андижанский государственный медицинский институт
ganiev1957@mail.ru*

Цель исследования: оценить эффективность (терапевтическую эквивалентность) местного применения геля «Алломедин» (степень уменьшения объективных и субъективных симптомов) у пациентов, страдающих рецидивирующим простым герпесом, в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем); оценить безопасность (побочные эффекты, переносимость) местного применения геля «Алломедин» в купировании рецидивов простого герпеса, путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент обоого пола от 20 до 71 года (средний возраст – 40,7±2,1 года): 16 мужчин и 35 женщин с клинически установленным диагнозом: «хронический

рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 16 (31,4%) больных: (7 мужчин и 9и 26 женщин). Все пациенты, участвующие в исследовании, имели обострение ГИ (не позднее 3 дня от начала рецидива). Среднее число обострений заболевания в год составило $4,1 \pm 0,4$. 98% больных предъявляли характерные жалобы (74,5% – на зуд в очаге, 47,1% – на боль и 68,6% – на жжение). В течение 2 месяцев до начала лечения и при данном обострении больные не принимали какие-либо противовирусные или иммуномодулирующие препараты, из исследования исключались пациенты с проявлениями острой респираторной инфекции, тяжелыми соматическими заболеваниями, женщины, имеющие беременность или в периоде лактации.

Для распределения больных на 3 группы по 17 человек в зависимости от применяемого препарата применялся метод адаптивной рандомизации, при этом гендерные признаки и локализация герпетического процесса не учитывались (генитальный и лабиальный герпес принимались за равнозначную патологию). Пациенты 1-й группы получили для наружного лечения в течение 10 дней гель «Алломедин» (каждые 8 часов – 3 раза в день на очаги), 2-я группа – крем «Зовиракс»

Результаты и их обсуждение В процессе лечения у пациентов 1-й группы жалобы полностью регрессировали в среднем к $3,7 \pm 0,4$ дню (за $89,6 \pm 8,9$ часов), во 2-й группе – к $4,6 \pm 0,5$ дню (за $110,1 \pm 12,7$ часов, $p > 0,1$), в 3-й группе – к $5,5 \pm 0,6$ дню (за $132,7^* \pm 14,0$ часов, $p < 0,02$). На 2-м визите (на 3-й день) жалобы предъявляли 24 пациента (47,1% от всех наблюдаемых больных): зуд в очаге сохранялся у 33,3% (-41,2% по сравнению с визитом 1), боль в очаге – у 15,7% (-31,4%), жжение – у 15,7% (-52,9%). Из них в 1-й группе больных, имеющих жалобы, было 4 чел., (23,5%), что по сравнению с визитом 1 составило –70,6%. Во 2-й группе таких больных было 8 (47,1%, $p > 0,1$), это –52,9% по сравнению с 1 визитом. В 3-й число таких больных составило 12 (70,6%*, $p < 0,01$), - 9,4% по сравнению с визитом 1. Значительная часть пациентов 1-й группы отмечала исчезновение зуда, жжения и боли в очаге воспаления уже в первые сутки лечения.

Все пациенты оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Никаких побочных местных и общих реакций не было зафиксировано. Пациентами 1-й группы было отмечено удобство применения геля «Алломедин» 2–3 раза в сутки (по сравнению с нанесением 5 раз в сутки крема «Зовиракс» и 8 раз в сутки крема «Фенистил Пенцивир») и его хорошие органолептические (косметические) свойства: прозрачность, не блестит после нанесения, в связи с чем его можно применять перед появлением в общественных местах.

Заключение. В ходе исследования по оценке эффективности и безопасности применения геля «Алломедин» в лечении рецидивов простого герпеса была выявлена его высокая эффективность и хорошая переносимость при наружном лечении даже в качестве монотерапии данного заболевания. Гель «Алломедин» быстро купирует субъективные ощущения и объективные проявления обострения герпетической инфекции, особенно при раннем начале лечения. В процессе терапии отмечен достоверно более ранний

регресс жалоб, предъявляемых пациентами, чем при лечении кремом «Фенистил Пенцивир», и достоверно более быстрое уменьшение размеров высыпаний (по сравнению с лечением кремом «Зовиракс»). Препарат оказывает более выраженный эпителизирующий эффект, сокращает период образования и отпадения корочек (достоверное различие с обоими препаратами сравнения).

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.

Абдуллаев Ж.Р., Мирзаев Х.Ш., Хатамова У.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

khasan.mirzayev.91@inbox.ru

Введение. Несмотря на развитие науки и технологий, кариес остается основной проблемой стоматологии. Формирование кариозной полости возможно еще до полного прорезывания зуба [Maslak et al., 2000]. 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. Проанализировать оценку эффективности использования стеклоино мерных цемента и композитных герметиков.

Материал и методы. Для достижения целей работы мы проанализировали более 100 публикаций. 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.

При оценке эффективности различных цементов стеклоиномеры высокой вязкости (HVGIC) показали большую клиническую эффективность. Герметизация фиссур способствовала стабилизации кариозного процесса на ранних стадиях, останавливая деминерализацию под слоем герметика. Использование фторлака (геля) совместно с герметизацией увеличивало концентрацию фтора в ротовой жидкости и уменьшало прирост кариеса.

Выводы:

1. Герметизация фиссур является самым эффективным методом профилактики кариеса жевательной поверхности моляров.
2. Герметизация фиссур способствует стабилизации кариозного процесса на ранних стадиях.
3. При нанесении композиционных герметиков использование адгезивных систем увеличивает сроки ретенции герметика.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИРОТОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Абдуллаева У.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: www.umida.abdullayeva.96@mail.ru

Дефекты твердых тканей зубов — один из видов патологии наиболее часто встречающихся в ортопедической стоматологии. Лечение последствий кариозных и некариозных поражений заключается в восстановлении коронковой части зуба с помощью керамических вкладок, виниров, коронок и других видов не прямых реставраций. В настоящее время автоматизированное производство, управляемое специальным программным обеспечением, пришло на смену ручным методам изготовления протезов, что, несомненно, повышает качество ортопедической помощи населению.

Однако независимо от выбранной методики изготовления протезов первоочередная задача успешного протезирования — изготовление максимально точного оттиска. Традиционные методики получения оттиска не всегда отвечают высоким требованиям точности и могут использоваться у всех пациентов. Именно поэтому в современной стоматологии внутриротное цифровое сканирование становится все более актуальным. Основные задачи получения 3D-цифровых моделей внутриротным способом — упрощение работы и сокращение ее длительности, а также отход от традиционных методов получения оттисков. Последняя из обозначенных задач связана с тем, что традиционный метод получения оттисков имеет ряд значительных недостатков, таких как нестабильность формы оттиска, поры и сколы на гипсовых моделях, геометрические и размерные расхождения между моделью и оттиском.

Цель исследования: повышение качества ортопедического лечения на основе применения внутриротных систем для сканирования зубов и зубных рядов.

Материалы и методы исследования: Использованы лабораторные, экспериментальные и статистические методы исследования. Объектами изучения были 6 внутриротных и 4 лабораторных сканера. Предмет исследования — 3D-модели культи зуба и полной зубной дуги, полученные при сканировании фантомных моделей верхних челюстей с отпрепарированными зубами 1.6 и 2.6.:

Выводы: полученные нами сведения демонстрируют техническую возможность замены традиционного метода цифровым внутриротным сканированием. Внутриротные сканеры достаточно точны для применения в клинической практике. Истинность цифровых моделей полной зубной дуги, полученных с помощью некоторых внутриротных сканеров, близка к таковой у лабораторных сканеров, что открывает новые возможности применения внутриротных сканеров в стоматологической практике. Разработка и совершенствование методов цифрового сканирования полости рта как этапа в достижении качественного лечения — актуальная задача современной стоматологии.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Абдухакимова М.Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
taftuna_bahromova@mail.ru*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения ведущая роль среди заболеваний слизистой оболочки полости рта принадлежит патологии герпетической природы. На сегодняшний день герпес вирусной инфекцией поражены 2\3 населения мира, а также наблюдается выявление антител к ВПГ у 85% в возрасте до 50 лет, что является прямым доказательством роста актуальности данной темы.

Герпес вирусная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, обусловлено это повсеместным распространением изучаемого вируса, персистенцией в организме в течении всей жизни человека, значительным полиморфизмом клинических проявлений, поражая практически все органы и системы человека, торпидностью к существующим и применяемым методам терапии, а также расположением вируса в нервных ганглиях в виде вирусной ДНК, что дает нам право на отрицание существования метода лечения, которое могло бы позволить полностью элиминировать ВПГ из организма человека.

Цель. Оценить эффективность лечения вируса простого герпеса при помощи включения препаратов «Протефлазид», «Ликопид» и «Календула цветки» в комплекс лечения.

Задачи. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: изучение особенности состояния слизистой оболочки полости рта при герпетическом стоматите в начале заболевания и в процессе лечения, оценка влияния санации и профессиональной гигиены полости рта на эффективность комплексного лечения.

Материалы и методы. Объектами исследования были 10 пациентов (5 женщин и 5 мужчин), страдающих герпетическим стоматитом, в возрасте от 20 до 63 лет. Для решения поставленных задач были использованы клинические, гигиенические, микробиологические методы в комплексе.

Результаты. На основе изученных данных было разработано комплексное лечение, позволяющее улучшение качества жизни пациентов с ХРГС за счет скорейшего нивелирования общих и местных клинических проявлений и купирования всех симптомов заболевания, сокращения сроков эпителизации и восстановления показателей общего и местного иммунитета, а также достижения стойкого и длительного латентного периода герпетической инфекции.

Выводы. Комплексная терапия противовирусным препаратом «Протефлазид», «Ликопид» и «Календула цветки» не вызывает аллергических реакций и побочных эффектов. Рекомендованные методы комплексного лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита позволяют добиться наиболее быстрого купирования клинических проявлений и стойкой, длительной ремиссии заболевания.

ДИАГНОСТИКА ХЕЙЛИТА С ПОМОЩЬЮ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИЕЙ

Аверьянов С.В., Зубарева А.В.

Башкирский государственный медицинский университет

В структуре стоматологической заболеваемости особое место занимают заболевания губ. Клинические наблюдения и научные исследования за последние десятилетия показывают, что в организме нет ни одного системного нарушения, которое в той или иной мере не отражалось бы на состоянии слизистой оболочки губ. Своевременное выявление и устранение факторов риска развития, профилактика заболеваний полости рта позволяет пациенту сохранять здоровье на протяжении многих лет. Хейлиты, как один из существенных факторов снижения уровня качества жизни человека, в настоящее время являются важной и сложной проблемой стоматологии.

При визуальном осмотре органов полости рта врач - стоматолог всегда должен исключать симптомы, подозрительные на онкологическую патологию (Гилева О.С., 2012, Poveda-Roda R., 2010).

Для выявления предопухолевых процессов и ранних стадий злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, в современной стоматологической практике в обязательном порядке проводится онкоскрининг слизистой оболочки и органов полости рта с помощью аутофлуоресцентной стоматоскопии – оптический метод визуализации патологических изменений слизистой оболочки рта. Ее можно осуществить с помощью комплекта «АФС-Д» (ООО «Полироник» Москва), состоящего из аппарата медицинского назначения «АФС-400» (Регистрационное удостоверение № ФСР 2011/106669), защитных очков для пациента и специальных очков для врача-стоматолога. Преимущества использования данного аппарата: неинвазивность, простота применения, короткое время обследования, высокая чувствительность к любым заболеваниям слизистой оболочки рта, отсутствие расходных материалов. Физический принцип метода основан на возбуждении собственной флуоресценции слизистой оболочки посредством света из синей зоны оптического спектра (375-440 нм). Аутофлуоресценция здоровых тканей наблюдается в зеленой части спектра в диапазоне от 470 до 800 нм. Разница в длине волны между светом возбуждения (синим) и эмитируемым светом позволяет выявить флуоресценцию. Флуоресцентный профиль, присущий тканям, зависит от гистологической структуры и биохимического состава, будучи всегда суммой одиночных спектров их элементов (Arens С., 2004). Проведение аутофлуоресцентной стоматоскопии с аппаратом «АФС -400» позволяет выявлять патологические очаги, включая очаги воспаления, очаги предраковых заболеваний, а также проявлять онкологическую настороженность в случае выявления очагов, подозрительных на онкопатологию (Чиссов В.И., 2007, Булгакова н.н., 2015).

Цель исследования - оценка эффективности использования аутофлуоресцентной стоматоскопии при диагностике хейлитов.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 1398 лиц молодого возраста обоего пола в возрасте 19 – 25 лет, из них 372 лиц мужского

пола и 1026 лиц женского пола. Всем пациентам проводилось комплексное стоматологическое обследование, анкетирование, по показаниям аутофлуоресцентная стоматоскопия с помощью комплекта «афс-д».

Результаты исследования. При обследовании молодых людей патология губ диагностировалась у $23,82 \pm 1,14\%$. Прикусывание слизистой оболочки щек выявлялось у $3,93 \pm 0,52\%$. Лейкоплакия, красный плоский лишай и другие патологии были обнаружены в $2,22 \pm 0,39\%$ случаях. Хейлиты были диагностированы у $13,38 \pm 0,91\%$ обследованных. Преобладал метеорологический хейлит - $9,8 \pm 0,79\%$, у $2,86 \pm 0,45\%$ регистрировались хронические трещины губ, у $0,71 \pm 0,22\%$ обследованных были зарегистрированы актинический, атопический, эксфолиативный хейлиты. Всем пациентам с поражением губ была проведена аутофлуоресцентная стоматоскопия аппаратом «АФС – 400». Осмотр проводился при выключенном освещении. Во избежание попадания возбуждающего излучения в глаза, обследуемый надевал специальные очки. Излучение аппарата «АФС-400» направлялось в полость рта, и через специальные очки проводился визуальный осмотр всех отделов полости рта в привычном порядке. Цвет флуоресценции являлся клиническим критерием диагностики различных заболеваний. Так здоровые участки слизистой оболочки имели зеленое свечение, очаги воспаления тканей пародонта - красное. Лейкоплакия и красный плоский лишай определялись в виде темных участков с неровными краями без видимого свечения розоватого оттенка.

Выводы: применение аутофлуоресцентной стоматоскопии в практике врача - стоматолога для обнаружения, оценки и наблюдения атипичных поражений тканей полости рта является одним из эффективных методов профилактики доброкачественных и злокачественных новообразований.

ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ Г.ТАШКЕНТА

Адилов К.З., Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т., Мирвахидова Д.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
adilov70@gmail.com dr.jasur@gmail.com adilova.shoira65@gmail.com*

Введение. У детей, находящихся в предпубертатном и пубертатном периоде, метаболизм костной ткани протекает гораздо интенсивнее, чем у взрослых. В этот период требуется достаточное поступление в организм витаминов и микроэлементов. Вместе с тем, на сегодняшний день отмечается несбалансированность пищевого рациона подростков, которая способствует дефициту витаминов и микроэлементов, формированию дисбиоза полости рта. Поэтому, в комплексной профилактике стоматологических заболеваний важное значение имеют эндогенные средства, включающие витамины и минералы.

Цель исследования: оценка эффективности микронутриентов в комплексной профилактике кариеса зубов у подростков г. Ташкента.

Материалы и методы исследования: Обследовано две группы подростков. I группа контрольная (n=34), комплексные профилактические мероприятия, которых заключались в санации полости рта, профессиональной

гигиене полости рта, обучение гигиене и ее контроль, фторирование зубов фторлаком, герметизация фиссур). II группа основная (n=40), которым дополнительно был рекомендован препарат «Анарсид – премиум». Состояние твердых тканей зубов и тканей пародонта определяли с помощью стандартного набора стоматологических инструментов. Оценивали показатели: КПУ зубов, КПУ полостей, прирост интенсивности кариеса, редукцию кариеса, индекс РМА (1960), индекс кровоточивости десен по Muhlemann, Son (1971), гигиенические индексы: Silness-Loe (1963), Podshadley-Haley (1968), ОНI-S Green, Vermillion (1964), содержание кальция в слюне определяли методом титрования. Обследование проводили три раза: до проведения профилактических мероприятий, спустя 6 и 12 месяцев. Статистическую обработку полученных цифровых данных проводили с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel», с использованием методов параметрической (t- критерий Стьюдента).

Результаты и их обсуждение: выявлено, что у подростков второй группы гигиенические индексы и индексы, характеризующие состояние тканей пародонта, имеют тенденцию к снижению на протяжении всего срока наблюдения. Кроме того, выявлено, что показатели интенсивности кариеса по индексам КПУз и КПУпол существенно не изменились. Прирост кариеса в одну кариозную полость по индексам КПУз и КПУпол обнаружен лишь у $13,84 \pm 2,1\%$ наблюдаемых, а у $86,16 \pm 5,70\%$ подростков прироста кариеса не отмечалось. Прирост кариеса за 12 месяцев во II группе составил 0,1 по индексу КПУз и КПУпол. Редукция кариеса зубов до 74% по сравнению с подростками контрольной группы в 56%. У подростков основной группы индекс значения индекса РНР снизились в 1,6 раз, значения ОНI-S индекса - в 1,4 раза, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). Индекс РМА у обследованных основной группы, уменьшился в 1,2 раза по сравнению с контрольной; индекс кровоточивости в 1,5 раза ($p < 0,01$). Уровень содержания кальция в слюне подростков основной группы с $2,67 \pm 0,10$ до $3,24 \pm 0,29$ ммоль/л.

Заключение:

1. Традиционный комплекс профилактических мероприятий, проводимый у подростков общеобразовательных школ в течение последних 12 месяцев, не снижает прирост кариеса зубов менее 0,5 по индексу КПУз.

2. Прием витаминно-минерального комплекса «Анарсид – премиум» двумя курсами в течение года, включенный в объем профилактических мероприятий у подростков, позволяет снизить индексы гигиены, улучшить состояние пародонта и получить редукцию кариеса зубов в 74% и 56% по сравнению с детьми, получавшими только традиционный набор профилактических мероприятий. Высокий показатель редукции кариеса у подростков второй группы в течение года, по-видимому, обусловлен высоким содержанием в смешанной слюне подростков кальция

Традиционный комплекс профилактических мероприятий и прием витаминно-минерального препарата «Анарсид – премиум» двумя курсами в течение года, включенный в объем профилактических мероприятий у подростков, способствует повышению уровня содержания кальция в слюне

основной группе с $2,67 \pm 0,10$ до $3,24 \pm 0,29$ ммоль/л. Показатели прироста в 0,1 и редукации в 74% свидетельствуют о его кариес профилактическом эффекте.

ИЗОЛЯЦИЯ КОФФЕРДАМОМ: 4 УРОВНЯ ИНВЕРСИИ

Азизова Ш.Ш., Адилов К.З., Гозиев А.О

Ташкентский государственный стоматологический институт

Biobottt85@gmail.com

Актуальность. Когда заходит речь о качественной реставрации и адгезии, сразу приходит на ум хорошая изоляция. Это обязательная процедура, которую, однако, не всегда легко выполнить. Необходимость работать в сухих условиях в ротовой полости признана многие десятилетия назад, а идея использования резинового полотна для изоляции зуба возникла более 150 лет назад! Впервые применение коффердама описано в 1864 году в Нью-Йорке доктором Sanford Christie Barnum, который продемонстрировал преимущества изоляции зуба куском резины. В то время не были известны адгезивные процедуры, поэтому возникает вопрос: «Почему он решил работать с коффердамом?»

Цель. Что подразумевает хорошая изоляция?

Хорошей изоляции можно добиться, если механически оградить от окружающей среды зубы, с которыми планируется работать. В этом случае они останутся сухими и чистыми на протяжении всей процедуры. Первое, к чему нужно стремиться – хорошая инверсия, то есть подворачивание краев коффердама вокруг пришеечной области зубов в зубодесневую борозду и сохранение его там до окончания работы. Другими словами, нужно разместить коффердам за границами области препарирования.

Материалы и методы. Для этого нам нужны наборы и инструменты для коффердама клампы, щипцы для установки клампов, перфоратор, шаблон для коффердама, рамка, многофункциональный набор флосс.

Хорошая изоляция также включает:

1. Сухое рабочее поле;
2. Большое рабочее поле;
3. Максимальную ретракцию тканей;
4. Минимальные помехи для реставрационных процедур.

Для поиска новых решений, улучшающих и ускоряющих инверсию коффердама, были разработаны различные технологии и материалы. Основная цель изоляции – «отделить» зубы от полости рта, чтобы не допускать попадания жидкостей и окружающих тканей в рабочее поле. Слабыми местами в изоляции коффердамом являются перфорационные отверстия. Сразу после наложения коффердама необходимо поместить его под десневой край в зубодесневые борозды. Этот процесс называется инверсией. Другими словами, инверсия – это подворачивание края отверстий коффердама вокруг шеек зубов в зубодесневые борозды для удержания его в таком положении до окончания работы. Важное правило: коффердам должен располагаться около шейки зуба пассивно. Если материал растянут, инверсии добиться практически невозможно. Эластичные свойства резины очень полезны в этом процессе.

Уровень 1 – Воздушная инверсия

Самый простой способ выполнить инверсию – подуть воздухом вокруг пришеечной области и одновременно аккуратно протолкнуть шпателем края коффердама в зубодесневую борозду. Резина будет находиться в контакте с зубом и не будет скользить, поэтому останется в области шейки. Воздушная инверсия прекрасно подходит, когда границы препарирования находятся вне десневого края. Однако встречаются ситуации, когда эта техника не срабатывает. В случае если под резиновой завесой находится большое количество слюны, трудно высушить зубы. Тогда рекомендуется использовать несколько ватных валиков в преддверии полости рта во время наложения коффердама. Другая сложная ситуация – когда зуб не полностью прорезался и его экватор находится в придесневой области. Эту проблему можно решить с помощью лигатур из зубной нити или дополнительного кламмера. Оба описанных варианта будут рассмотрены далее.

Уровень 2 – Инверсия с помощью флосса

Как упоминалось ранее, встречаются случаи, при которых инверсия воздухом невозможна. В таких ситуациях стратегия заключается в использовании флосса вокруг зуба. Под апикальным давлением при помощи медленных движений коффердам должен катиться и инвертироваться. Инверсию следует проводить у всех зубов, которые нужно изолировать (например, определенный квадрант), а не только вокруг реставрируемых. Это позволит предупредить просачивание слюны в области зубов с невыполненной должным образом инверсией во время адгезивных процедур.

Уровень 3 – Инверсия с помощью завязываемых лигатур

Эта техника очень полезна при работе с полостями 2 или 3 класса или при фиксации керамических реставраций с наддесневыми границами. Этот метод обеспечивает два преимущества: во-первых, нить продвигает резиновый край глубоко в борозду, близко к эпителиальному прикреплению. Во-вторых, нить затягивает коффердам вокруг зуба и удерживает его в этом положении во время проведения реставрации. Такой вариант изоляции осуществим только в случаях, когда границы полости не затрагивают эпителиальное приращение. Так как резина и флосс эластичные, они не будут продвигаться под десну дальше, чем эпителиальное приращение. При повреждении эпителиального приращения нужно выбрать другую стратегию инверсии. Далее будет описана техника, с помощью которой можно добиться изоляции в очень сложных случаях. При использовании такой методики коффердам отодвигает десневой край в проксимальных областях на расстояние до нескольких миллиметров, что дает стоматологу лучший обзор.

Уровень 4 – Инверсия с помощью тефлоновой ленты

Такая техника используется в случаях с затрудненной изоляцией. С помощью тефлоновой ленты можно поместить края коффердама глубоко в зубодесневые борозды за границами реставрации. Чаще тефлон используется для проталкивания коффердама в вертикальном направлении в некоторых областях возле зубов. В полостях 2 класса, например, границы разрушения находятся близко к эпителиальному приращению, поэтому инверсия с помощью флосса невозможна. Почему так происходит? Это легче понять, если

представить эпителиальное прикрепление как красную линию вокруг зуба. Эту красную линию нельзя повреждать при проведении инверсии. Пришеечная граница полости или край препарирования часто прикасаются или заходят за эту красную линию. В таких случаях коффердам будет оставаться на красной линии в этой области и не может быть инвертирован воздухом, флоссом или завязанными лигатурами. Использование кусочка тефлоновой ленты, намотанного на влажный шпатель, позволит продвинуть коффердам глубже за границы препарирования. Процедура непростая, и иногда может потребоваться помощь ассистента. Тефлон — материал, обладающий пластическими свойствами: при нажатии шпателем он прилипает, но может последовать за шпателем при его извлечении. Поэтому целесообразно использовать еще один инструмент (например, пинцет, второй шпатель и т.д.) для удержания тефлона на месте.

Еще один способ изоляции при глубоких поддесневых полостях — гингивэктомия хирургическим скальпелем, лазером или другим режущим инструментом. После этого следует остановить кровотечение для облегчения изолирования. Электрический хирургический нож или лазер позволяют хорошо контролировать кровотечение. Уровень десны после гингиволастики следует делать глубже границ препарирования и уровня эпителиального прикрепления с вестибулярной и язычной стороны. В таких новых условиях будет легче выполнить инверсию коффердама.

Выводы. Теперь нам доступны все «фишки» и способы для изоляции зубов в самых трудных ситуациях. Если какой-то зуб не удастся изолировать, стоит задуматься, насколько благоприятным будет прогноз. Если не удастся изолировать зуб, его нельзя реставрировать в таком состоянии. Стоит рассмотреть варианты клинического удлинения коронки или пересмотреть данные относительно прогноза этого зуба.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алекберова Г.И., Минаев А.В.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова Минздрава России (г.Москва)

alekberovagi-16@mail.ru

В настоящее время среди пациентов, страдающих заболеваниями почек, увеличилось количество детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН). У детей с тХПН выявляются изменения со стороны мягких и твердых тканей полости рта. ХПН является одним из факторов риска развития пародонтита, который, осложняет течение основного заболевания.

Серьезную проблему для больных с тХПН представляют уремическая интоксикация и нарушения фосфорно-кальциевого обмена. У больных с тХПН при снижении скорости клубочковой фильтрации на 25% появляется гиперфосфатемия и гипокальциемия, которая усугубляется не только вследствие дальнейшего снижения фильтрации фосфатов, но и в связи с дисфункцией паращитовидных желез, приводящих к возникновению

воспалительных заболеваний тканей пародонта. По данным ряда авторов, степень тяжести процессов воспаления в тканях пародонта у больных с тХПН возрастает с уменьшением плотности костной ткани и снижением уровня гигиены полости рта.

Цель исследования явилось изучить предпосылки возникновения и профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта у детей с тХПН

Обследовано 20 детей с тХПН, получающих амбулаторный гемодиализ 3 раза в неделю. Средний возраст детей с тХПН составил 14 ± 3 года. В группу контроля вошли 10 здоровых добровольцев того же возраста с санированной полостью рта, не имеющих общесоматической патологии. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индексов - комплексного пародонтального индекса (КПИ) и упрощенного гигиенического индекса гигиены полости рта (ОНИ-S) по Грин-Вермиллиону. Сиалометрию осуществляли путём сбора нестимулированной смешанной слюны, определяли объем и рН слюны, в супернатанте определяли активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ). В смешанной слюне определяли содержание общего кальция и неорганического фосфора (ммоль/л). Все полученные в процессе обследования цифровые данные были подвергнуты статистической обработке методами вариационной статистики с использованием программы Statistica 6.0.

При осмотре полости рта детей с тХПН выявлена плохая гигиена полости рта, что способствовало образованию зубных отложений (индекс ОНИ-S у детей с тХПН составил $4,3 \pm 0,05$; в контрольной группе $1,98 \pm 0,07$). У детей с тХПН было диагностировано воспаление тканей пародонта различных степеней тяжести. Легкая степень тяжести пародонтита (КПИ = $2,3 \pm 0,02$) в 34% случаев, средняя (КПИ = $3,2 \pm 0,03$) — в 66%. По результатам наших исследований, количество отделяемой слюны у детей с тХПН было снижено до $0,1 \pm 0,007$ мл/мин против нормы $0,43 \pm 0,002$ мл/мин, значение рН сдвинуто в щелочную сторону ($7,68 \pm 0,07$). Повышенные значения рН смешанной слюны могут быть связаны с изменением буферных систем, в частности фосфатной, так как слюнные железы начинают выводить не только мочевины и креатинин, но и фосфаты. На рН смешанной слюны также влияет увеличение концентрации аммиака, который освобождается уреолитическими бактериями в процессе гидролиза мочевины в полости рта. В образовании зубных поверхностных отложений большую роль играет процесс трансаминирования. Исследование активности трансаминаз в смешанной слюне показало, что активность АСТ была значимо повышена до $46,0 \pm 9,4$ ЕД/л, АЛТ до $33,2 \pm 8,1$ ЕД/л, что приводит к накоплению большого количества кетокислот, связывающих кальций. При этом формируются центры инициации и минерализации мягкого зубного налета. Количество кальция в смешанной слюне у детей с тХПН было достоверно снижено ($0,26 \pm 0,03$, $p < 0,001$), а фосфатов повышено ($5,34 \pm 0,70$, $p > 0,05$). Подщелачивание приводит к образованию плохо растворимого соединения $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$, который осаждается в виде зубного камня. При этом сдвиг рН в щелочную сторону ведет к нарушению мицеллярной структуры фосфорно-кальциевых соединений слюны.

Таким образом, предпосылками развития воспалительных заболеваний пародонта у детей с тХПН являются сдвиги в фосфорно-кальциевом обмене, активация транспорта фосфатов в полость рта слюнными железами, изменение мицеллярной структуры слюны, вследствие высокого значения рН смешанной слюны, способствующие образованию твердых зубных отложений. Полученные данные, указывают на важность своевременной диагностики заболеваний твёрдых тканей зубов и пародонта у больных с хронической почечной недостаточностью и необходимость в проведении целенаправленного комплексного стоматологического лечения данных пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Алимов А.С., Рахимов Р.Х., Хайдаров А.М., Алимов А.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Минздраве РУз

НПО «Физика-Солнце», институт материаловедения Академии Наук Республики Узбекистан

Актуальность. Заболевания пародонта относятся к наиболее широко распространенным неинфекционным заболеваниям и по своим последствиям превращаются не только в общемедицинскую, но и социальную проблему.

Роль же таких кардиоваскулярных и цереброваскулярных заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ) и церебральные инсульты, коротко кардиоцеребральная патология (КЦП) в возникновении болезней пародонта мало освещены. Что касается особенностей течения, диагностики и лечения заболеваний пародонта у лиц с КЦП, то они остаются также проблематичными и малоизученными.

Отсюда следует, что изучение особенностей диагностики и течения болезней пародонта у больных с КЦП, а так же попытка оптимизации лечебных вмешательств имеет большое медико-социальное значение.

При общесоматических, в частности при кардиоцеребральной патологии, воспалительные процессы в тканях пародонта переходят в хроническую форму, приобретают более затяжной характер. Медикаментозное лечение болезней пародонта на сегодняшний день, является не достаточно эффективной так, как по статистике рецидивы и обострения процесса являются нередкими явлениями.

Инфракрасная резонансная терапия, предложенная Р.Х. Рахимовым является безвредным, так, как воздействуют только на патологически измененные ткани.

Это связано с тем, что энергетический спектр действия ИК-излучателей, соответствует или ниже энергетического спектра излучения человека. Поэтому ИК-излучатели оказывают действие только тогда, когда в организме имеется патологический очаг.

В качестве источника излучения, в методе инфракрасной резонансной терапии, используются электрические лампы, покрытые разной

функциональной керамикой, которые при подключении к сети, тепловую энергию преобразовывают на узкоспектральные ИК-излучения по методике

Рахимова Р.Х. (Сертификат FDA 510 (k) Premarket Notification for TLC infrared Lamps. КО 33035. Nov 20 2003; Регистрационное удостоверение № УзТТ 04/276/10 от 17.06.2004; гигиенический сертификат № 081394 от 28.07.2005; регистрационное удостоверение (РФ) № ФС 022a2005/2167-05 от 05.08.2005; сертификат соответствия № РОСС RU. ИМ18.В00109 от 26.10.2005).

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта у больных с фоновой КЦП с использованием инфракрасной резонансной терапии.

Материал и методы. Нами было обследовано 65 человек с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне КЦП. Первую группу составили больные с ХГП средней степени тяжести на фоне КЦП в количестве 20 человек, которых исследовали до лечения. Вторую группу составили больные с ХГП средней степени тяжести на фоне КЦП в количестве 20 человек, обследованные после традиционной терапии. Третью группу составили больные с ХГП средней степени тяжести на фоне КЦП в количестве 25 человек, обследованные после проведения резонансной терапии при помощи узкоспектрального ИК - излучения.

Пациентам второй группы проводили традиционную терапию, которая заключалась в обработке десен растворами перекиси водорода (3%), перманганата калия (1:1000) и хлоргексидина (0,2%).

Пациентам третьей группы, на фоне традиционной терапии, дополнительно назначали экспозицию керамических ИК излучателей.

Обязательным условием начала оказания стоматологических вмешательств больным с КЦП было измерение АД, подсчет пульса, снятие ЭКГ при необходимости, оценка психо-эмоционального состояния с проведением необходимой коррекции.

Экспозиция локальных керамических ИК-излучателей проводилась в челюстно-лицевую область в трех проекциях. Кроме этого, использовалась и общая установка ИК-излучателей.

Вид ИК-излучения и время экспозиции определялась путем измерения биопотенциалов с биологически активных точек (БАТ) меридианов органов и систем, расположенных на фалангах пальцев, при помощи прибора Р. Фолля.

Для лечения больных использовались ИК – излучатели следующих видов:

1. GI – обладает антимикробным и противовоспалительным действием;
2. AF – обладает бактерицидным, а также противогрибковым действием;
3. RC – оказывает противовирусное и противоонкологическое действие;
4. ZB – улучшает микроциркуляцию, удаляет отложения на стенках сосудов, переводит нерастворимую патологическую ткань в растворимое состояние;
5. KB – обладает иммуностимулирующим действием и ускоряет регенерацию костной ткани.

Плотность энергии ИК-излучения составляет 10-450 Вт/м². Длина волны

вышеперечисленных керамических излучателей находится в диапазоне от 8 до 50 мкН.

Результаты и их обсуждение. Проведенные измерения биологически активных точек (БАТ) акупунктуры меридианов лимфатической системы, толстой кишки, нервной системы, кровеносных сосудов, аллергии, эпителия и паренхимы, эндокринной системы, сердца и зубочелюстной системы у 8 (26,66%) обследованных показали повышение, а у 17 (56,67%) - снижение показателей потенциалов по сравнению с контролем.

Хотя у 5 (16,67%) больных, показатели биопотенциалов были в пределах контрольных параметров, после применения 1 сеанса резонансной терапии, показатели во всех контрольных точках резко снизились. Это свидетельствует о том, что у данной категории больных имеются сниженные показатели биопотенциалов с контрольных точек, но в связи с внедрением патогенной инфекции в организм, сниженные показатели на день обследования, оказались повышенными.

Местный курс лечения заболеваний пародонта у больных с фоновой КЦП при помощи резонансной терапии проводился следующим образом: после снятия зубных отложений химическим способом и медикаментозной обработки зубодесневых карманов, в область нижней трети лица в трех проекциях проводится экспозицию узкоспектральных ИК-излучателей серии: RC, GI, AF, ZB и KB.

При лечении общей установкой ИК-излучателей время экспозиции, также определялась по ЭАФ. У больных с повышенным артериальным давлением (АД), экспозиция под общей установкой ИК излучателей RC+ZB, составляло 10-15 минут.

Таким образом, на основании клинических исследований, установлена высокая эффективность лечения болезней пародонта с использованием резонансной терапии ИК-керамическими излучателями. Побочного воздействия и аллергических реакций у больных при применении ИК-излучения не наблюдалось.

Это дает основание рекомендовать данный метод, как один из эффективных способов лечения болезней пародонта, в том числе и других заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Выводы. Традиционные терапевтические вмешательства у больных с заболеваниями пародонта с фоновой КЦП, должны сочетаться с использованием инфракрасной резонансной терапии.

В качестве ИК-излучателей целесообразно использовать функциональную керамику, генерирующую узкоспектральные инфракрасные излучения дальнего диапазона. При этом плотность ИК-излучения должна составлять 10-450 Вт/м², длина волны - находиться в диапазоне от 8 до 50 мк.

Время экспозиции одного сеанса от 3 до 5 минут, курс лечения в среднем должен составлять 5-6 сеансов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID 19

Алимова Д.М., Фазылова Л.Г., Алиева З.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт
stom_81@bk.ru

Актуальность. COVID-19 (аббревиатура от англ. *COronaVIrus Disease 2019*) – крайне тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Вирус SARS-CoV-2 отличается способностью поражать различные органы как через прямое инфицирование, так и посредством иммунного ответа организма. Коронавирус способен поражать и слизистую оболочку полости рта, в том числе пародонт. Патогенный агент проникает в организм благодаря ангиотензин-превращающему ферменту 2, который локализуется как на поверхности альвеол и легочных структур, так и на эпителиальных клетках полости рта, в частности в тканях пародонта, где начинает активно размножаться (Никифоров В.В., Суранова Т.Г. 2020). В связи с распространением новой коронавирусной инфекции неуклонно растет и число заболеваний пародонта, а также тяжесть течения вызванных COVID-19.

Современные работы по изучению патогенеза поражений слизистой оболочки рта (СОПР) указывают на значение нарушений микроциркуляции в патогенезе хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Подавление системы микроциркуляции соответствует прогрессирующему развитию заболеваний пародонта, а нормализация микроциркуляции и гемодинамики на фоне терапии приводит к ускорению регенерации ткани пародонта (Сабанцева Е.Г. 2005; Белокопытова В.В. 2002).

Целью исследования явилось повышения эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита после перенесенного коронавирусной инфекцией Covid 19 с использованием препарата Деринат.

Материал и методы. На базе кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института у 26 (18 женщин и 8 мужчин) больных были изучены течения заболевания, перенесших COVID-19, в возрасте от 32 до 65 лет.

Больные были разделены на 2 группы: 1 опытную – 14 человек и 2 контрольную – 12 человек. У больных 1 опытной группы антисептическая обработка пародонта осуществлялась раствором Декосан. Местное лечение заключалось в аппликациях Метрогил дента гель на маргинальную поверхность десен 3-4 раза в день. Субмукозно вводили препарат Деринат по 2 мл через день, курс лечения составила 5-6 сеансов. У 2 контрольной группы антисептическая обработка пародонта осуществлялась 1,0% раствором хлорофиллипта, а местно - аппликации мундизал геля. Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) осуществлялась с помощью лазерного флоуриметра ЛАКК-01.

Результаты исследований. У больных с ХГП после перенесенного Covid 19 в очаге поражения отмечались статистически значимые ($P < 0,01$), по сравнению со слизистой практически здоровых, повышение ПМ на 45,0-

47,15%, снижение колеблемости потока эритроцитов σ на 38,1-42,9%; снижение коэффициента вариации K_v на 54,0-56,6% и снижение индекса флуксуций ИФМ на 50,4-53,3%. Установленные изменения свидетельствуют о застойных явлениях в веноулярном звене микроциркуляции и снижении перфузии тканей кровью.

После проведенной нами лечения, отмечена положительная динамика микроциркуляции после проведенного лечения. Данные ЛДФ-метрии свидетельствуют о том, что после проведенной терапии уровень капиллярного кровотока по отношению к величине до лечения понизился в опытной группе на 30,8% ($P < 0,01$), а в контрольной на 26,3% ($P < 0,01$). Среднеквадратическое отклонение эритроцитов (σ) и коэффициент вариации (K_v) в контрольной группе повысились на 66,67 и 34,62% и на 113,0% и 111,3% соответственно в опытной и контрольной группах, не имели достоверных различий с показателями здоровых ($P < 0,05$). О восстановлении равновесия между активным и пассивным механизмами модуляции кровотока и о преобладании вазомоторного ритма свидетельствует увеличение индекса флуксуций (ИФМ) на 108,1% в опытной и 51,5% в контрольной группе. При этом величина ИФМ в опытной группе не имела достоверных отличий с показателем здоровых ($P < 0,05$); а в контрольной – с величиной до лечения ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, полученные результаты обследования больных с заболеваниями тканей пародонта, перенесших COVID-19, демонстрируют длительное течение ХГП, которые плохо поддается к лечению. Полученные результаты обследования пациентов с COVID-19 обосновывают необходимость и целесообразность включения препарата Деринат, который оказывает эффективное действие на состояния пародонта, способствует уменьшению расстройств микроциркуляции.

Использование препарата Деринат в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита оказывает влияние на ключевые звенья патогенеза расстройств микроциркуляции. На фоне восстановления нарушений микроциркуляции регистрировалось ускорение регенерации тканей пародонта и клинических симптомов, а также снижения частоты степеней тяжести.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Антонова О.А., Митронин А.В., Тагиева Д.Р.

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения
России*

khvorostenkoolesia@gmail.com

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания ввиду высокой распространенности и развития тяжелых осложнений представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему (Mozaffarian D et al. 2016). По данным Министерства Здравоохранения России в нашей стране зарегистрировано 6035,4 больного цереброваскулярными заболеваниями на 100 тыс. взрослого населения (Минздрав РФ 2017). Одной из наиболее

распространенных форм цереброваскулярной патологии является хроническая ишемия головного мозга. Под хронической ишемией головного мозга понимают многоочаговое нарушение функций головного мозга, имеющее прогрессирующее течение и формирующееся на фоне сосудистых факторов риска, которые нарушают мозговое кровообращение и приводят к биохимическим, нейромедиаторным нарушениям, что не может не отражаться на мягких и твердых тканях ротовой полости (Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М., 2019, 2020; Dai R et al., 2015). В связи с чем, необходимо изучить распространенность стоматологических заболеваний и определить потребность в стоматологической помощи у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Цель исследования. Изучить особенности стоматологического статуса у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы. Было обследовано 126 человек. Исследуемую группу составил 63 пациента (28 женщин и 35 мужчин) в возрасте 45-74 лет с признаками дисциркуляторной энцефалопатии по критериям МКБ-10, находящихся на лечении в Научном Центре Неврологии г. Москве и контрольную группу составили 63 пациента (26 женщин и 37 мужчин) в возрасте 45-74 лет без соматической патологии, находящиеся на лечении в «Клиническом центре стоматологии» ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова», г. Москве. Обследование состояло из сбора анамнеза, проведения тестов (HADS, Монреальская шкала когнитивных функций), внешнего осмотра и осмотра полости рта с использованием стандартного набора одноразовых стоматологических инструментов. При оценке зубного ряда учитывали наличие кариеса и его осложнений, количество и состояние пломб, наличие некариозных поражений зубов, а также количество отсутствующих зубов. У всех обследованных пациентов изучалась распространенность (%) и интенсивность кариеса по индексу КПУ. Оценку гигиенического статуса полости рта проводили по упрощенному индексу гигиены (УИГ) Greene, Wermillion при наличии зубов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. В результате проведенного опроса, детального неврологического обследования было отмечено, что у всех пациентов сознание ясное, нарушения памяти не наблюдалось. По результатам тестирования у 14 (22,2%) пациентов по шкале HADS отмечалась субклинически выраженная тревога/депрессия. По данным Монреальской шкалы когнитивных функций значения колеблются от 23 до 27, что указывает на наличие различной степени выраженности псевдобульбарных расстройств, мелкоочаговой неврологической симптоматики и мозжечковых синдромом. В ходе опроса было выявлено, что у 53 (84%) пациентов в основной группе отмечалась ксеростомия, в то время как в контрольной группе ксеростомия отмечалась у 19 (30%) пациентов. По данным стоматологического обследования было выявлено, что у 54 (85,7%) пациентов основной группы отмечалась сглаженность правой\левой носогубной складки, опущение одноименного угла рта, а также девиация языка

при выведении его из полости рта, что говорит о снижении двигательной функции. Из 63 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией у 23 (36,5%) имелись обширные дефекты, причем у 9 (14,3%) пациентов отмечалась полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. В то время как в группе пациентов без соматической патологии у 14 (22%) пациентов отмечались обширные дефекты, из них 4 (6%) человек имели полное отсутствие зубов. Для определения интенсивности кариозного процесса использовался индекс КПУ

В ходе оценки по упрощенному индексу гигиены (УИГ) Greene, Wermillion получили следующие данные: у 13 (24%) пациентов наблюдался хороший уровень гигиены, у 22 (40,7%) – удовлетворительный уровень гигиены, у 14 (25,9%) - неудовлетворительный уровень гигиены и у 5 (9,2%) – плохой уровень гигиены. У 33 (52%) пациентов было выявлено наличие пародонтальных карманов по глубине от 4мм и более. В группе контроля у 29 (46%) пациентов наблюдался хороший уровень гигиены, у 18 (28,6%) – удовлетворительный уровень гигиены, у 12 (19%) - неудовлетворительный уровень гигиены и у 4 (6,3%) – плохой уровень гигиены. У 21 (33,3%) пациента было выявлено наличие пародонтальных карманов по глубине от 4мм и более.

Выводы и обсуждения. Таким образом, можно констатировать, что у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией отмечаются изменения со стороны полости рта: у 23 (36,5%) имелись обширные дефекты из них у 9 (14,3%) пациентов отмечалась полная вторичная адентия, у 53 (84%) пациентов отмечалась ксеростомия, снижен уровень гигиены полости рта, а именно у 22 (40,7%) – удовлетворительный уровень гигиены, у 14 (25,9%) - неудовлетворительный уровень гигиены и у 4 (6,3%) – плохой уровень гигиены. Можно предположить, что данные изменения в большей мере развиваются на фоне соматической патологии, в связи со снижением двигательной функции верхней и нижней губы, языка и неспособности пациентов очищать полость рта от остатков пищи. В связи с чем у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения отмечается повышенный уровень зубного налета, что приводит к развитию заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и является причиной потери зубов.

БОЛАЛАР ЁШИДА ОГИЗ БЎШЛИКИНИНГ МАЛАКАЛИ ГИГИЕНАСИ

Арипов М.А.

Тошкент давлат стоматология институти

Актуальность. Малакали гигиена - бу, огиз бўшлиги, тишлар юзасидан юмшок карашларни, тиш чўкмаларини (тошларини) махсус асбоб-ускуналар ёрдамида мутахассис томонидан маълум кридаларга риюя килинган холда тозалашдан иборат муолажадир. Бугунги кунда болалар ўртасида амалга ошириладиган оғиз бўшлигининг малакали гигиенаси тадбири стоматологик касалликлар комплекс профилактикаси элементларидан бирига айланган.

1. болаларни рационал овқатланишини таъминлаш
2. фтор сакловчи воститаларни махаллий кўллаш
3. огиз бўшлиги гигиенасининг мунтазамлигини таъминлаш

4. малакали гигиенани амалга ошириш.

Мазкур дастурга мувофиқ ОГИЗ бушлигининг малакали гигиенасини амалга оширишлар орасидаги вақт болаларда 2-3 хафтани ташкил қилган, чунки зич қарашлар мавжуд пайтида гингивит белгилари ва бошлангич кариес ривожланиши учун тахминан шунча вақт етарли. Бугунги кунда ОГИЗ бўшлиги малакали гигиенасини амалга ошириш вақти болада шу муолажага нисбатан талаб пайдо бўлиши билан боғлиқ қилиб белгиланган. ОГИЗ бўшлиги малакали гигиенаси амалга ошириш қоидалари

Материал и методы исследования.

1. Барча тишлар йодли ёки эритрозинли буюк билан бўялади. Шифокор беморга тишлар қаторидаги қараш купрок йиғиладиган соҳаларни ойна орқали қурсатади. Беморларга тишларни тугри ювиш қоидалари ўргатилади ва амалга оширилади.

2. Тишни чўтка ва пасталар билан тозалангандан сунг қолган тиш қарашларини абразивли фтор сакловчи силлиқловчи махсус пасталар ердамида тозаланади. Абразив модда сифатида асосан диоксид кремнийдан фойдаланилади. Фторидлар концентрацияси абразив тозаловчи пасталарда 0,1% (0,22% - МАГ ёки 0,8%-МА₂Р₀₃ Н¹) ни ташкил этади. Тишларнинг чайнов юзасидан қарашлар айланувчи махсус чўткалар ёрдамида, силлик юзалардан эса-юмшок резина қалпоқчалар ердамида абразив паста билан тозаланади. Бунда абразив паста тутган чўтка ва резина қалпоқчалар айланиш тезлиги 5000 айл/сек ташкил этиши керак. Тишларнинг контакт (апроксимал) юзалари флосслар ёрдамида тозаланиши лозим.

3. Тишлар юзаси қарашлардан тозаланиб булгандан сунг тиш тозалиги даражасини назорат қилиш керак булади. Мустақил назорат учун болаларга уйда тишлар қарашини буювчи таблеткалар (эритрозин) тавсия қилинади. Кариес профилактикаси дастурига биноан утказилаётган ОГИЗ бўшлиги малакали гигиенаси тадбирлари орасидаги муддат бошида бир мунча қиска бўлса, кейинчалик бора-бора бу муддат борган сари узая боради. Бунинг сабаби дастур асосида ўтказилаётган чора-тадбирлар болалар ОГИЗ бўшлигининг гигиеник ҳолатини кун сайин яхшилаб борадики, унда энди тез-тез малакали гигиенага урин қолмайди малакали гигиеналар уртасидаги муддат қуйидаги факторлар билан боғлиқ бўлади:

1. Болалар ва ота-оналарнинг дастурга қизиқиши.
2. Болалар тишларининг кариес билан зарарланиш даражаси.
3. Доимий тишларнинг чиқиш даражаси (асосан биринчи ва иккинчи доимий моляр тишлар).
4. Доимий моляр тишларнинг чайнов юзаларида кариес белгисининг мавжудлиги.

Выводы. Кариес диагностикаси даражаси тозаланган тишларда анча юкори бўлишини инобатга олиб, ОГИЗ бўшлиги малакали гигиенасини профилактик қўриқ пайтида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Малакали гигиенадан сўнг унинг самарадорлигини ОГИЗ бўшлиги гигиеник индексини текшириб қўриш йўли билан амалга оширилади. Гигиеник индекс қўрсаткичи тишлар юзасида қарашлар ва тошлар мавжудлигини миқдор жиҳатдан аниқлашга ёрдам беради. бемор ёки боланинг мутахасис шифокор стоматолог ёки гигиенист назорати остида мустақил тиш тозалашидир. Бунинг учун бемор ёки боланинг тишлари бўёк

моддаси билан ишлов берилиб бўялади ва гигиеник индекс аникланади. Шундан сўнг бемор тишларини ўзи урганган усулда тозалайди ва яна гигиеник индекс аникланади. Бунда шифокор назоратчи бемор ёки болага тишларининг қайси сохалари яхши тозаланмаётганини кўрсатиб, тегишли кўрсатмалар беради. Кейинги катновларда назоратли тиш тозалаш яна кайтарилади ва тиш тозалаш амалий кўникмалари баҳоланиб борилади.

ФТОРНИНГ БИОГЕОКИМЁВИЙ ЕТИШМАСЛИК ШАРОИТИДА ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ СЎЛАКДАГИ МИНЕРАЛ ТАРКИБИНИ ЎРГАНИШ ВА МЕЪЁРЛАШТИРИШ

Ахрорхужаев Н.Ш., Муртазаев С.С.

Тошкент давлат стоматология институти

Тиш кариесининг юзага келиши бир канча омилларга боғлиқ. Жумладан, оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги, сўлак қовушқоқлигининг ортиши, овқатланиш таркиби ва тартибига, иқлим ва географик шароитлар, ёндош касалликларнинг мавжудлиги асосий омиллардан ҳисобланади. Сўнгги йилларда кариесни олдини олиш учун фтор сақловчи таблеткаларни қўллаш самарадорлиги тўғрисида жуда кўп гапирилмоқда, Ўзбекистон Республикасида тишлар кариесининг жадаллиги ва тарқалишининг муаммоси мавжуд, чунки мазкур муаммони юзага келтирувчи омиллардан бири сувда фтор миқдорини камлиги ҳисобланади. Бизнинг мамлакатимизда фторланган таблеткаларни қўллаш билан тишлар кариесини олдини олиш ўтказилмаган.

Бизлар Сурхандарё ва Қашқадарё вилоятидаги мактабгача таълим муассасаларига тарбияланувчи 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган 280 нафар болалар текширувдан ўтказдик. Текширилган болаларнинг умумий сонини 152 нафар (54,28%) ўғил болалар ва 128 нафар (45,72%) қиз болалар ташкил этди. Қашқадарё вилоятининг турли туманларидаги мактабгача ёшдаги болалар (240 болалар, улардан 129 ўғил болалар ва 111 қиз болалар) асосий гуруҳга киритилди, назорат гуруҳи сифтида эса Сурхандарё вилояти Бойсун туманидаги тоғли минтақа истиқомат қилувчи болалар (40 нафар бола, 23 ўғил бола ва 17 нафар қиз бола) жалб этилди, экологларнинг фикрича ушбу минтақа республиканинг энг қулай жанубий ҳудуди бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот олиб бориш вақтида умум қабул қилинган кетма кетликдан фойдаланилди:

- ташқи кўрик,
- тишларни жойлашиши, тиш қаторларини баҳолаш,
- оғиз бўшлиғи гигиенасини баҳолаш,
- тишларнинг қаттиқ тўқималарини ўрганиши.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Аралаш сўлак кўрсаткичлари оғиз бўшлиғи саломатлигини қўллаб қувватлашда муҳим ташхисий мезон бўлиб ҳисобланади. Сўлакни минерализацияланиш қобиляти сезиларли даражада ундаги фосфор, кальций тузлари, шунингдек фтор ионларига боғлиқ бўлади. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг физик-кимёвий хусусиятларини ўрганиш қуйидаги натижаларни кўрсатди:

назорат ва асосий гуруҳдаги мактабгача ёшдаги болаларнинг оғиз бўшлиғи суюқлигида ноорганик фосфор миқдорининг куйидагича сақланиш фарқлари аниқланди: мос холда $2,94 \pm 0,12$ ммоль/л ва $1,86 \pm 0,043$ ммоль/л ($p < 0,001$);

асосий гуруҳдаги мактабгача ёшдаги болаларнинг оғиз бўшлиғи суюқлигидаги кальций миқдори назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан бир неча марта паст бўлди (мос холда, ўртача $-(1,875 \pm 0,12)$ ммоль/л ва $1,21 \pm 0,063$ ммоль/л ($p < 0,001$);

асосий гуруҳ болаларининг оғиз бўшлиғи суюқлигидаги фтор ионларининг концентрацияси $0,019 \pm 0,0001$ ммоль/л ни ташкил этди, бу вақтда эса назорат гуруҳ болаларида бу кўрсаткич $0,31 \pm 0,0014$ ммоль/л га тенг бўлди. Фарқлар статистик ишончлидир ($p < 0,001$).

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи суюқлигининг микроэлемент таркиб маълумотларини таҳлили, Қашқадарё вилоятида истиқомат қилувчи болаларда барча ўрганилган параметрларни пастлигини кўрсатди.

Фториднинг биогеокимёвий етишмаслик фонида натрий фторид таблеткаларини истеъмол қилиш босқичида мактабгача ёшдаги болалар оғиз бўшлиғи суюқлигини фтор, кальций ва фосфор сақлаши тўғрисидаги маълумотлар сезиларли даражада қизиқиш уйғотади. Фторидлар тиш кариесини ривожланишини самарали олдини олади. Профилактик гуруҳдаги болаларга таркибида $0,55$ мг фтор сақлаган “Фторбаланс” таблеткасини ҳар куни битта таблеткадан қабул қилиш буюрилди. Бир йил давомида тишлар кариесини тарқалиши ва жадаллигини ўсиши бўйича профилактик чора тадбирларнинг клиник самарадорлиги баҳоланди. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг хусусиятларига олиб борилган профилактик чора тадбирларнинг таъсири тўғрисида сўлак таркибидаги рН кўрсаткичлари, кальций, фосфор ва фтор миқдорининг динамикадаги ўзгаришлари бўйича хулоса чиқарилди.

Аниқландики, профилактик чора тадбирларни ўтказишни бошлашгача бўлган вақтда болаларнинг оғиз бўшлиғи суюқлигининг водород иони концентрацияси $6,21 \pm 0,045$ ни ташкил этди, яъни оғиз бўшлиғи суюқлигининг рН ида нордон томонга силжиганлиги кузатилди. Натрий фторидли таблеткаларни қабул қилиш бошлангандан бир йил ўтиб, водород ионлар концентрацияси ўзгарди ва нейтралга яқинлашиб, $7,07 \pm 0,029$ ни ташкил этди ($p < 0,001$).

Натрий фторид қабул қилувчи болалар гуруҳида тадқиқот бошлангандан сўнг 12 ой ўтиб, фтор миқдори $0,113 \pm 0,0046$ ммоль/л ни ташкил этди, яъни асосий гуруҳдаги мактабгача ёшдаги болаларнинг оғиз бўшлиғи суюқлигидаги фтор даражаси, профилактик чора тадбирлар ўтказилгунча бўлган худди шу каби кўрсаткичларга нисбатан ($0,0190 \pm 0,0001$ мг/л) ишончли равишда юқори бўлди ($p < 0,001$).

Хулоса: Мактабгача таълим муассасасидаги болалар рационига фторид таблеткалари киритилгандан сўнг 12 ой ўтиб асосий гуруҳдаги мактабгача ёшдаги болаларни оғиз бўшлиғи суюқлигидаги фторнинг даражаси ишончли ортишига, кальций ва фосфор каби минералларнинг меъёрлашувига олиб келди.

ПЕПТИДНАЯ БИОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Васильев М.А., Малышев М.Е.,
Иорданишвили А.К.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.
Мечникова, ООО «МедИС», Международная академия наук экологии,
безопасности человека и природы, Военно-медицинская академия им. С.М.
Кирова, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.
Джанелидзе, Стоматологическая поликлиника № 29 Санкт-Петербурга,
Санкт-Петербург, Россия
Nurmagomed.bedelov.1997@mail.ru*

Два заболевания, которые наиболее распространены, являются основными причинами утраты естественных зубов, а их встречаемость может быть резко снижена путем надлежащей профилактики и должного ухода за зубами и полостью рта, это кариес и воспалительная патология пародонта. Каждый третий в мире человек страдает от кариеса, каждый второй среди взрослых имеет ту или иную форму гингивита, а тяжелый пародонтит, является шестым многофакторным заболеванием в мире по распространенности, им страдает десятая часть взрослого населения планеты. При этом двое из трех жителей планеты не предпринимают для устранения воспалительного процесса в тканях пародонта никаких действий, за исключением гигиены полости рта, качество выполнения которой оставляет желать лучшего. В тоже время появились новые лекарственные средства, которые могут применяться в комплексном лечении воспалительной патологии пародонта. Одними из таких средств являются пептидные биорегуляторы.

Биорегуляция – многоуровневый сложный комплекс межклеточных взаимодействий, направленный на поддержание гомеостаза и отвечающий за течение таких физиологических процессов, в том числе дифференцировку и деление клеток, регенерацию тканей, старение организма, обмен и воспроизведение генетической информации и т.п. Основоположником биорегулирующей терапии является член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный изобретатель России профессор В.Х. Хавинсон, который в настоящее время возглавляет единственный в России Институт биорегуляции и геронтологии. Использование биорегулирующей терапии направлено на ликвидацию различных нарушений гомеостаза для нормализации функций поврежденных клеток, тканей и органов. Важная роль в биорегуляции принадлежит новому классу биологически активных веществ полипептидной природы, которые в настоящее время выделены из разных органов и тканей. Эти клеточные медиаторы получили название пептидные биорегуляторы (ранее «цитомедины»), а их открытие считается одним из крупных достижений не только отечественной, но и мировой медицины.

Цель работы – изучить влияния применения пептидного комплекса Визулингвал на состояние мукозального иммунитета у пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материалы и методы. Обследовали 46 (12 мужчин и 34 женщины) среднего возраста (45-59 лет), которые страдали ХГП средней тяжести. Основную группу пациентов составили 26 (4 мужчины и 22 женщины), которым, кроме общепринятой терапии ХГП дополнительно рекомендовались курсом приём отечественного пептидного комплекса Визулингвал по 0,25-0,35мл (5-6 капель) под язык за 10-15 мин до еды 3-4 раза в день в течение месяца. Отметим, что Визулингвал представляет собой пептидный комплекс: АС-2 (трипептид из лизина, глутаминовой кислоты, аспарагиновой кислоты), АС-5 (трипептид из аргинина, глутаминовой кислоты, аспарагиновой кислоты) АС-6 (трипептид из пролина, глутаминовой кислоты, аспарагиновой кислоты), АС-7 (трипептид из глицина, глутаминовой кислоты, аспарагиновой кислоты) и воды. Он выпускается в ампулах по 1,0 мл в упаковке по 10 штук.

Контрольную группу составили 20 (8 мужчин и 12 женщин) пациентов без использования пептидной биорегуляции.

Результаты вторичной профилактики ХГП оценивали путем исследования мукозального иммунитета спустя 60 дней после завершения курса комплексной терапии и пептидной биорегуляции.

Забор слюны проводили утром с 9.00 до 10.00. Перед сбором слюны пациент полоскал полость рта 100 мл теплого бледно-розового раствора марганцевого кислого калия. После этого в течение последующих 10-15 мин больной собирал слюну в сухую пробирку в количестве 7-8 мл. Содержание в слюне секреторного иммуноглобулина А (sIgA) и провоспалительных: интерлейкина -1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли- α (TNF α) и противовоспалительных: рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Вектор Бест» (Россия).

В ходе клинического исследования было изучено гигиеническое состояние полости рта с помощью индекса OYI-S и характер воспалительных изменений в десне с помощью пробы Шиллера-Писарева (1 балл – отрицательная; 2 балла – слабоположительная; 3 балла – положительная проба).

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05. Случаи, когда значения вероятности показателя «p» находились в диапазоне от 0,05 до 0,10 – расценивали как «наличие тенденции».

Результаты и обсуждение. В ходе клинического исследования было установлено, что достоверных различий в состоянии тканей пародонта по данным индекса OYI-S и показателям пробы Шиллера-Писарева у пациентов контрольной и основной групп не выявлено ($p \geq 0,05$), как до, так и спустя 60 суток после проведенного комплексного лечения. То есть, клинически не удалось объективно оценить эффективность пептидной биорегуляции в

комплексном лечении ХГП. В тоже время доказано, что патогенез ХГП может определяться провоспалительным ответом цитокинов, выраженным, в частности, секрецией фактора некроза опухоли (TNF α), интерлейкина (IL) -1 β , IL-6 и IL-8. Цитокины играют особую роль в индукции и развитии местного воспалительного ответа. TNF- α и IL-1 β , продуцируемые главным образом моноцитами / макрофагами, стимулируют воспалительную реакцию хозяина, мобилизуя несколько процессов, таких как повышенная экспрессия молекул адгезии на эндотелиальных клетках сосудов, стимулированная продукция хемокинов соединительной тканью и эндотелиальными клетками, а также высвобождение другие медиаторов.

Как показывают данные последних лет, провоспалительный цитокиновый ответ может играть значительную роль в неспецифическом ответе на бактериальные и грибковые патогены, являющиеся также основным медиатором заболеваний пародонта. Более того, интенсивность провоспалительного цитокинового ответа, по-видимому, определяет тяжелую и умеренную клиническую форму ХГП.

В результате работы были получены результаты исследования концентраций провоспалительных цитокинов в слюне (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α) у пациентов контрольной и основной групп исследования до и спустя 60 суток после завершения комплексной терапии. После лечения с использованием пептидной биорегуляции было выявлено достоверное снижение уровней IL-1 β , TNF α и IL-8 в слюне у пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе отмечено только снижение концентрации IL-8. Падение уровня IL-8, основного из основных хемотаксических факторов нейтрофилов, с одной стороны снижает уровень местного иммунитета, но с другой стороны угнетает воспаление, ингибируя продукцию АФК, которые повреждают слизистую оболочку десны и ротовой полости в целом, таким образом, способствуя активации процессов репарации. Полученные результаты позволяют сделать заключение о том, что использование пептидной биорегуляции с применением пептидного комплекса Визулингвал индуцирует снижение провоспалительного цитокинового ответа при ХГП. Этот вывод подтверждается другими открытыми клиническими исследованиями, показывающими, что пептиды могут оказывать потенциальное иммуномодулирующее действие, подавляя экспрессию генов, кодирующих провоспалительные цитокины.

Избыточная и генерализованная продукция провоспалительных цитокинов приводит к развитию органных дисфункций. Для исключения таких проявлений воспалительного процесса в организме включаются механизмы негативного контроля, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и растворимых ингибиторов провоспалительных цитокинов. Противовоспалительный цитокин IL-10, хотя и широко экспрессируется в воспаленных тканях пародонта, связан со снижением тяжести ХГП. Нами также было обнаружено, что концентрация IL-4 снижается в десневой жидкости у пациентов основной группы при лечении ХГП по сравнению с контрольной группой.

В проведенном исследовании не было отмечено достоверных различий между обеими группами пациентов по содержанию в слюне рецепторного антагониста IL-1, а также IL-4. Однако было установлено, что уровень основного противовоспалительного цитокина IL-10 достоверно повышался в основной группе, получавших биорегулирующую терапию, по сравнению с контрольной группой исследования.

Одним из основных показателей иммунитета слизистых оболочек полости рта является содержание секреторных иммуноглобулинов. Основная роль антител класса IgA состоит в предупреждении прикрепления бактерий и микробных токсинов к эпителию, абсорбции вредных ксенобиотиков. IgA являются важным элементом первой линии защиты против патогенов при ХГП.

Было установлено, что уровень sIgA возрастал после лечения в обеих группах исследования, однако в группе пациентов, получавших биорегулирующую терапию, содержание sIgA в слюне возрастало, достоверно отличаясь от показателей контрольной группы ($p < 0,05$), что важно, так как повышение уровня sIgA обуславливает снижение вероятности появления патогенной и условно патогенной микрофлоры в ротовой полости и, таким образом, приводит к снижению активности воспалительных процессов при ХГП.

Заключение. Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования доказали, что использование биорегулирующей терапии путем применения отечественного пептидного комплекса Визулингвал в комплексном лечении ХГП у взрослых приводит к снижению воспалительных процессов в ротовой полости. В слюнной жидкости пациентов, принимавших на фоне общепринятой терапии пептидные биорегуляторы, отмечено снижение концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β , TNF α и IL-8 при одновременном повышении противовоспалительного цитокина IL-10 по сравнению с контрольной группой. Также у пациентов, получавших биорегулирующую терапию наблюдали усиление местного иммунитета слизистых, проявляющееся в повышении синтеза секреторного иммуноглобулина А по сравнению с контрольной группой). Проведённое исследование показало, что использование биорегулирующей терапии в комплексном лечении ХГП целесообразно для эффективной стоматологической реабилитации взрослых пациентов, страдающих ХГП.

СОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ ФОРМОЙ ХАП

Бекжанова О.Е., Колбаева М.Т., Абдулхакова Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Казахский Государственный медицинский университет им.

С.Д.Асфендиярова

Актуальность: В связи со сложностью медикаментозной обработки корневого канала перспективно изучение антисептика на основе декаметоксина (1,10-декаметилен-(N,N-диметилментоксикарбонилметил аммония дихлорид) -

Декасана, обладающего широким спектром бактерицидного и фунгицидного действия за счёт способности при взаимодействии с фосфатидными группами липидов цитоплазматических мембран микроорганизмов нарушать их проницаемости и не оказывать влияния на клетки человека.

Материал и методы: У пациентов с хроническим гранулематозным периодонтитом алгоритм антимикробной обработки включал: инструментальную обработку внутренних стенок по схеме работы системы Endostar E3 Small, ирригацию системы корневых каналов декасаном, электрофорез декасана, затем в корневой канал помещали декасан под временной повязкой сроком до 3 суток. Во второе посещение, учитывая большую обсемененность корневого канала, после повторной обработки корневого канала декасаном проводили окончательную обработку корневого канала и его пломбирование методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов. В контрольной группе пациентов соответствующие лечебные манипуляции осуществляли с хлоргексидином. После завершения антимикробной обработки корневой канал пломбировали методом латеральной конденсацией холодной гуттаперчи.

Результаты исследования: У пациентов с гранулематозной формой ХАП на всех этапах исследований установлено достоверно ($P \leq 0,05$) более высокая результативность лечения с использованием Декасана по сравнению с общепринятой терапией. Соотношение основная группа против группы сравнения через месяц после лечения по категории «успех» составило 32 ($53,33 \pm 4,44$ %) против 22 ($36,66 \pm 6,22$ %); «неполное выздоровление» 22 ($35,66 \pm 6,22$ %) против 22 ($36,66 \pm 6,22$ %), и «неуспех» - 6 ($10,00 \pm 43,16$ %), против 12 ($20,00 \pm 4,47$ %); «ухудшение» обнаружено у 4 ($6,66 \pm 3,20$ %) пациентов группы сравнения; межгрупповая разница достоверна $\chi^2 = 7,852$; $P \leq 0,05$; соответствующие соотношения через месяц после лечения были равны «успех» 36 ($60,00 \pm 6,32$ %) против – 25 ($41,66 \pm 6,36$ %); «неполное выздоровление» 20 ($33,33 \pm 6,08$ %) против 19 ($31,67 \pm 5,46$ %) и «неуспех» - 4 ($6,66 \pm 3,21$ %), против 13 ($21,66 \pm 6,32$ %), результаты лечения 3 пациентов ($5,00 \pm 2,81$ %) в группе сравнения оценены как «ухудшение»; соответствующие соотношения через 6 месяцев составили 40 ($66,66 \pm 6,09$ %) против 26 ($43,33 \pm 7,09$ %); 16 ($25,00 \pm 5,59$ %) против 21 ($35,00 \pm 6,15$ %) и 4 ($6,66 \pm 3,21$ %) против 10 ($16,66 \pm 4,81$ %) и через 12 месяцев соответственно 44 ($73,33 \pm 5,92$ %) против 30 ($50,00 \pm 6,45$ %); 12 ($20,00 \pm 4,47$ %) против 18 ($30,00 \pm 5,48$ %) и 4 ($6,66 \pm 3,210$ %) против 11 ($18,33 \pm 4,99$ %); разница достоверна $\chi^2 = 8,115$; $P \leq 0,05$

Выводы: Таким образом, в нашем исследовании клинически апробирован комплексный метод эндодонтического лечения хронического апикального гранулематозного периодонтита, заключающийся в использовании для санации системы корневых каналов нового антисептика Дексана.

Дифференцирован способ использования антисептического раствора препарата у пациентов с гранулематозным периодонтитом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Бекжанова О.Е., Копбаева М.Т., Абдулхакова Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Казахский Государственный медицинский университет им.

С.Д.Асфендиярова

Актуальность: Современные подходы к терапии апикального периодонтита базируются на принципах санации инфекционного содержимого пульпы и системы корневых каналов. Для антибактериальной санации поражений и стимулирования регенерации тканей постоянно разрабатываются и внедряются новые антибактериальные средства и методы активирования ирригационных растворов.

Цель исследования: клинико-рентгенологическая оценка и обоснование использования декасана при эндодонтическом лечении хронического гранулематозного периодонтита.

Материал и методы: В ходе работы нами за период с 2013 по 2019 было обследовано и пролечено по поводу заболеваний периодонта 58 пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, в возрасте 18-60 лет. Эффективность лечения оценивали на основании динамики клинических и рентгенологических исследований.

Всем больным проводили комплекс лечебных мероприятий, состоящий из последовательных этапов: препарирование кариозной полости зуба, раскрытие полости зуба, удаление распада коронковой пульпы, антисептическая обработка полости зуба, расширение устьев корневых каналов и поэтапное удаление из них продуктов распада с последующей антисептической обработкой раствором гипохлорита натрия и инструментальной обработкой корневого канала по проходимости, стараясь добиться расширения апикального отверстия корня зуба. После тщательной инструментальной - Endostar E3 Azure, файлами чрезвычайно гибкими и устойчивыми к взлому даже в самых сложных клинических случаях, Группы пациентов в соответствии с диагнозом были разделены на основную группу и группы сравнения.

Результаты исследования: При осмотре отмечали нарушение целостности коронок зубов и признаки гнойно-воспалительного процесса в апикальной части причинных зубов. Так, нарушение целостности коронок установлено у 72 ($55,38 \pm 4,36$ %) при гранулематозной форме; соответствующая частота дисколорита эмали коронковой части зуба составила 95 ($73,08 \pm 3,89$ %); размягчённый дентин с гнилостным запахом обнаружен в каналах в 45 ($34,61 \pm 4,17$ %) зубах; соответственно экссудативно-гнойное отделяемое геморрагического характера обнаружено в каналах 100 ($76,92 \pm 3,70$ %) зубах. При этом экссудативное катаральное воспаление десны причинного зуба зарегистрировано на 83 ($63,85 \pm 4,21$ %) зубах при гранулематозной форме.

Клиническая оценка ближайших результатов лечения проводилась после окончательной obturации корневого канала в сроки от 1 до 14 дней. Через 7 суток после завершения лечения у всех пациентов регистрируется купирование

реактивного воспаления периапикальных тканей и достоверное снижение величин интегрального показателя тяжести ХАП, статистически значимо ($P \leq 0,05$) более выраженное у пациентов основных групп. Для определения степени восстановления костной ткани в периапикальных очагах разрежения осуществлено рентгенологическое обследование всех пациентов в сроки 3, 6 и 12 месяцев после лечения.

При гранулематозной форме периодонтита максимальный диаметр очага поражения увеличивался до 3,42 -3,44 мм; площадь поражения – до 37,01 -37,15 мм² и индекс РАІ был равен уже 5,01м – 5,02.

Через 3 месяца после лечения в основной группе пациентов с гранулематозной формой максимальный диаметр очага разрежения уменьшился на 25,15 %; а в группе сравнения – на 9,30%; площадь поражения сократилась на 43,67 % и 19,11%; ПУОД – на 42,17% и 18,22% и индекс РАІ на 19,12% и 12,18 %; динамика снижения показателей через 6 месяцев после лечения составила 63,45% и 19,12%; 83,74% - 40,70%; 15,18% -40,70% и 38,05% - 18,94% ; а через 12 месяцев после лечения уровни снижения изучаемых показателей составили соответственно 81,29% и 63,66%; 93,92% - 77,00%; 93,82% - 71,17% и 51,20 - 42,51% .

Вывод: Данные клинико -рентгенологических исследований свидетельствуют о высокой клинической эффективности Декасана при использовании в качестве антисептического раствора для медикаментозной обработки корневых каналов у больных с хроническими формами верхушечного периодонтита в отдаленные сроки (6 – 12 месяцев) после лечения, что свидетельствует о большей эффективности обработки корневых каналов с использованием Декасана по сравнению со стандартной терапией.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Бекжанова О.Е., Беленова И.А., Зайтханов А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воронежский государственный медицинский университет им.

Н.Н.Бурденко

Несмотря на широкое внедрение, до настоящего времени сохраняются проблемы, среди которых на первое место выступают воспалительные осложнения – мукозит и периимплантит. Многочисленные исследования по проблеме воспалительных осложнений позволили выделить многочисленные факторы риска для их развития (курение, остеопороз, низкая гигиена полости рта, возраст, фоновая патология). Цель: Определение особенностей развития осложнений дентальной имплантации на основании оценки клинических факторов риска.

Материалы и методы: Настоящее клиническое исследование осуществлено на кафедре факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного стоматологического института за период 2014 -2019 г.г. Для изучения клинических факторов риска развития воспалительных осложнений дентальной имплантации разработана «Карта оценки клинического состояния

пациента с дентальной имплантацией», включающая 33 пункта в том числе данные анамнеза и объективного обследования пациента, заключения междисциплинарного обследования, результаты рентгенологических и денситометрических обследований. Осуществлен ретроспективный анализ результатов имплантации.

Нами был осуществлён анализ результатов дентальной имплантации у 400 пациентов, которым были установлены внутрикостные дентальные имплантаты в связи с утратой зубов. Среди пациентов преобладали женщины (269 пациенток – 65,0%).

Результаты: в процессе исследования нами были выделены признаки, частота встречаемости которых у больных с формированием воспалительных осложнений и их отсутствием различна, что позволило разработать систему прогнозирования течения заболевания. Сравнительная оценка информативности параметров, у больных сравниваемых подгрупп проведена с использованием меры Кульбака. В результате анализа было получено уравнение множественной логической регрессии, позволяющее рассчитать вероятность развития воспалительных осложнений дентальной имплантации: $Y = -0.9614 + 0.4669X_1 + 0.3378X_2 + 0.02966X_3 + 0.2259X_4 + 0.1315X_5 + 0.04639X_6 + 0.1316X_7$.

Согласно полученным коэффициентам, все из указанных факторов способствуют увеличению риска появления воспалительных осложнений дентальной имплантации. Из анализа результатов уравнения видно, что максимальное влияние на возможность развития осложнений оказывает возраст пациента: увеличение X_1 (возраста) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.467 ед.изм.; увеличение X_2 (частоты соматической патологии) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.338 ед.изм.; увеличение X_3 (курения) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.0297 ед.изм.; увеличение числа зубов с имплантами (X_4) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.226 ед.изм.; увеличение X_5 (Анатомо-топографическое расположение) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.132 ед.изм.; увеличение X_6 (снижение гигиены полости рта по величине ОНІ-S индекса) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.0464 ед.изм.; увеличение СРІТN индекса (X_7) на 1 ед.изм. приводит к увеличению Y в среднем на 0.132 ед.изм. Статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации и критерия Фишера. Установлено, что в исследуемой ситуации 88.2% общей вариабельности Y объясняется изменением факторов X_j . Установлено также, что параметры модели статистически не значимы.

НУЖДАЕМОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Бекжанова О.Е., Алимова С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В процессе развития кариозного поражения у больных ГЭРБ участвует множество различных кариесогенных факторов, главными из которых

признаны нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта вследствие заброса желудочного содержимого. Несмотря на значительное число исследований, посвященных изучению состояния твёрдых тканей зубов у больных ГЭРБ, в доступной нам литературе несколько скудно представлены сведения особенностях течения кариеса зубов при наличии у пациентов ГЭРБ различной тяжести. В связи с вышеизложенным, целью настоящих исследований явилось: изучение заболеваемости кариесом зубов пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью по показателям распространенности и интенсивности; оценка нуждаемости в патогенетической терапии кариеса зубов у этого контингента.

Результаты и обсуждение: В наших исследованиях величине тяжести ГЭРБ приводило к достоверному нарастанию интенсивности кариозного поражения. Так, если у пациентов с незрозивной формой ГЭРБ интенсивность кариеса зубов составляла $11,40 \pm 0,52$ пораженных зуба, то при эрозивной форме интенсивность кариеса была равна уже $14,40 \pm 0,72$ пораженных зуба, разница с НЭФГЭРБ достоверна ($P_1 \leq 0,05$); а у пациентов с пищеводом Баррета - составила уже $18,65 \pm 0,86$ пораженных зуба ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). Анализ элементов, составляющих индекс КПУ выявил увеличение интенсивности и удельного веса в структуре индекса КПУ элементов «К» - кариес и «У» - удаленные зубы, синхронизированное с тяжестью поражения.

Так, у пациентов с НЭФГЭРБ интенсивность элемента «К» составила $3,82 \pm 0,14$; то при ЭФГЭРБ абсолютная величина элемента «К» была равна уже $6,05 \pm 0,24$ ($P_1 \leq 0,05$); а при ПБ уже соответственно $8,53 \pm 0,41$ ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$); соответствующие величины элемента «У» - удалённые зубы были равны $5,23 \pm 0,21$; $6,57 \pm 0,30$ ($P_1 \leq 0,05$) и $8,59 \pm 0,41$ ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$) и, напротив, обнаружено значительное снижение величины элемента «П» - запломбированные зубы с увеличением тяжести ГЭРБ, составившее соответственно $2,35 \pm 0,11$; $1,78 \pm 0,06$ ($P_1 \leq 0,05$) и $1,53 \pm 0,07$ ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). О низкой эффективности существующих способов лечения кариеса у больных ГЭРБ свидетельствует также и незначительный удельный вес в структуре индекса КПУ элемента «П».

Так, у больных НЭФГЭРБ удельный вес элемента «П» в структуре индекса был равен $20,61 \pm 3,13$ % ; у пациентов с ЭФГЭРБ - $12,35 \pm 2,93$ % ($P_1 \leq 0,05$); а с ПБ - $8,20 \pm 2,70$ % ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). При всех вариантах течения ГЭРБ в структуре индекса КПУ преобладают кариозные – элемент «К» и удалённые – элемент «У» зубы: у пациентов с НЭФГЭРБ удельный вес элемента «К» составил $33,50 \pm 4,38$ % ($P_1 \geq 0,05$) ; с ЭФГЭРБ – $42,01 \pm 4,39$ % и с ПБ - $45,01 \pm 4,39$ % ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \geq 0,05$); соответствующие соотношения элемента «У» составили $45,88 \pm 3,77$ % ($P_1 \geq 0,05$); $46,63 \pm 4,44$ % ($P_1 \geq 0,05$) и $46,06 \pm 4,91$ % ($P_1 \geq 0,05$; $P_2 \geq 0,05$).

Оценка клинической ситуации в полости рта у определённого контингента пациентов, планирование объёма и направленности лечебно-профилактических мероприятий, разработка рекомендаций, невозможны без оценки тяжести кариозного поражения. Далее мы оценивали тяжесть кариозного поражения у пациентов с ГЭРБ .

Детальный анализ интенсивности кариеса позволил определить основную стратегию лечения кариозной болезни у пациентов с ГЭРБ, заключающуюся в необходимости не только разработки специальных лечебно-профилактических и гигиенических мероприятий, но и поиска новых средств и обоснования специальных методов лечения твердых тканей зубов с учётом высокой тяжести кариеса.

Для более полной характеристики интенсивности кариеса у пациентов, больных ГЭРБ пациентов мы использовали - интегральный показатель интенсивности кариеса по ВОЗ в индексной возрастной группе 35 – 44 года. Изучение количества кариозных зубов в индексной возрастной группе позволило оценить активность кариеса зубов в сравнении с общемировыми стандартами его интенсивности.

Интенсивность кариеса 1 осмотренного (2,0 + 1,98% обследованных) группы контроля может быть оценена как очень низкая; у 3 осмотренных (6,00 + 3,36%) - к низкой: у 31 человека (62,0 + 6,86%) - к средней; у 11 (22,00 + 5,86%) - к высокой и у 4 человек (8,0 + 1,98%) к очень высокой.

Выводы:

1. Детальный анализ интенсивности кариеса позволил определить основную стратегию лечения кариозной болезни у пациентов с заболеваниями ЖКТ, заключающуюся в необходимости не только разработки специальных лечебно-профилактических и гигиенических мероприятий, но и поиска новых средств и обоснования специальных методов лечения твердых тканей зубов с учётом высокой тяжести кариеса.

2. Прогрессирование заболеваний ЖКТ приводило к увеличению частоты встречаемости очень высокой интенсивности кариеса и снижению низкой и средней. Наиболее наглядно эта тенденция прослеживается при анализе очень высокой интенсивности кариеса.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И КАРИЕСА ЗУБОВ.

Бежанова О.Е., У.А.Эгамбердиев, Н.М.Ойнабекова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Казахский Государственный медицинский университет им.

С.Д.Асфендиярова

Достижение высокого эстетического результата невозможно без учета состояния гигиены полости рта и наличия заболеваний пародонта. От уровня гигиены полости рта и состояния тканей пародонта напрямую зависят качество и длительность функционирования реставраций. Достижение высокого эстетического результата невозможно без учета состояния гигиены полости рта и наличия заболеваний пародонта. От уровня гигиены полости рта и состояния тканей пародонта напрямую зависят качество и длительность функционирования реставраций. Однако индивидуальная гигиена полости рта, профилактика, ранняя диагностика и лечение заболеваний пародонта при лечении кариеса часто упускаются из внимания практикующих врачей .

С учетом вышесказанного целью настоящих исследований явилось улучшение полноты выполнения мероприятий по гигиене полости рта и лечению заболеваний пародонта при лечении кариеса.

Материалы и методы: Осуществлен контроль за выполнением мероприятий по улучшению гигиены полости рта и лечению заболеваний пародонта у 193 больных в возрастном диапазоне 18-65 лет, обратившихся в поликлиники г.Ташкента по поводу лечения кариеса и его осложнений.

Учитывалась частота (в %) встречаемости воспалительно-деструктивного поражения пародонта на амбулаторно-поликлиническом приеме до и после лечения кариеса. Результаты исследований подвергались статистической обработке с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследований: Установлено, что у взрослого населения, обратившегося за лечением по поводу кариеса, распространенность заболеваний пародонта составила 87,57%; в том числе гингивит обнаружен у 12,03% обратившихся, ГПЛС - у 26,42%; ГПСТ - у 26,42% и ГПТС - у 51,18%.

С учетом высоких показателей распространенности воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, низкой гигиены полости рта и высоких индексных показателей воспаления и деструкции пародонта, осуществлен контроль проведения манипуляций и рекомендаций, направленных на предупреждение возникновения кариеса и усугубления течения кариозного поражения путем улучшения гигиенического состояния полости рта, лечения заболеваний пародонта и сопутствующей фоновой патологии

На основании анализа лечебного процесса установлено, что индекс КПУ определялся только в 15,54±2,61% случаях; оценка гигиенического состояния полости рта до лечения осуществлялась только у 20,31±2,9%; а после лечения - лишь у 3,62±1,34% больных; индекс ПМА определялся только у 9,33±2,10% до и у 4,14±1,43% больных после лечения; соответствующие объемы определения индекса ПИ составили 8,29±2,0% и 6,74±1,80%.

При этом обучение гигиене полости рта проводилось только у 16,06±2,64% больных; контролируемая чистка зубов - у 2,07±1,0%; рекомендации по уходу за полостью рта даны только 10,36±2,20% больным, а срок повторной явки на обследование был назначен только в 5,60±1,66 % случаев.

Вывод: У взрослого населения Республики Узбекистан, обратившегося по поводу лечения твердых тканей зубов, частота патологии пародонта воспалительно-деструктивного характера составляет 87,57%, что необходимо учитывать при лечении кариеса.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ COVID-19

Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р., Атабекова Ш.Н., Нематиллаева З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

visola83@inbox.ru

Бактериальная/грибковая коинфекция – в настоящее время рассматривается как важнейшее осложнение COVID-19 в полости рта [2]. Предполагается, что росту грибковых инфекций у пациентов, страдающих

COVID-19 и госпитализированных в отделение интенсивной терапии способствует использование антибиотиков и кортикостероидов широкого спектра действия, интубация и фоновая соматическая патология, на этом фоне у пациентов обнаруживаются лимфоцитопения, цитокиновые штормы, которые приводят к ослаблению иммунитета, может позволить *Candida* проявлять факторы патогенности [1,6,11].

Виды дрожжей, принадлежащих к роду *Candida*, включая *Candida albicans*, *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* и *Candida krusei*, являются наиболее распространёнными и встречаются на различных поверхностях и тканях организма: слизистых оболочках, коже, дыхательных, пищеварительных и мочевыводящих путях. Видам *Candida* присущи факторы вирулентности, что позволяет при ослаблении иммунной системы вызывать различные инфекции [4]. Описаны случаи нетяжелого COVID - 19 с кандидозом полости рта, клинически проявившийся болезненными белыми пятнами на дорсальной поверхности языка и на небе [13]. Расширение антимикробной терапии антибиотиками азитромицин (Зитромакс) и цефтриаксон (Ксораксон) привело к ухудшению оральных проявлений. Через несколько дней появилось жжение и легкая боль в языке, вызванные едой и разговором. При внутривидовом осмотре - множественные псевдомембранозные структуры среднего размера с белыми бляшками, разбросанными по дорсальной поверхности языка, которые легко стирались марлей, оставляя после себя эритематозную поверхность. Этот пример дает представление отчет о возможном появлении потенциально опасной для жизни оппортунистической инфекции полости рта, вызванной назначением антибиотиков широкого спектра действия даже при легком течении COVID-19 [10]. Проявления кандидоза полости рта могут иметь также вид белого налета на спинке языка, связанного с несколькими небольшими круговыми желтоватыми язвами, напоминающими позднюю стадию рецидивирующих герпетических поражений полости рта, а также с атрофические области, окруженными возвышенным желто-белым ореолом, классифицируемые в соответствии с системой оценки индекса тяжести как географический язык, а также трещины языка [3].

Для лечения пациентов с тяжелой пневмонией COVID-19 используются противовоспалительные средства, зачастую с недоказанной эффективностью [9,11]. Пероральное применение местных или системных кортикостероидов резко снижает местные защитные процессы полости рта и также увеличивает риск медикаментозного кандидоза [5,12].

Наиболее частым этиологическим агентом ОРС у пациентов с COVID-19 является *Candida albicans*, обнаруживаемый в >80% случаев. В то же время инициировать кандидозное поражение могут и виды, не относящиеся к *albicans*, такие как *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *Pichia kudriavzevii* (*C. krusei*) и *C. Dubliniensis* [3,5].

Факторы риска COVID-19-ассоциированного кандидоза (САС) можно разделить на две группы.

В первую группу входят общие факторы риска, предрасполагающие пациентов с COVID-19 к кандидозу. К ним относятся сахарный диабет,

почечная недостаточность, требующая гемодиализа, абдоминальная хирургия, катетеры, парентеральное питание, прием нескольких антибиотиков, продолжительность пребывания в ОИТ > 7 дней и перенесенные абдоминальные инфекции. Важным фактором риска развития САС могут быть катетеры и интубационные трубки широко используемые в отделениях интенсивной терапии, известные как входные ворота при заражении внутрибольничным кандидозом [7,14].

Вторая группа факторов риска более тесно ассоциирована с COVID-19. Во-первых, пациентам с тяжелой дыхательной недостаточностью, связанной с COVID-19, может потребоваться экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) [8]. При ЭКМО используется большее количество сосудистых катетеров. Канюли ЭКМО часто заселяются кожными микроорганизмами, такими как *Candida* и коагулазонегативный стафилококк. В совокупности эти факторы риска предрасполагают к системной инфекции.

При отсутствии лечения или неэффективном лечении ОРС, вызванного устойчивыми к флуконазолу видами *Candida*, а также у пациентов с ослабленным иммунитетом, инфекция может диссеминировать в пищевод или верхние отделы желудочно-кишечного тракта, а при миграции в системный кровоток вызывать кандидемию, приводящую к резкому ухудшению состояния и/или смерти [11]. Следовательно, своевременное обнаружение ОРС и точная идентификация этиологических агентов кандидоза у пациентов, страдающих COVID – 19 важны для оптимизации терапии и улучшения её результата.

Литература:

1. Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р. Влияние коронавирусной инфекции на развитие стоматологической патологии // Журнал биомедицины и практики. - 2021. Том 6, №2. С.12-16
2. Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р. Клинические проявления COVID-19 в полости рта // Научно-практический журнал STOMATOLOGIYA - 2021. №1 (82). С.60-64
3. Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии, 13-16
4. Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х. Патхиддинов Ж.Ш. Этиологические факторы развития кандидоза слизистой оболочки полости рта // Стоматология-наука и практика, перспективы развития, 362-363
5. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J.* 2002; 78(922): 455-459.
6. Al-Hatmi, A.M.; Mohsin, J.; Al-Huraizi, A.; Khamis, F. COVID-19 associated invasive candidiasis. *J. Infect.* 2020.
7. Cavayas, Y.A.; Yusuff, H.; Porter, R. Fungal infections in adult patients on extracorporeal life support. *Crit. Care* 2018, 22, 98.
8. Chowdhary A, Sharma A. The lurking scourge of multidrug resistant *Candida auris* in times of COVID-19 pandemic. *J Glob Antimicrob Resist.* 2020; 22: 175- 176.

9. Dziedzic A, Wojtyczka R. The impact of coronavirus infectious disease 19 (COVID-19) on oral health. *Oral Dis*. 2020.

10. Gangneux J-P, Bougnoux M-E, Dannaoui E, Cornet M, Ralph ZJ. Invasive fungal diseases during COVID-19: We should be prepared. *J Mycol Med*. 2020; 30(2)

11. Lamoth, F.; Lockhart, S.R.; Berkow, E.L.; Calandra, T. Changes in the epidemiological landscape of invasive candidiasis. *J. Antimicrob. Chemother*. 2018, 73, 4–13.

12. Laudenbach JM, Epstein JB. Treatment strategies for oropharyngeal candidiasis. *Expert Opin Pharmacother*. 2009; 10(9): 1413- 1421.

13. Powderly WG, Mayer KH, Perfect JR. Diagnosis and treatment of oropharyngeal candidiasis in patients infected with HIV: a critical reassessment. *Aids Res Hum Retrov*. 1999; 15(16): 1405- 1412.

14. Riad A., Gad A., Hockova B., Barbora M. Oral candidiasis in non severe COVID-19 patients: call for antibiotic stewardship // First published: 21 September 2020

SF-36 ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБ

Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А., Наврузова Ф.Р., Хакимова У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

bekjanovaolga@mail.ru / nyulbarsova@gmail.com

Актуальность проблемы. Хронические рецидивирующие трещины губ (ХРТГ) рассматриваются сегодня как хроническое заболевание красной каймы, слизистой оболочки губ и углов рта, сопровождающееся линейным нарушением целостности тканей губ. Заболевание характеризуется длительным и рецидивирующим течением, имеющим тенденцию (около 6% случаев) к злокачественному перерождению [1,4].

В настоящее время большое внимание уделяется изучению качества жизни (КЖ) пациентов, обусловленное стоматологическим здоровьем. Качество жизни определяется как отражение воздействия заболевания и его лечения на представление пациента, изменяющееся под влиянием разных повреждающих факторов, функциональных стрессов, психологического и социального воздействия [2,5].

Целесообразность и актуальность изучения качества жизни больных ХРТГ очевидна. Кроме того, оценка КЖ – является критерием оценки качества медицинской стоматологической помощи [3,5].

Цель исследования: изучение показателя качества жизни пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов с ХРТГ, средний возраст которых составил $45,64 \pm 2,11$ года, из них удельный вес мужчин – $65,00 \pm 7,54\%$; женщин – $35,00 \pm 7,54\%$;

В контрольную группу вошло 40 человек, не имеющих заболеваний ККГ, средний возраст которых составил $45,22 \pm 1,82$ года, большую часть составили мужчины – $66,67 \pm 5,44\%$; меньшую женщины – $33,33 \pm 5,44\%$.

Для оценки КЖ нами использован российский вариант опросника SF-36, как приемлемой версии для оценки КЖ здоровых и больных различными видами патологии (Short Form Medical Outcomes Study -SF-36) [Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute., New England Medical Center. Boston, Mass.1994].

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, разделённых на два показателя «физический» компонент здоровья» и «психологический» компонент здоровья.

Более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Все пациенты самостоятельно заполняли опросник SF-36 до начала лечения.

Математические расчёты проводились при помощи программы Statistica 6.0. Уровень значимости принимался на уровне 0,05.

Результаты и обсуждения. Результаты обследования показали, что длительно существующие дефекты красной каймы губ снижают показатели качества жизни пациентов по всем шкалам опросника SF-36. При этом, тяжесть клинического течения заболевания синхронизирована со снижением КЖ.

Анализ шкал показателя «физический» компонент здоровья» показал, что наличие болевого синдрома (PF) оказывает наиболее значительное влияние на снижение уровня КЖ.

Физическое функционирование пациентов с ХРТГ резко снижаться из-за постоянно присутствующего болевого синдрома на ККГ, так даже при легком течении заболевания показатель шкалы боли (BP) был снижен относительно контроля на 53,7 % ($P \leq 0,05$); увеличение тяжести способствовало более значительному снижению КЖ по показателю боли (BP) – на 69,8% и 84,2% соответственно при течении средней тяжести и тяжёлом течении. При этом нарастание тяжести заболевания и наличие болевого синдрома приводит к снижению показателей КЖ по шкале физического функционирования (PF), снижение повседневной физической активности отмечалось при легком течении на - 20,0%; течении средней тяжести – на 37,5% и при тяжёлом течении – на 50,0%; соответствующая динамика снижения ролевого физического функционирования (RP) составила 25,94%; 34,62% и 47,18% и снижение общего состояния здоровья (GH) происходило соответственно на 14,53%; 27,12% и 30,63%.

Необходимо отметить, что наличие дефекта на видимой части ККГ ухудшается эмоциональный статус и психическое здоровье, что регистрировалось по резкому ухудшению КЖ по показателям психологического компонента здоровья.

При этом максимальное снижение КЖ в разделе эмоциональный статус и психическое здоровье отмечено по шкале психологическое здоровье (MH), где величина оценочного балла снижалась относительно контрольной группы у пациентов с легким течением заболевания на 36,63%; при среднем течении – на 62,27% и при тяжёлом – на 80,25%; соответствующая динамика снижения КЖ по шкале жизнеспособности (VT) составила 19,73%; 32,67% и 44,53%; по шкале

социального функционирования (SF) - 21,89%; 34,78% и 55,22%; а по шкале ролевое эмоциональное функционирование (RE) – на 21,90%; 39,40% и 59,30%.

Таким образом, наличие ХРТГ, оказывает негативное воздействие на КЖ пациентов, при этом происходит усугубление и взаимное отягощение хронического стрессового фактора и сниженного КЖ, нарушений физического и психического функционирования.

Выводы: Качество жизни пациентов с ХРТГ характеризуется снижением всех шкал, составляющих интегральные показатели психического (МН) и физического здоровья (РН). Тяжесть клинического течения заболевания синхронизирована со снижением КЖ.

Литература:

1. Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А. Показатели функциональной активности эндотелия у пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ // Клиническая стоматология. 2019. 4/92/октябрь-декабрь. С. 24-26.

2. Борисова Э.Г., Комова А.А. Изучение качества жизни пациентов, страдающих гальванозом полости рта // Вестник биомедицины и социологии. - 2018. Vol. 3. No 4. – С.22 -27.

3. Егоров М.А. Красная кайма губ как индикатор системных заболеваний / М.А. Егоров, Л.Р. Мухамеджанова, Л.Б. Фролова // DENTAL MAGAZINE. – 2014, №8 (128).- С. 88-90.

4. Макеева И.М., Матавкина М.В. «Онкологическая настороженность при заболеваниях губ» // «Стоматология для всех», № 2, 2012, с. 54-58

5. Студеникин Р.В., Серикова О.В. Оценка качества жизни пациентов в стоматологии с помощью компьютерной программы //Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. Vol. 19. No 12. – С.234 – 240.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АЛНИДЕНТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Боймирзаева Ш.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент
shoxsanatboymirzaeva95@gmail.com*

В настоящее время нет оптимальных методов воздействия на механизмы патогенеза воспалительных заболеваний пародонта, но несмотря на существующее большое количество лекарственных средств, проблема лечения активных воспалительно-деструктивных процессов в пародонте продолжает оставаться актуальной. Учитывая многофакторность патологии, лечение хронического генерализованного пародонтита должно быть комплексным и дифференцированным, осуществляемым с участием пародонтологов, стоматологов-терапевтов, хирургов, ортопедов. Важную роль играет обучение пациента правилам гигиены, профессиональная помощь в подборе средств ухода за полостью рта.

По данным последних эпидемиологических исследований в Узбекистане, среди населения в возрасте 35-44 лет в комплексном лечении генерализованного пародонтита нуждаются $87,3 \pm 1,6\%$. К сожалению,

некоторые врачи до сих пор считают это заболевание неизлечимым. Поэтому проблема эффективного этиопатогенетического лечения болезней пародонта остается попрежнему актуальной. Терапия больных с заболеваниями пародонта должна проводиться целенаправленно и строго индивидуализировано.

Учитывая, что патологические процессы в пародонте развиваются на фоне многих общих заболеваний, а также влияние заболеваний пародонта на многие функции организма, в том числе на механизмы естественной защиты, лечение больных должно быть направлено не только на ликвидацию патологического процесса в тканях пародонта, восстановление их функции, но и на реабилитацию общего состояния, восстановление нормального гомеостаза, стимулирование защитных сил организма.

Цель исследования: повышение эффективности лечения генерализованного пародонтита.

Материалы и методы исследования. Для определения эффективности применения препарата «Алнидент», нами было проведено клиническое исследование состояния пародонта. Обследование пациентов проводилось до и после лечения. Под наблюдением находились 50 пациентов (42 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет давностью заболевания от 1 до 5 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы по 25 человек в каждой. Лечение заключалось в удалении зубных отложений, антисептическая обработка раствором фурациллина 1:5000 и аппликаций на десны геля «Холисал» (1-я группа) и «Алнидент» (II-я группа). Препараты назначали использовать дома 2-3 раза в день после приёма пищи в течении 7-10 дней.

Результаты и обсуждение. При оценке клинической эффективности лечения применялись клинические индексы, определявшиеся в динамике лечения. До лечения у пациентов с средней степенью поражения пародонта эти параметры составили ИГ - $2,58 \pm 0,5$ и ПИ - $5,5 \pm 0,4$. После проведения ответствующих лечебных мероприятий параметры соответственно составили: ИГ- $0,12 \pm 0,1$; ПИ- $0,88 \pm 0,6$ (1 группа); во 2-группе - ИГ- $0,14 \pm 0,1$; ПИ - $2,56 \pm 0,8$ ($p < 0,05$).

При исследованиях концентрации цитокинов в слюне было установлено, что у пациентов с генерализованном пародонтитом она была выше нормальной, однако степень такого повышения для разных медиаторов существенно варьировала. Содержание ФНО-а - ведущего провоспалительного иммуноцитокина острой фазы, при гипертрофическом гингивите возрастало в 6-10 раз. Количество ИЛ-1b и ИЛ-4 у больных гипертрофическим гингивитом было увеличено соответственно в 2-2,5 и достоверно не различалось.

В результате лечения в слюне больных отмечено уменьшение содержания резко повышающегося при заболевании ведущего провоспалительного цитокина ФНО-а.

По окончании комплексного лечения (2 группа) лечения у больных отмечается достоверное возрастание содержания ведущего противовоспалительного цитокина - ИЛ-4.

Заключение. На основании вышеизложенного можно заключить, что развитие хронического пародонтита сопровождается существенными

изменениями состояния иммунных механизмов защиты ротовой полости, проявляющимися в местных изменениях состава клеток крови десны, а также содержания в слюне иммуноглобулинов и цитокинов. Применение «Алнидент» в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита позволяет повысить качество лечения, достичь стойкой клинической ремиссии и продлить её сроки.

МЕТОД МИКРОПРЕПЕРИРОВАНИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Бурханова А.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
azizakulibaeva@gmail.com*

В последнее время все чаще описываются новые методы лечения кариеса зубов, при которых максимально сохраняются естественные ткани зубов с последующим пломбированием кариозной полости стеклоиономерными цементами (СИЦ) или композитными материалами. И одним из таких методов является метод минимально инвазивной терапии и применением СИЦ. Актуальным остаются вопросы особенности лечения кариеса постоянных зубов в период формирования корня.

Цель исследования: изучение минимально инвазивного метода лечения кариеса постоянных зубов, с несформированными корнями, на примере 6-го зуба.(1-ый моляр)

Материалы и методы. Для исследования были обследованы дети младшего школьного возраста (6-12 лет) г. Ташкента в поликлинике детской терапевтической стоматологии при ТГСИ.

Детям до начала исследования была проведена профессиональная гигиена полости рта в полном объеме, проведены беседы с детьми о факторах риска возникновения кариозной болезни. Проведена активная мотивация к качественной гигиене полости рта, снятие зубных отложений и коррекция освоения гигиенических навыков.

У исследуемых детей лечение кариеса проводили нетрадиционным методом посредством минимально инвазивной терапии -микропрепарирование.

При пломбировании зубов леченных минимально инвазивным методом использовали стеклоиономерный цемент «Miracle Mix» - фирмы GC.

Результаты и их обсуждение: Анализируя полученные результаты после лечения кариеса 6-го зуба.(1-ый моляр) с несформированными корнями было выявлено, что при применении минимально инвазивной терапии, на протяжении 6 месяцев не были выявлены осложнения, то есть все пломбы соответствовали стандартным требованиям.

Таким образом, оценка методов лечения кариеса и пломбирования 6-го зуба.(1-ый моляр) в период формирования корня зуба и незавершенности минерализацией твердых тканей зубов показала достаточно высокую клиническую эффективность минимально инвазивного метода препарирования с применением СИЦ «Miracle Mix».

Метод минимально инвазивной терапии для детей с несформированными корнями зубов является самым эффективным методом для широкого применения. Данный метод не требует особых условий: дорогостоящего оборудования, специальных инструментов. Хорошо переносится детьми, особенно при страхе перед бор машиной, за счет короткого времени препарирования.

Выводы: Выявленная высокая эффективность лечения среднего кариеса 6-го зуба.(1-ый моляр) в период незавершенной минерализации твердых тканей зубов у детей (методом минимально инвазивной терапии с последующим применением СИЦ «Miracle Mix») позволяет рекомендовать данный метод для широкого применения у детей, как наиболее эффективный, психологически хорошо переносимый детьми. Метод минимально инвазивной терапии кариеса постоянных зубов с несформированными корнями совершенствуется и поднимает на новый уровень качество стоматологической помощи детям в период формирования корней постоянных зубов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА В ОБЛАСТИ ВИТАЛЬНЫХ И ДЕПУЛЬПИРОВАННЫХ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ

Гасанова З.Т., Янушевич О.О., Вавилова Т.П.

Московский государственный медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова

dr_gasanova@inbox.ru

При хроническом пародонтите (ХП) костная ткань пародонта претерпевает необратимые патологические изменения, связанные с постоянно протекающими в ней процессами резорбции. Триггерным механизмом в возникновении последних является метаболический сдвиг в мягких и минерализованных пародонтальных тканях, который поддерживается постоянным балансом между взаимодействием антигенов бактериальной флоры с иммунологическими и генетическими факторами. Однако даже после устранения этиологических факторов на фоне проводимого лечения эти процессы полностью не ликвидируются, способствуя переходу заболевания в хроническое течение.

Кость – специализированная соединительная ткань, баланс в которой поддерживается постоянно протекающими в ней процессами моделирования и ремоделирования. Оба этих процесса тесно взаимосвязаны и рассматриваются с позиций функционирования двух основных популяций остеогенных клеток: остеобластов и остеокластов. Последние реализуют свои функциональные эффекты посредством воздействия на них системных и локальных факторов регуляции, а также сигнальных путей. Одна из ключевых ролей в понимании процессов регуляции костной реконструкции принадлежит цитокиновой системе рецептора активатора ядерного фактора каппа-β (RANK), его лиганда

(RANKL) и остеопротегерина (OPG), отвечающей за остеокластогенез, резорбцию и ремоделирование костной ткани. При повышенной продукции RANKL происходит увеличение костной резорбции. Соединение RANKL с RANK – рецептором, расположенным на мембранах клеток-предшественниц остеокластов, приводит к его активации. Активизированные рецепторы RANK воздействуют на транскрипционный фактор каппа-β, через связанный с рецептором протеин рецептора фактора некроза опухоли TNF (TRAF 6), сопряженного с RANK, повышая при этом экспрессию ядерного фактора транскрипции, активирующего ядерный фактор Т-лимфоцитов (NFATc1), являющимся белком инициатором резорбции костной ткани. Одновременно с этим остеобласты продуцируют макрофагальный колониестимулирующий фактор (M-CSF), который активирует внутриклеточную тирозинкиназу, посредством чего осуществляется пролиферация и дифференцировка клеток-предшественниц остеокластов – моноцитов, макрофагов, преостеокластов.

OPG является членом семейства TNF и представляет собой основной секреторный гликопротеин, содержащий N-концевые домены (домены 1 – 4), два гомологичных домена (домены 5 и 6) и C-концевой гепарин-связывающий домен (домен 7), который представлен в 60-кД мономерной форме и дисульфидными связями в гомодимерной форме 120 кДа. OPG продуцируется различными тканями органов сердечно-сосудистой системы (сердце, артерии, вены), легкими, печенью, почками, кишечником и костной тканью, а также кроветворной и иммунной системой. Рецепторы к OPG расположены на остеобластах, лимфоцитах и преостеокластах. В тканях ротовой полости OPG синтезируют фибробластные клетки волокон периодонта, десны, пульпы зуба, а также клетки эпителия слизистой оболочки.

Одним из регуляторов белковой природы, ответственным за остеобластогенез, является фактор роста фибробластов - 2 или основной фактор роста фибробластов (FGF-2/bFGF). В частности, FGF-2 оказывает влияние на стволовые клетки – предшественники остеобластов, поддерживая их дифференциальный потенциал и клеточную пролиферацию. FGF-2 — это полипептид, состоящий из 146 аминокислот, имеющий молекулярную массу 16,5—18,2 кДа и оказывающий митогенное действие на клетки тканей нейроэктодермального и мезодермального происхождения. Он является одним из наиболее важных проангиогенных медиаторов, стимулирует деление фибробластов, сосудистых эндотелиальных клеток и кератиноцитов *in vitro*, формирование новых сосудов, грануляционной ткани, эпидермальную регенерацию *in vivo*, участвующих в заживлении ран.

Но, несмотря на очевидность этиопатогенетических процессов резорбции костной ткани пародонта и ее регуляторных механизмов, сегодня все чаще обсуждается проблема необходимости депульпирования зубов при ХП в качестве фактора оптимизации метаболизма костной ткани пародонта. Доказано, что при ХП пульпа становится частью сложного патоморфосиндромокомплекса - эндо-пародонтального поражения (ЭПП). Одним из его проявлений является первичное поражение пародонта со вторичным вовлечением пульпы, где последняя неизбежно претерпевает

различные изменения структуры и функции. Существует точка зрения, что подобная пульпарная инфекция, мигрируя центробежным путем к окружающим тканям, неизбежно будет оказывать негативное влияние на регенеративные процессы в костной ткани пародонта. Ввиду этого была выдвинута гипотеза о необходимости эндодонтического лечения зубов до начала пародонтальной терапии в качестве элиминирующего и препятствующего распространению микробных агентов фактора.

Тем не менее, вопреки этому мнению рядом исследований доказано, что лечение корневых каналов ухудшает регенеративные процессы пародонта. Более того, костная ткань пародонта депульпированных зубов характеризуется снижением выносливости к нагрузке, что также подтверждает негативное влияние эндодонтического лечения на окружающую костную ткань.

Однако существуют данные, свидетельствующие об отсутствии влияния лечения корневых каналов на исход заживления ран пародонта.

Несмотря на освещенность этой тематики в литературе, объективных доказательств в пользу этих точек зрения недостаточно. Так, невозможность проведения гистоморфометрических исследований блок-биопсий зубочелюстных сегментов на людях значительно усложняет объективную оценку проведенных лечебных манипуляций. Очевидно, что доказательная база подобных клинических случаев нуждается в проведении новых неинвазивных методов для выявления степени патологических изменений в костной ткани пародонта в области витальных и депульпированных зубов. В этой связи, исследование биохимических показателей смешанной слюны при ХП является перспективным направлением, которое позволяет оценивать процессы ремоделирования альвеолярной костной ткани при различном состоянии ткани пульпы, а также отслеживать эффективность проводимого лечения. Наиболее актуальным в этом отношении, на наш взгляд, является определение важнейших маркеров ремоделирования костной ткани - лиганда рецептора активатора ядерного фактора каппа В (RANK-ligand, RANKL), связанного с ним белка остеопротегерина (OPG, osteoprotegerin). Также недостаточно изученным является определение в смешанной слюне при ХП основного фактора роста фибробластов - FGF-2. Определение вышеуказанных параметров смешанной слюны при лечении пациентов с ХП должно внести ясность в отношении вопроса о регенерации альвеолярной костной ткани при различном статусе пульпы зубов.

Цель исследования: изучить содержание растворимого активатора фактора нуклеации каппа В лиганд, остеопротегерина и основного фактора роста фибробластов в смешанной слюне для оценки результатов хирургического лечения больных с хроническим пародонтитом тяжелой степени в области зубов с витальной пульпой и после эндодонтического лечения.

Материалы и методы: Было проведено комплексное обследование и лечение 22 пациентов (9 человек (40,91%) – женщины, 13 человек (59,09%) – мужчины)) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени и 30 вертикальными дефектами костной ткани пародонта. Критериями

включения пациентов в исследование служили: возраст – 18 – 65 лет, наличие клинико-рентгенологически подтвержденного диагноза хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени; наличие минимум одного вертикального костного дефекта пародонта глубиной 5мм и более; наличие в области операции зубов с одинаковым статусом пульпы; отсутствие выполнения других хирургических методов лечения на пародонте в период участия в исследовании; наличие подписанного информированного добровольного согласия пациента; отсутствие аллергологической отягощенности. Критериями невключения служили беременность; отказ от принятия участия в исследовании; наличие в области операции зубов с различным статусом пульпы; аллергологическая отягощенность.

Далее следовал пародонтологический этап лечения, который начинали с удаления наддесневых зубных отложений с помощью ультразвукового наконечника «Sirosonic L» (Sirona, Швейцария), процедуру снятия зубных отложений с поверхности корня и ее последующим сглаживанием - Scaling & Root Planning (SRP). При сохранении патологической подвижности зубов лечение продолжали выполнением процедуры шинирования, окклюзионные супраконтакты удаляли в процессе избирательного шлифования зубов. После купирования воспалительного процесса в пародонте в условиях оптимальной гигиены полости рта приступали к выполнению хирургического этапа лечения.

Всем больным проводили оперативное вмешательство в виде лоскутной операции по модифицированной методике Цешинского – Видман – Неймана. В ходе оперативного вмешательства использовали методику направленной костной регенерации (НКР) с применением остеопластического материала «Bio – Oss» (Geistlich Biomaterials, Швейцария).

До начала пародонтологического этапа лечения и за три месяца до хирургического лечения части больным по показаниям выполняли эндодонтическое лечение зубов с использованием машинной файловой системы ProTaper Universal (Dentsply/Maillefer), ирригацией 3% р-ром гипохлорита натрия с последующим пломбированием корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи (гуттаперчевые штифты Meta Biomed, Южная Корея; силер AN Plus, Dentsply).

Все пациенты в зависимости от статуса пульпы зубов были разделены на две группы: I группа – исследуемые с витальными зубами, II группа – исследуемые с зубами с состоянием после эндодонтического лечения. Группу контроля составили 10 практически здоровых пациентов обоего пола, без патологии пародонта и с санированной полостью рта.

Для исследования содержания маркеров ремоделирования проводили сбор смешанной слюны натошак в одни и те же утренние часы после чистки зубов. Пациентов предупреждали, чтобы до сбора слюны они не курили и не пили газированную воду. Забор биоматериала осуществляли без стимуляции, путём сплевывания в пластиковую градуированную пробирку объемом 10мл в течение 5 минут. Пробирки с образцами до начала исследования хранили в замороженном состоянии при $t = - 30^{\circ}\text{C}$. Полученную слюну после

однократного размораживания переливали в пробирки типа «Эппендорф» и центрифугировали в течение 15 мин. при 3000 об/мин. Автоматическими пипетками убирали надосадочную жидкость – супернатант, в котором иммуноферментным методом определяли содержание sRANKL, OPG, FGF – 2. Для расчета показателей использовали калибровочные кривые, с помощью которых полученные данные выражали в пг/мл.

Количество sRANKL, OPG, FGF – 2 определяли на иммуноферментном анализаторе Personal Lab ADALTIS с использованием готовых наборов реактивов FREE soluble RANKL High Sensitivity (Biomedica Slovakia S.R.O., Австрия), FREE soluble Osteoprotegerin High Sensitivity (Biomedica Slovakia S.R.O., Австрия), Human FGF basic Quantikine ELISA Kit (R&D Systems, США).

Забор биологического материала производился непосредственно до хирургического вмешательства и через 3, 6, 12 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение: Анализ представленного клинического материала показал, что до начала лечения у пациентов обеих групп согласно индексу ОНI-S показатели гигиенического статуса полости рта соответствовали неудовлетворительному уровню гигиены, а значения индекса PI были повышенными ($p < 0,5$). Значения величины потери пародонтального прикрепления в обеих группах были равнозначными без прослеживаемой тенденции к изменению в зависимости от витальности зубов ($p > 0,5$). Патологическая подвижность зубов соответствовала I-II степени в обеих группах сравнения.

До хирургического лечения в смешанной слюне пациентов обеих групп выявлена высокая активность sRANKL и OPG по сравнению со значениями контрольной группы. Доказано, что содержание sRANKL в слюне прямо пропорционально степени тяжести пародонтита и при его тяжелой степени превышает 3 пг/мл. Полученные нами данные подтверждают эти исследования: содержание sRANKL в группе I составило $3,43 \pm 0,29$ пг/мл, в группе II - $3,88 \pm 0,56$ пг/мл (табл.3). При этом тенденции к достоверному изменению содержания sRANKL в зависимости от состояния ткани пульпы нами выявлено не было ($p > 0,05$) (табл.3).

Количество OPG в слюне пациентов с пародонтитом значительно выше содержания sRANKL. Полученные значения этого белка в группе I составили $11,03 \pm 0,86$, в группе II - $11,30 \pm 0,88$ пг/мл без достоверных колебаний в зависимости от витальности зубов ($p > 0,05$) (табл.3).

Содержание FGF-2 до начала лечения нами выявлено не было ни в одной из групп сравнения.

Следует отметить отсутствие содержания sRANKL, OPG и FGF-2 в смешанной слюне лиц контрольной группы.

После хирургического лечения в группах пациентов с витальной пульпой и после эндодонтического лечения количество sRANKL в смешанной слюне понижается без достоверной зависимости от статуса пульпы зубов ($p > 0,05$), но не достигает значений контрольной группы (табл.4).

Содержание OPG в смешанной слюне после проведённого лечения в группах сравнения имело тенденцию только к понижению, но оставалось

повышенным по сравнению со значениями этого протеина в контрольной группе.

Содержание FGF-2 после проведенного лечения в исследуемых группах на всех сроках наблюдения остается не выявленным (табл.4). Однако следует отметить появление этого пептида у одного пациента в каждой из групп сравнения к 3 месяцу после хирургического вмешательства, значения которого варьировали в пределах от 3,69 до 8,07 пг/мл. Подобные изменения свидетельствуют об активно протекающих процессах регенерации в пародонте витальных и депульпированных зубов.

Очевидно, полученные нами данные о равнозначно повышенном количестве sRANKL в смешанной слюне в исследуемых группах сравнения свидетельствуют об активации клеток моноцитмакрофагальной линии, с одинаковой степенью функционирования у пациентов с витальной пульпой и после эндодонтического лечения. Эти клетки инициируют синтез мРНК sRANKL в остеокластах и подавляют синтез мРНК OPG в остеобластах в ответ на воспаление.

Таким образом, после проведенного лечения снижение содержания sRANKL, OPG в слюне свидетельствует о менее выраженных, но продолжающихся процессах резорбции костной ткани пародонта, не имеющих зависимости от состояния специфической ткани пульпы.

Отсутствие содержания FGF-2 после проведенного лечения следует рассматривать, как показатель заживления тканей пародонта посредством образования фиброзной соединительной ткани без вовлечения в регенеративный процесс васкуляризованной ткани эпителиального происхождения.

Заключение: в смешанной слюне пациентов после хирургического лечения хронического пародонтита тяжелой степени в области зубов с витальной пульпой и после эндодонтического лечения выявлено равнозначное содержание sRANKL и OPG вне зависимости от статуса пульпы зуба. Содержания FGF-2 в обеих группах сравнения выявлено не было.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ГУБЫ И ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Гофуров А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения, 90% населения мира является носителем вируса, а иммунный статус организма является важным патогенетическим фактором в развитии вирусного заболевания. Факторы поражения полости рта - зубные протезы, пломбы и зубной камень, а также различные трещины и кариозные зубы играют важную роль в развитии заболевания, которое нарушает целостность полости рта и позволяет вирусу проникнуть глубоко в эпителий и десны. Затем вирус герпеса переходит в латентный тип (латентную фазу), когда человек является носителем вируса. При снижении местного иммунитета вирусы герпеса ре активизируются, острый период повторяется. Изучение и лечение иммунобиологического состояния

организма пациентов с травматическими факторами в полости рта - одна из актуальных проблем современной стоматологии. Противогерпесные препараты могут действовать, когда вирус простого герпеса прикрепляется к клеточным мембранам или во время размножения вирусов, но не влияют на их ферментативную активность и процесс синтеза белка, то есть на рецидив заболевания. При хронической форме герпетического стоматита воспалительный процесс ускоряется в результате взаимодействия вирусов и комплекса иммунной системы человеческого организма. Исходя из этого вывода, лечения хронических воспалительных процессов одним противовирусным средством недостаточно.

Объектом и предметом исследования явились 189 пациентов с рецидивирующим герпесом губ и герпетическим стоматитом, находящиеся на амбулаторном лечении в терапевтической стоматологической клинике Ташкентского государственного стоматологического института. Группа пациентов была сформирована следующим образом: 85 (45%) пациентов лечились общепринятыми методами (1 группа), 104 (55%) пациентов (2 группа) дополнительно к традиционному способу липидным концентратом биологической массы, относящиеся к типу змей ERYX Reptin-Plant (Сделано в Узбекистане), капсулы по 0,25 грамма, 1-2 капсулы перед едой, 3-4 раза в день в течение 30-60 дней, а также локальные высыпания на губах и поражения щек, язык и другая полость рта протирают 2% жидкостью метиленового синего (фотосенсибилизатор). Использован метод фотодинамической обработки с использованием световых лазерных лучей. Длина пучка 620-650 нм, интенсивность 200 мВт / см², экспозиция 15-20 минут. Полет длился 5-7 сеансов.

Заключение. Предлагаемая комплексная схема лечения повышает эффективность лечения опоясывающего герпеса и герпетического стоматита, статически сокращает продолжительность лечения в 2 раза, рецидивирует в 4 раза и увеличивает эффективность лечения в 3 раза.

СРАВНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ СВЕТО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ И ОКРАШИВАНИЯ ЭРИТРОЗИНОМ В ИНДИКАЦИИ ЗУБНОГО НАЛЕТА

Гроссер В.А., Никольская И.А., Сарап Л.Р.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Алтайский государственный медицинский университет
vladimir.grosser@inbox.ru*

Введение. Индикация зубного налета считается одним из наиболее эффективных методов мотивации пациента к гигиене рта. В этом исследовании сравниваются два метода обнаружения зубного налета: устройство Qscan plus и таблетки для индикации зубного налета.

Материалы и методы. Qscan plus основывается на технологии количественной свето-индуцированной флуоресценции (QLF), которая позволяет визуализировать порфирины зубного налета, ассоциируемые с жизнедеятельностью патогенных анаэробов.

Таблетки для индикации зубного налета используют краситель эритрозин.

Обследовано 60 пациентов в возрасте от 5 до 21 года. Они были разделены на две группы: 30 человек в возрасте 17-21 года (1-я группа) и 30 человек в возрасте 5-7 лет (2-я группа).

Процедура исследования включала осмотр, индикацию зубного налета с использованием Qscan plus (обе группы) и таблеток для индикации (только 1-я группа), фотографирование 6 передних зубов верхней и нижней челюстей, анкетирование участников (только 1-я группа) и создание двух моделей распределения зубного налета. Первая модель показывает патогенный зубной налет, обнаруженный при помощи Qscan plus у всех участников; вторая показывает зубной налет, окрашенный эритрозином у всех участников.

Результаты. Площадь окрашенного зубного налета, значительно больше площади зубного налета, видимого в свете Qscan plus.

В 1-й группе наибольшие скопления порфиринов зубного налета были обнаружены в межзубных промежутках передних зубов нижней челюсти (3.1-3.3 и 4.1-4.3) и на клыках (1.3, 2.3, 3.3, 4.3).

Во 2-й группе порфирины чаще всего выявлялись в межзубных промежутках передних зубов нижней челюсти (7.3-8.3) и в пришеечных областях передних зубов верхней и нижней челюсти.

86,67% участников предпочли бы использовать Qscan plus для регулярной самостоятельной индикации зубного налета.

Заключение. На основании моделей распределения зубного налета, обнаруженного различными методами, был сделан вывод, что патогенный зубной налет покрывает меньшую площадь поверхности, чем зубной налет в целом.

Участники исследования предпочли оптическую индикацию зубного налета с помощью устройства QScan Plus более традиционному методу окрашивания.

ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Даминова Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Эндодонто-пародонтальные поражение - это совокупность поражения пульпы и тканей пародонта. В современной стоматологии данное поражение является серьезной проблемой, так как требует от врача-стоматолога определенных знаний не только в области эндодонтии, но и в области пародонтологии.

Цель. В настоящее время стоматология все чаще приобретает актуальность в диагностике и лечении пациентов на начальной стадии заболевания, с целью предотвращения его дальнейшего прогрессирования, наименьшего стоматологического вмешательства и сохранение зуба как анатомически, так и функционально.

Задачи. Большое значение в этой проблеме имеют знание стоматолога, современные технологии и материалы, а главное, соблюдая принципы деонтологии, информировать пациента о его заболевании и предлагать все

возможные варианты дальнейшего лечения, которая направлена на сохранение зуба.

Материалы и методы. Микробиологические исследования показали, что негемолитический стрептококк, грамотрицательные бациллы, грибы *Candida*, эпидермальный стафилококк преобладают в корневом канале и пародонтальный карман. Связь между содержанием пародонта карман и корневой канал не важны. Есть свидетельства тяжелой микробной загрязнение корневого канала и пародонтального кармана микроорганизмами *Bacteroides vulgaris* и *Enterococcus faecalis*. В этом случае неповрежденные зубы рекомендуется удалять пульпу у пациентов с хроническим генерализованный пародонтит. К пародонтальным микробным комплексам относятся: красный, оранжевый, зеленый, желтый и фиолетовый микробный комплексы.

Результаты и обсуждение. Основной способ связи зуба и пародонтальное (апикальное) отверстие, близкие отношения между ними достигнуты. Исследования показали, что при заболеваниях пародонта, в образовании патологических карманов, пульпа не участвует в процесс, пока инфекция не достигнет апикального отверстия. Этот процесс включает в себя всю разветвленную систему корневого канала, благодаря боковым и дополнительным каналам. Они могут присутствовать везде вдоль корень. Исследование показало, что 17% зубов имеют дополнительные каналы в апикальной части, 9% в середине и 2% в верхней трети. В пародонте относительно мало разрушительных изменений, связанных с каналы. Дополнительные каналы в зоне фуркации моляров также являются путями сообщения пульпы и пародонта. Распределение дополнительных каналов в эта область довольно большая и составляет 76%, но не все из них каналы простираются на всю толщину дентина до нижняя часть фуркации.

Другой способ заражения через дентиновые трубки. Трубочки дентина это тонкие, сужающиеся наружу каналы, радиально проникая в дентин из пульпы в эмаль (в корона) или цемент (в корне). Ближе к эмали, они дают боковые V-образные ветви, в области в верхней части корня нет ветвей. Трубочки корона S-образная изогнута и почти прямая на корень. Из-за радиальной ориентации канальцев, их плотность больше со стороны пульпы, чем в наружные слои дентина. Содержимое дентиновых трубок одонтобласты и нервные волокна, окруженные тканью (дентин) жидкость. В случае кариозных поражений, дентинные трубки служат путями распространения микроорганизмов.

Выводы. При эндодонто-пародонтальном в очагах поражения наблюдается взаимосвязь между бактериальной микрофлорой пульпы зуба и тканями пародонта. В большинстве случаев ткань пульпы осеменяется пародонтальной флорой, что приводит к необратимым процессам в мякоть и дальнейшее прогрессирование заболеваний пародонта. Вот почему прогноз зуба с периодом поражение зависит от состояния тканей пародонта. Это объясняет низкую эффективность лечения пациентов. Это патология и высокий риск рецидива заболевания. Эффективное лечение должно быть направленным при устранении микробного фактора из пародонта карман и система корневых каналов, а затем восстановить опорные структуры зуба. Усилия должны быть

направлены не только на устранение патогенных фактор, но и для активации местных механизмов для защиты и регенерации тканей пародонта.

ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, АНТЕНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Даминова Ш.Б., Бабаджанова Н.Т.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
e-mail: bebekbuch@mail.ru*

В изучении Профилактике кариеса зубов и болезней пародонта у беременных доступно две цели: улучшить стоматологический статус женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей. Здоровье матери во время беременности влияет на развитие зубов ребенка, особенно в период 6—7-й недели, когда начинается процесс закладки зубов. Исследования зачатков зубов показали, что при патологическом течении беременности минерализация эмали зубов плода замедляется, а нередко и приостанавливается на стадии начального обызвествления. В постнатальном периоде минерализация таких зубов хотя и улучшается, однако не достигает нормального уровня обызвествления временных зубов. Уже в ранние сроки беременности у женщины происходит ухудшение состояния твердых тканей зубов и пародонта на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта и сдвигов в составе ротовой жидкости. Это обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий на протяжении всего срока беременности. Женщинам рекомендуется выполнять комплекс общих профилактических мероприятий, включающий в себя правильный режим труда и отдыха, полноценное питание, витаминотерапию.

Цель исследования: Для достижения максимального эффекта в профилактике стоматологических заболеваний необходимы диспансеризация женщин в течение всей беременности и координация работы гинеколога и стоматолога, к которому женщина должна быть направлена при первом посещении женской консультации.

Материалы и методы. В стоматологическом кабинете необходимо организовать: • обучение рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов, помощь в подборе основных и дополнительных средств гигиены; • санацию полости рта; • проведение профессиональной гигиены; • реминерализующую терапию с целью повышения резистентности эмали зубов.

Особо значимой является организация просветительной работы по профилактике стоматологических заболеваний у детей и созданию мотивации по уходу за зубами сразу после их прорезывания. Для родителей и детей проводятся занятия, включающие: • информацию о конечных целях программы и пользе ее проведения для здоровья детей; • сведения о механизме возникновения кариеса; • данные о роли зубного налета и факторах, ускоряющих и замедляющих процесс развития кариеса; • сведения о влиянии некоторых продуктов питания, в частности сладостей, на развитие кариозного

процесса и советы по рациональному питанию; • рекомендации по применению зубных щеток и паст; • обучение правилам чистки зубов.

Результаты и их обсуждение: Результаты стоматологического обследования детей в 12-летнем возрасте показывают, что самый низкий показатель интенсивности кариеса определяется в группах, где программа профилактики начиналась в дошкольном возрасте и продолжалась в школе. Наши наблюдения убедительно доказывают, что наряду со стоматологическим просвещением и гигиеническим обучением детей должны использоваться различные средства профилактики: чистка зубов фторидсодержащими пастами и покрытие зубов фторлаком, герметизация фиссур постоянных моляров, профессиональная гигиена полости рта. Имеется взаимосвязь между уровнем приобретенных знаний, мануальными навыками по уходу за полостью рта, гигиеной полости рта, интенсивностью кариеса зубов и частотой заболеваний пародонта.

Выводы: Важным звеном для передачи информации и создания мотивации у родителей и детей являются воспитатели детских садов и учителя школ. Оптимальный комплекс лечебных и профилактических мероприятий назначают индивидуально в соответствии со стоматологическим статусом и интервалами посещения детьми стоматолога. Необходимой частью комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний у детей является образовательный компонент, включающий стоматологическое просвещение и гигиеническое воспитание. Образовательная программа должна учитывать психолого-педагогические закономерности, особенности психики, тип психологического восприятия информации ребенком и включать стоматологическое просвещение, гигиеническое обучение, беседы с родителями и педагогами.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ

Джалилова Ш.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
azlarova97@mail.ru*

В настоящее время самым распространённым стоматологическим заболеванием является кариозное поражение зубов, особенно в детском возрасте. Согласно медицинской статистике, кариесом болеют около 70-80% детей в возрасте до 10 лет. Поэтому разработка методов профилактики и лечения остается актуальнейшей задачей в детской стоматологии. Следовательно, для улучшения качества лечения, необходимо совершенствование методики препарирования и использование новых пломбировочных материалов.

Одной из самых трудоемких манипуляций в процессе лечения, особенно у детей, является препарирование твёрдых тканей зуба, что и является основной причиной боязни детей похода к стоматологу. Естественно, посещение стоматолога почти у всех пациентов-детей вызывает стрессовое состояние, выражающееся криками и паникой. Поэтому трудность лечения пациентов в

детском возрасте заключается не только в анатомо-физиологическом строении временных зубов и полости рта, но и сложностью в принятии правильных стратегий в процессе работы с пациентом-ребёнком. Это зачастую приводит к развитию осложнений кариеса и преждевременному удалению молочных зубов, что в свою очередь негативно влияет на зачатки постоянных зубов и общее здоровье ребёнка. Именно поэтому работа детского стоматолога напрямую связана с применением различных методов защиты ребенка от негативных реакций - страха, боли и психического перенапряжения.

Наиболее перспективным в данном аспекте является применение альтернативных атравматических методов лечения.

Первые исследования в области ART методики были описаны в 1997 году, и только в 1980-х годах данный метод был рекомендован ВОЗ для оказания стоматологической помощи жителям бедных регионов, а исследования проводились в таких странах, как Танзания, Зимбабве, Пакистан, Южная Африка. Хотя в своей истории ART метод был предназначен для лечения кариеса зубов в труднодоступных регионах, на сегодняшний день он широко применяется по всему миру. Сам метод предполагает использование ручных инструментов взамен препарирования с помощью бормашины. Популярность ART метода заключается в том, что он требует минимальных стоматологических вмешательств и способствует максимальному сохранению здоровых тканей зуба. Кроме того, данный метод имеет ряд других преимуществ – это минимум болевых ощущений у пациента в процессе лечения зуба, отсутствие необходимости в местной анестезии, снижение страха перед стоматологическим вмешательством и т.д.

В основе ART метода лежат два принципа – препарирование кариозной полости только ручными инструментами и восстановление зуба адгезивными пломбировочными материалами, в частности, СИЦ.

Еще одним из щадящих методов препарирования, набирающих свою популярность, является химико-механический способ, основанный на использовании различных препаратов, разрушающих пораженные ткани зуба. Среди данных препаратов наше внимание привлёк препарат «Кариклинз» фирмы «ВладМиВа», предназначенный для размягчения дентина при кариесе без повреждения здорового дентина. В комплект «Кариклинз» входит два геля для последовательного применения и ручные атравматические инструменты. В состав геля №1 входит комплексообразователь твердых тканей, предназначенный для растворения распавшихся минеральных компонентов кариозного дентина. Он растворяет нестойкие кальцийфосфаты и оксиапатит, при этом не повреждая здоровый дентин. Также данный гель в своем составе имеет антисептик – цетримид, действующий против грамположительных, грамотрицательных и анаэробных бактерий.

А основным действующим веществом геля №2 является гипохлорит натрия, растворяющий органическую часть дентина – обнаженные коллагеновые волокна, а также обладающий бактерицидным свойством. После обработки кариозной полости данными гелями можно эффективно и безопасно удалить кариозно-поврежденный дентин с помощью специальных

инструментов комплекта «Кариклинз». Последовав инструкции данного препарата, можно достичь максимального результата химико-механического препарирования.

Также необходимо помнить, что немаловажную часть атравматической методики составляет правильная долгосрочная реставрация зуба с помощью СИЦ. После восстановления зубов проводится наблюдение и оценка отдаленных результатов. Чтобы избежать новых кариозных поражений зубов, после реставрации пациенту даются советы.

Таким образом, применение атравматических методов лечения остается самым эффективным выходом при лечении детей, не готовых к сотрудничеству с врачом-стоматологом и с проблемным поведением на стоматологическом приеме. Это позволяет предотвратить дальнейшее негативное отношение на поход к стоматологу, способствует психоэмоциональному спокойствию ребенка в процессе лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

Довбня Ж.А., Головская Г.Г., Галкина О.П.

Институт «Медицинская академия имени С.И.Георгиевского»

zhannulka1@mail.ru

Актуальность. Проблема возникновения и развития заболеваний тканей пародонта очень актуальна в детском возрасте, что обусловлено высокой распространенностью заболевания. Наиболее высокий уровень распространения воспалительных заболеваний пародонта приходится на пубертатный период (до 60%) и проявляется в виде хронического катарального гингивита (ХКГ). Пубертатный возраст характеризуется становлением сложного уровня взаимоотношений в эндокринной системе. Высокая частота возникновения гингивита у детей в пубертатном возрасте диктует необходимость изучения новых направлений лечения данной патологии.

Цель работы: изучить эффективность воздействия фитотерапии Крымского месторождения в лечении девочек с ХКГ в возрасте 12-13 лет с менархе.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 26 девочек с ХКГ (основная группа – ОГ). Контрольную группу составили 12 практически здоровых девочек без фоновых заболеваний, признаков воспалительных процессов в пародонте. При установлении степени биологической зрелости у исследуемых детей проводили сопоставление показателей развития со средним возрастным половым стандартом, формула полового развития - Me-1; Ax-1,2; Ma-1,2 [Tanner,1981]. Детям ОГ была проведена санация рта и профессиональная гигиена. Аппликации на десну проводили комбинацией эфирных масел мяты, сосны, фенхеля и эвкалипта с бентонитовой глиной в течение 20 минут ежедневно, №10. Больных обследовали до и после лечения. Уровень гигиены рта определяли по индексу Silness-Loe, состояние тканей пародонта – по индексу кровоточивости по Saxer

и Muhlemann (PBI). Оценку факторов неспецифической защиты осуществляли по содержанию sIgA, модифицированного альбумина (Ам); состояние антиоксидантно-прооксидантной системы – по индексу АПИ; уровень микробного обсеменения определяли по степени дисбиоза СД.

Результаты исследования. Критерием эффективности лечения явилась положительная динамика параклинических индексов, достоверное их снижение ($p < 0,001$). Оральный дисбиоз снизился в 3 раза, достигнув показателя микробиоценоза рта здоровых детей. Достоверно увеличился уровень sIgA в 2 раза ($p < 0,01$). Количественное содержание Ам снижается в 1,8 раз за счет воздействия на метаболитные процессы предлагаемой терапии. Показатели антиперекисного индекса (АПИ) нормализуются и достигают уровня контрольных величин.

Вывод. Положительное влияние предложенного метода лечения ЖКГ у девочек пубертатного возраста реализуется за счет избирательного действия эфирных масел (антимикробного, иммунологического, антиоксидантного, на клеточный метаболизм и микроциркуляцию) и селективного абсорбирующего эффекта бентонитовой глины, что подтверждается существенными изменениями параклинических и биохимических показателей.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зойиров Т.Э., Усманов П.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

Гипертоническая болезнь и ежедневный приём гипотензивных препаратов могут инициировать изменение количества и качества ротовой жидкости секретлируемой слюнными железами. Физические показатели слюны зависят от концентрации белка и/или неорганических минерализирующих компонентов. Изменения физико-химических показателей ротовой жидкости указывают на нарушения в её составе, что неизбежно сказывается на здоровье полости рта и целостности зубов.

Целью данного исследования было оценить влияние артериальной гипертензии на функцию слюнных желёз и физико-химические показатели ротовой жидкости.

Материалы и методы: Диагноз артериальной гипертензии устанавливали при величине систолического АД более 140 мм рт. ст. и диастолического АД более 90 мм рт.ст. Скорость нестимулированной саливации определяли методом сплёвывания. Величину вязкости ротовой жидкости устанавливали при помощи вискозиметра (ВК-4); поверхностное натяжение - по Рединовой Т.Л.2014. рН ротовой жидкости измеряли на рН-метре. Кислотную и основную буферные емкости ротовой жидкости определяли по В.К.Леонтьеву. Клинические параметры, показатели ротовой жидкости выражали либо в процентах, либо в средних величинах \pm стандартное отклонение.

Результаты и обсуждения: Результаты этого исследования продемонстрировали отрицательное влияние артериальной гипертензии на физические и физико-химические показатели ротовой жидкости. У пациентов с

клинически верифицированной пограничной артериальной гипертонией и развитой гипертензией отмечалось значимое снижение скорости саливации, статистически более достоверное у пациентов с развитой гипертонической болезнью: снижение относительно здоровых обследуемых на 9,80% ($P \geq 0,05$) и 25,29% соответственно. Результаты наших исследований показали снижение рН нестимулированной ротовой жидкости у пациентов с нарушением артериального давления относительно обследуемых с нормальным артериальным давлением: на 5,63% ($P \geq 0,05$) с пограничной гипертензией и гипертензией I стадии - на 12,68% ($P \geq 0,05$). Результаты и обсуждения: Результаты этого исследования продемонстрировали отрицательное влияние артериальной гипертонии на физические и физико-химические показатели ротовой жидкости. У пациентов с клинически верифицированной пограничной артериальной гипертонией и развитой гипертензией отмечалось значимое снижение скорости саливации, статистически более достоверное у пациентов с развитой гипертонической болезнью: снижение относительно здоровых обследуемых на 9,80% ($P \geq 0,05$) и 25,29% соответственно. Результаты наших исследований показали снижение рН нестимулированной ротовой жидкости у пациентов с нарушением артериального давления относительно обследуемых с нормальным артериальным давлением: на 5,63% ($P \geq 0,05$) с пограничной гипертензией и гипертензией I стадии - на 12,68% ($P \geq 0,05$).

Вывод: Показатели функциональной активности слюнных желез могут быть потенциальным биомаркером гипертензии. Однако необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить их диагностическую ценность для большей группы пациентов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Зокирхонова Ш.А., Шайматова А.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

zokirhonova@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский институт

azizarustambekovna@gmail.ru

Актуальность: Кариес зубов –является полиэтиологическим заболеванием, возникающий вследствие бактериологических и химических процессов приводящих к деминерализации эмалии распаду твёрдых тканей зуба. Данные ВОЗ: 60-90% школьников во всем мире страдают кариесом зубов. Кариес зубов - основное стоматологическое заболевание у детей [Адмакин О.И., 2004; Курякина Н.В., 2005; Окушко В.Р., 2003; Благоевич, Д., 2000; Поултон, Р., 2001; Кук, С. и др., 2008; Guido, J. et al., 2011]. Его отличительная особенность в том, что однажды начавшись, кариозный процесс не прекращается и требует постоянного наблюдения [Lukinyx, L. M., 1998; Гриффин, SO. et al., 2009]. Младший школьный возраст наиболее приемлем для проведения стоматологических образовательных программ и выработки у детей сознательного подхода к профилактике и лечению стоматологических заболеваний. Профилактика и лечение кариеса зубов путем реминерализации

эмали используется уже не одно десятилетие. В конце 1990-х гг. интерес к оральным профилактическим и лечебным препаратам на основе фосфата кальция в мире стал возрождаться. Разработано несколько основных «формул», давших жизнь «кальцийфосфатным технологиям», используемым для профилактики и лечения кариеса, а также эрозий, истирания и гиперчувствительности эмали.

Цель работы: Совершенствование местной профилактики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 учеников: 68 девочка и 52 мальчика в возрасте от 7 до 11 лет. Диагнозы: кариес в стадии пятна – 86 человек; гипоплазия эмали– 11; гиперестезия твердых тканей зубов – 7. Каждый ученик был проинструктирован по применению реминерализующей системы GC Tooth Mousse. Препарат наносился на зубы с помощью сухого пальца или аппликатора после чистки зубов на 5 минут. Для лучшего проникновения препарата в интерпроксимальные пространства возможно использование флосса. В процессе процедуры не рекомендуется сплевывать и глотать слюну. Дополнительное ополаскивание полости рта не требуется. В течение последующих 30 минут не рекомендуется пить и принимать пищу. Применялась методика ВОЗ: осуществлялся сбор жалоб, анамнез жизни и анамнез заболевания, проводился экстра- и интра оральный осмотр. Регистрировались клинические индексы ОНІ-S, GI, КПУ-кп. Кислотоустойчивость эмали оценивали с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР) по В.Р. Окушко.

Результаты исследования: Средний групповой показатель индекса гигиены, в исследуемой группе, уменьшился через 3 мес на 0,33 балла, а через 6 мес от начала профилактических мероприятий на 0,40 балла по сравнению с первоначальным, достигнув $0,74 \pm 0,03$ ($p < 0,01$). В группе сравнения показатель интенсивности кариеса зубов составил $2,64 \pm 0,17$, а прирост кариеса по индексу КПУз- $1,64 \pm 0,11$. После 6 мес показатели прироста интенсивности кариеса по индексу КПУз у детей составило $1,69 \pm 0,22$ соответственно, в группе сравнения- $2,64 \pm 0,18$. Показатель ТЭР-теста после 3 мес по наблюдаемой группе учеников составлял от 2 до 8 баллов. В среднем значение ТЭР-теста по группе составило 3 балла. После курса реминерализующей терапии показатель снизился в среднем с 3 (2,6) до 1 (1,4) балла ($p < 0,001$). Меловидные пятна исчезли у 48% учеников, у 52% уменьшились размеры и интенсивность окрашивания пятен. У 65% учеников, у которых первично отмечалась гиперестезия, снизилась болевая реакция на холодовой раздражитель и у 100% – на тактильный раздражитель. значения ТЭР теста через 6 мес после проведения реминерализации улучшились и соответствовали следующим значениям: из 50 зубов у 2 (4%) ТЭР составил 1 балл, у 19 зубов (38%) ТЭР составил 2 балл, у 16(32%) зубов ТЭР составил 3 балл, у 8 зубов (16%) ТЭР был равен 4 балла и у 4 зубов (8%) ТЭР составил 5 баллов, что так же свидетельствовало о повышении кариес резистентности, но более значимыми эти показатели были у зубов с заранее более высокой кислотоустойчивостью

эмали. На все этапах проведения реминерализирующей терапии наблюдались достоверные различия в показателях ТЭР теста ($p < 0,001$).

Проведённые исследования позволили сделать выводы: результаты исследования подтвердили, что применение реминерализующего препарата GC Tooth Mousse имеет выраженный терапевтический эффект при лечении начального кариеса, реминерализации некариозных поражений и твердых тканей зубов с незаконченной минерализацией, о чем свидетельствуют данные клинического осмотра, достоверная динамика ТЭР-теста ($p < 0,001$). Реминерализующую систему GC Tooth Mousse можно использовать в домашних условиях. Это важно особенно для детей, поскольку исключается факт психологической тревоги и напряженности пациента, имеющей место перед и во время стоматологического приема; экономится время врача и пациента, а по эффективности полученных результатов методика приближается к профессиональным реминерализующим процедурам подобного рода.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА.

Ибрагимов М.Х., Алланазаров Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
babur0018@gmail.com*

Введение. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) -- это воспаление слизистой оболочки полости рта, проявляется наличием афты округлой или овальной формы с гиперемизированным ободком вокруг, поражает 20% населения. Факторами, провоцирующими ХРАС чаще являются переохлаждение, стрессовые ситуации, прием лекарственных препаратов. Расположение афт, по данным разных авторов, бывает на слизистой оболочке щеки (45,6%), переходные складки (45%), кончике и боковой поверхности языка (6,1%-14%), подъязычной области (4%-7%), верхней и нижней губе (41,2%), мягкое небо (2%) (Успенская О.А., 2015; Ибрагимов М.Х., 2019).

В развитии рецидивирующего афтозного стоматита играет роль большое количество этиологических факторов. Среди них наиболее популярными являются: вирусная теория (Анохин В.А., Фаткуллина Г.Р., 2012; Силантьева Е.Н., Березина Н.В., Кривонос С.М., 2013); теория сенсibilизации организма (Жулев Е.Н., Успенская О.А., 2017); иммунная теория (Абашидзе Н.О., Хардзейшвили О.М., 2010; Булкина Н.В., Токмакова Е.В., 2012; Силантьева Е.Н., 2013; Волков Е.А., Бутова В.Г., 2014; Ярцева А.В., 2017); микроциркуляторная теория (Болатова Л.Х., 2010); теория провоцирующих факторов - в ходе многочисленных исследований было установлено, что практически у всех пациентов, страдающих рецидивирующим афтозным стоматитом, имеется общесоматическая патология (Гажва С.И., Шкаредная О.В., 2013; Волков Е.А. Бутова В.Г., 2014; Успенская О.А., 2015). Наиболее часто рецидивирующий афтозный стоматит, по данным ряда авторов, встречается при патологии желудочно-кишечного тракта (Косюга С.Ю., Кленина В.Ю., 2014).

Цель исследования: Выявить особенности клинического течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 34 пациентов с ХРАС в возрасте 25-35 лет, не имеющих соматической патологии и давностью от 6 месяцев до 2 лет, распределены на две группы. Больные ХРАС группы сравнения (17 человек) получали традиционное лечение, больные основной группы (17 человек) получали традиционное лечение + холисал; 10 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста явились контролем. Пациенты всех исследуемых групп по жалобам, возрасту и стоматологическому статусу были сопоставимы. Проводились клинические, статистические методы, исследования, выявлялись причинные факторы, выясняли проведение ранее проведенного лечения, его успешность или безуспешность, количество и причины рецидивов. Был определен гигиенический уровень по методу ОНІ-S.

Традиционное лечение состояло из местного и общего лечения, в котором использовалось аппликационное обезболивание 2% раствором лидокаина, ферментативная обработка трипсином и аппликация солкосерил дентальной адгезивной пасты. Лечение больных ХРАС основной группы проводилось препаратом холисал в сочетании с традиционным методом. Холисал является комбинированным препаратом для местного применения, состоит из нестероидного противовоспалительного средства-салицилата холина и антисептика –хлорида цеталкония. Салицилат холина обладает противомикробным, противовоспалительным и анальгезирующим действием, а хлорид цеталкония активен в отношении грамположительных бактерий, а также грибов и вирусов.

Полученные результаты и обсуждение. При осмотре полости рта у всех обследуемых были обнаружены афты, мягкие на ощупь, при пальпации болезненные, располагающиеся на гиперемированной слизистой оболочки полости рта округлой или овальной формы, покрытые фибринозным серовато-белым налетом, который при поскабливании не снимался. Все афты имели вокруг себя гиперемированную каемку. У 49% пациентов определялась небольшая отечность СОПР, регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны, у 12% отмечалось повышенное, у 3% - пониженное слюноотделение, у 5% больных наблюдалась субфебрильная температура, у части больных отмечались одиночные афты на десне, нижней губе. Индекс ОНІ-S у больных с ХРАС до лечения составил $2,14 \pm 0,06$, после лечения гигиеническое состояние полости рта значительно улучшилось ОНІ-S - $1,21 \pm 0,09$ (хорошее гигиеническое состояние полости рта), индекс гигиены достоверно снизился $p < 0,001$. Клиническая эффективность у 92% пациентов показала значительное снижение болевого синдрома после применения Холисал на вторые сутки и наблюдалось очищение афты от налета и появления признаков эпителизации к концу первой недели у 68% обследованных. В основной группе пациентов ХРАС Холисал положительно воздействует на афты, в сочетании с общеукрепляющим действием витаминов и солкосерила и способствует ускорению эпителизации, в более, чем два раза ($p < 0,001$)

Заключение. Таким образом, клиническое течение ХРАС СОПР проявляется болью, жжением, гиперсаливацией, иногда сухостью полости рта, а также появлением афтозных элементов поражения, характеризуется снижением гигиенического индекса ОНI-S до показателя $2,14 \pm 0,06$. Афты мягкие на ощупь, имеют округлую или овальную форму с гиперемированной каемкой вокруг и покрытой фибринозным налетом.

Выводы. Применение холисалы в основной группе пациентов ХРАС на вторые сутки от начала лечения у 92% пациентов показала значительное снижение болевого синдрома, а в сочетании с общеукрепляющим действием витаминов и солкосерила способствует ускорению эпителизации, в более, чем два раза ($p < 0,001$).

СОСТОЯНИЕ ЯЗЫКА ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ибрагимова М.Х., Дурдыева У.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Введение. Язык часто поражается при многих заболеваниях системного характера. При заболеваниях желудочно – кишечного тракта часто наблюдаются поражения языка различного характера, как отек, налет, десквамация и другие.

Цель. Определить изменения слизистой оболочки полости рта и языка у 35 больных при ЖКБ и 20 –контрольной группы, являются практически здоровыми лицами.

Материал и методы. Проведены клинические, функциональные и микробиологические методы исследования у 2 клинических групп, основная и контрольная. Клиническими методами определяли цвет слизистой оболочки полости рта и языка, наличие налета или патологических образований. Функциональным методом – волдырной пробой Мак-Клюр-Олдрича определяли наличие скрытого отека. Бактериологическим методом определяли микрофлору полости рта,

Полученные результаты и обсуждение. Жалобы больных в контрольной группе в основном сводились к изменению цвета зубов (дисколориту) у $18,3 \pm 6,3\%$ и неприятному запаху изо рта (галитозу) у $29,4 \pm 8,2 \%$ пациентов. При проведении клинического осмотра больных контрольной группы цвет слизистой оболочки полости рта бледно-розовый у $76,3 \pm 7,2\%$ больных, слизистая оболочка влажная, без налетов. Жалобы больных основной группы были в основном на жжение языка у $67,8 \pm 8,5 \%$ больных, дисколорит зубов у $38,9 \pm 8,9 \%$, неприятный запах у $42,6 \pm 8,0 \%$ пациентов. При осмотре на дорзальной поверхности языка выявлен обильный налет у $49,6 \pm 8,8 \%$ (белосерого цвета, трудно удаляемый и достаточно плотный. На кончике языка и его боковых поверхностях отмечаются отпечатки зубов у $53,1 \pm 7,6 \%$ больных. Также на спинке языка отмечаются очаги десквамации. При проведении пробы Мак-Клюр-Олдрича время рассасывания волдыря было укорочено и составило 24,5 мин. Отмечается сухость губ и слизистой оболочки полости рта, встречается пастозность у $55,3 \pm 6,8 \%$ больных, сухость - у $45,7 \pm 9,2 \%$ больных.

Установлена прямая корреляционная связь рН полости рта и пищевода, при ЖКБ наблюдается снижение рН полости рта до $5,2 \pm 0,2$.

Выявлен рост колоний фузобактерий у больных ЖКБ у 81,5% пациентов, лептотрихий - у больных с дисфункцией желчного пузыря и хроническими холециститами у 86,4±7,4% и неэрозивной рефлюксной болезнью у 87,5±6,9 % пациентов, грибов *Candida* - при неэрозивной рефлюксной болезни у 57,3±8,5 %) и ЖКБ 50±6,5%), энтерококков у пациентов с хроническими гастритами, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у 44±4,7 %). Контаминация микробов слизистой оболочки языка выявлена только при хронических гастритах и язвенной болезни желудка в слизистой оболочке желудка в 17,2±6,7 % случаев, при ГЭРБ - в 16,1±7,3%, при дисфункциях желчного пузыря и хронических холециститах в 11±4,8 % случаев.

Заключение. Таким образом, состояние языка при ЖКБ болезни носит неспецифический характер. Тем не менее, стоматологическое лечение приводит к нормализации микробиоценоза полости рта и уменьшению неблагоприятного влияния патогенных микроорганизмов, а также продуктов их жизнедеятельности и оказывает положительное влияние на течение ЖКБ. В связи с этим, пациенты с ЖКБ наряду с обследованием и лечением у гастроэнтеролога должны наблюдаться у стоматолога.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИИ КАК МЕЖГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Иорданишвили А.К., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Солдатова Л.Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Самаркандский государственный медицинский институт, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
professoraki@mail.ru

В настоящее время судебные исковые заявления в области оказания стоматологической помощи и челюстно-лицевой хирургии занимают первое место среди других медицинских специальностей, как в Российской Федерации, так и за рубежом.

Проведённое нами в 2015-2020 гг. исследование в мегаполисе Российской Федерации и его области показало, что число комиссионных судебно-медицинских экспертиз по вопросам стоматологической реабилитации пациентов существенно возросло. Их удельный вес (52,2%) в настоящее время занимает первое место среди всех судебно-медицинских экспертиз, связанных с претензиями на некачественное проведение диагностических и лечебно-профилактических процедур и других медицинских манипуляций.

Проведенный анализ показал, что претензии одновременно к качеству оказания медицинской помощи по различным разделам стоматологии имелись в 226 (56,5%) исковых заявлениях. По отдельным видам стоматологической помощи проанализировано 174 (43,5%) исковых заявлений среди которых были заявления по хирургической стоматологии (включая дентальную имплантацию) – в 63 (15,75%), по терапевтической стоматологии – в 15 (3,75%),

ортопедической стоматологии – в 52 (13%). В 44 (11%) исковых заявлениях претензии предъявлялись врачам стоматологам-ортодонтам.

Практически все исковые заявления пациентов в связи некачественным оказанием стоматологической помощи, а также медицинской помощи, оказываемой врачами-ортодонтами, были удовлетворены судами.

В тоже время, анализ заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз показал, что они часто содержат дефекты, а также многочисленные нарушения, в силу которых они не должны обладать доказательной силой, и их нельзя считать обоснованными и достоверными.

Обычно при анализе заключения выявлялись следующие нарушения юридического критерия, а именно несоблюдения требований ряда нормативно-правовых актов (статьи 8, 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001г., ГПК РФ; п.п. 28 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации"), а также необоснованность выводов и выход за пределы компетенции.

В настоящее время заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы (КСМЭ) должно отвечать критериям достоверности и объективности, а также требованиям УПК РФ, Федерального закона от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» №73–ФЗ, Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации". Кроме того, так как экспертное заключение по таким вопросам обычно выполняется в рамках гражданского дела, то на него распространяется действие статьи 79–87 ГПК РФ. В таких случаях в соответствии со статьей 86 ГПК РФ заключение эксперта или КСМЭ должно содержать подробное описание проведенного исследования, сделанные в результате его выводы и ответы на поставленные судом вопросы. Кроме того, в случае, если эксперт при проведении экспертизы установит имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе включить выводы об этих обстоятельствах в свое заключение.

Согласно требования статьи 25 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности» в заключение эксперта или комиссии экспертов должны быть обязательно отражены время и место производства судебной экспертизы, основания ее производства, сведения об органе или о лице, назначившем судебную экспертизу, а также сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об экспертах (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым было поручено производство судебной экспертизы. В заключении должны быть сведения о предупреждении эксперта, в соответствии с законодательством РФ, об ответственности за дачу заведомо

ложного заключения, а также указание на лицо, предупредившее эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Часто в заключениях отсутствует запись о предупреждении эксперта в виде отдельного листа, что свидетельствует о том, что такая подписка могла быть дана после фактического выполнения исследования при подготовке заключения комиссии экспертов.

В заключение эксперта или комиссии экспертов должны быть представлены вопросы, поставленные перед ними, а также объекты исследований и материалы дела, которые были представлены эксперту или комиссии экспертов для производства судебной экспертизы. Также обязательно наличие сведений об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебной экспертизы, при этом в тексте заключения должно быть указание или находится сведения на вызов сторон, а также содержание и результаты исследований с указанием примененных методов. Должна быть представлена оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам, причем в полном объеме, то есть оценка результатов исследований и их обоснование должно представляться на основе объективных методик исследования.

Все материалы, которые иллюстрируют заключение эксперта или комиссии экспертов, должны прилагаться к заключению и служить его составной частью, а документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, должны храниться в государственном судебно-экспертном учреждении.

При анализе заключений также часто выявляются следующие несоответствия действующего законодательства и методик проведения данного типа экспертного исследования. Согласно статьи 8, заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных, в том числе и в ортодонтии. Это обычно выполняется не в полном объеме, то есть, может отсутствовать оценка результатов исследований, их обоснование на основе объективных методик исследования, а также могут отсутствовать указания на нормативно-правовую и специальную литературу, использованную при производстве экспертизы.

В исследовательской части заключений часто среди недостатков имеются существенные нарушения, которые не учитывают требований Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (далее – Порядок). Так, в соответствии с п. 28 Порядка в исследовательской части заключения эксперта обязательно указывают содержание и результаты всех этапов экспертных исследований (в том числе экспертных экспериментов) с указанием примененных медицинских технологий и экспертных методик, технических средств и расходных материалов; перечень и количественные характеристики объектов, изъятых для дальнейших экспертных исследований в ГСЭУ или переданных органу или лицу, назначившему проведение экспертизы с указанием даты и адресата их направления; условия, методику и результаты

получения образцов для сравнительного исследования; судебно-медицинский диагноз; техническую характеристику использованных устройств и оборудования, расходных материалов; а также режимов фото– и (или) видеосъемки, фотопечати, а для средств цифровой фотографии и видеозаписи – вид, модель, производителя; вид, наименование, версию программного обеспечения для обработки растровых и видеоизображений, режим получения и печати изображений, что часто не реализуется при проведении таких экспертиз при оценке ортодонтического лечения.

Также необходимо отметить, что при анализе заключения эксперта или КСМЭ ответы на поставленные судом вопросы часто представляются необоснованными, например, без учета имеющихся клинических рекомендаций (протоколы лечения). Такие документы обычно утверждены Постановлением Совета Ассоциации общественных объединений, какой является «Стоматологическая Ассоциация России», то есть организации, ответственной за разработку клинических рекомендаций (статья 37 Федерального Закона № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») по лечению той или иной формы нозологии. Такой подход может подтвердить или опровергнуть обоснованность ряда формулировок в первичной медицинской документации, а также применения тех или иных методов и методик лечения в ортодонтии. Часто эксперты допускают выход за пределы компетенции, а именно в составе комиссии экспертов может отсутствовать специалист зубной техник, в компетенцию которого входит оценка технологического процесса изготовления ортопедической или ортодонтической конструкции, а иногда и прочностных характеристик примененных материалов в процессе зуботехнического производства. Также важно подчеркнуть, что заявляя о не соответствии каким-либо требованиям, важно указать, каким требованиям именно и чем они регламентированы, иначе данное утверждение будет противоречить принципам судебной экспертной деятельности.

Таким образом, предупреждение совокупности вышеуказанных нарушений будет способствовать большей достоверности заключения и выводов, сделанных по результатам экспертизы, что позволит считать их обоснованными и достоверными, и не потребует проведения повторного исследования. Представленный методологический подход представляется актуальным как на территории Российской Федерации, так и за рубежом.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Ишанова М.К.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
munira.ishanova26@gmail.com*

Введение. На сегодняшний день одной из важнейших проблем стоматологических заболеваний у детей, связанных с неправильной диагностикой и неправильной оценкой состояния зубов при наблюдаемых у детей поражениях тканей зуба, является неправильная и поздняя диагностика эрозии твердых тканей зуба. Распространенность эрозии зубов в детском

возрасте изучена недостаточно. По данным разных авторов, распространенность эрозии зубов у детей различного возраста находится в пределах от 1 до 100%, что объясняется не только различиями питания и ухода за полостью рта в разных странах мира, но и разными подходами исследователей к диагностике и регистрации заболевания. Исследования Российских учёных показывают, что в молочных зубах у детей в возрасте 2-6 лет распространенность эрозии зубов составляет 5-78%, в постоянных зубах у детей в возрасте 7-10 лет-2-62%, 11-17 лет – 11-100%. У мальчиков распространенность эрозии зубов выше, чем у девочек.

Цель работы. Выявить частоту встречаемости появления эрозии твёрдых ткани зубов у детей, принципы и профилактики.

Материалы и методы. В условиях Центра азиатского региона – теплого климата и специфики пищевых продуктов – существует вероятный фактор распространённости поражения твердых тканей зубов. С целью оценки эпидемиологического состояния эрозии твердых тканей зуба в Бухарской области за последние годы поставлен диагноз 10370 амбулаторных карт детей от 1 до 18 лет, обследованных в Бухарской областной детской стоматологической поликлинике за период с 2011 по 2017 годы. «эрозия зуба» (K03.2 по ICD-10).

Результаты. Эрозия твердых тканей молочных зубов обнаружена у 453 из 148 молочных зубов. Наименьшая частота встречаемости патологии наблюдалась у детей двухлетнего возраста (15,8%), а затем достоверно увеличивалась с возрастом: трехлетние пациенты составили 29,4%, четырехлетние – 36,3%, пятилетние -38,8%. В среднем частота патологии молочных зубов у детей 2-5 лет составила 29,9%-от общего количество исследованных детей (95% доверительный интервал 24,4-35,4). В среднем на ребенка приходилось 3,8 зуба. Наименьшее количество зубов с эрозией, а именно 2,9 зуба на ребёнка, наблюдалось у двухлетних детей. У детей 3, 4 и 5 лет количество эрозивных зубов было практически одинаковым: 3,9 на ребёнка соответственно; 4,0 и 3,9 зуба.

Мы пришли к выводу, что данные в упомянутой выше литературе очень скудны по сравнению с представленными данными. На наш взгляд, учитывая, что показатели заболевания были очень низкими из-за неправильной диагностики, мы провели нашу исследовательскую работу с использованием современных и передовых диагностических методов для эпидемиологической оценки распространенности эрозии зубов у детей 2-5 лет в Бухаре и в Бухарской области. Провели разработку принципов лечения патологии.

Заключение. Подводя итог выше изложенному, необходимо отметить, что первичная эрозия зуба встречается у каждого третьего ребенка в возрасте от 2 до 5 лет и распространенность патологии с возрастом увеличивается. С одной стороны, лечение эрозии зубов требует ежедневных усилий как ребенка, так и его родителей для предотвращения причинных факторов, поскольку контроль над дальнейшим развитием патологии не может быть достигнут без регулярного соблюдения правил питания и гигиены полости рта. С другой стороны, для эффективного лечения эрозии зубов необходимо выявить и

предотвратить соматическую патологию, провести реминерализацию и фторирование зубов, а также регенеративное лечение дефектов зубов современными лечебными средствами, а главное проводить регулярные диспансеризация детей. Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий позволяет эффективно уменьшить эрозийное поражение у детей и добиться нормализации минерализации твердых тканей зуба. Настоящая исследовательская работа подчеркивает серьезность обсуждаемой выше проблемы, и мы считаем целесообразным продолжить дальнейшие исследования по разработке современных методов лечения и способов профилактики данной патологии. Мы также хотим подчеркнуть важность и необходимость правильной и ранней диагностики эрозии твердых тканей зуба на санитарном уровне в процессе стоматологического осмотра и контроля регистрации медицинских карт, для дальнейшего выбора эффективных методов лечения и профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРЦЕПТИВНОГО ТЕРАПИИ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Кадиров М.М.

*Андижанского государственного медицинского института
ganiev1957@mail.ru*

Цель исследования – оценить эффективность проведения интерцептивной терапии кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

Результаты и обсуждение. Терапевтическая герметизация была проведена у детей группы I в 18 молярах с начальным кариесом (меловидные фиссуры) и группа II в 28 зубах с пигментированными фиссурами.

Сравнение эффективности герметизации проводили с 38 зубом у 18 пациентов из группы 3, которым проводили ежедневные аппликации кальций-фосфатсодержащего геля (14 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Через 1 год после проведенной герметизации меловидных фиссур силант сохранился в 16 ($57,1 \pm 18,71\%$) зубах. Средний срок сохранности герметика составил $13,4 \pm 5,45$ месяца, $Me = 12,0$ [10,0/15,0].

Без изменения остались фиссуры в 5 зубах, в них силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали произошла в 7 ($25,0 \pm 16,36\%$) зубах. В зубах с утратой герметика проводили регерметизацию. Через 2 года силант сохранился также в 15 зубах, средний срок сохранности материала – $10,7 \pm 4,87$ месяца. В 9 ($32,1 \pm 17,74\%$) зубах произошла реминерализация эмали в области фиссур, а в трех ($10,7 \pm 11,68\%$) зубах развился кариозный процесс: в одном – в пределах эмали и в двух – с вовлечением дентина. Через 2 и 3 года 7 ($43,8 \pm 24,8\%$) зубов оставались здоровыми, а в 9 ($56,2 \pm 24,8\%$) – развился кариес, что было статистически значимо выше, чем в группе 1 ($p < 0,05$).

Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальцийфосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%.

Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после неинвазивной герметизации стеклоиономерным цементом составляет 0,39, а после аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов составило 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26).

В зубах с пигментированными фиссурами через 1 год после терапевтической герметизации прогрессирование кариеса не диагностировано ни в одном зубе у детей группы 1. Почти в половине зубов (47,9±14,42%) силант сохранился. Наиболее высокий процент сохранности герметика отмечен в первых молярах нижней челюсти (55,0±21,71%), однако этот показатель статистически значимо не отличался от показателя в первых молярах верхней челюсти (36,8±22,12%; $p=0,12$). В целом средний срок сохранности составил 13,6±5,60 месяца, медиана – 12,5 (9,0/17,5) месяца.

В молярах с утраченным герметиком проводилась регерметизация.

Через 2 года сохранность герметика отмечена также в 19 (47,9±14,42%) зубах, однако в 9 (18,8±11,28%) зубах произошло прогрессирование патологического процесса с образованием кариозной полости. В 14 (33,3±13,60%) зубах наблюдалась стабилизация процесса. Спустя 3 года сохранность силанта отмечена в 10 (25,0±12,50%) молярах, стабилизация процесса – в 25 (54,2±14,38%) зубах, прогрессирование кариозного процесса – в 10 (20,8±15,34%) зубах.

В группе 3 пигментированные фиссуры ($n=25$) при базовом обследовании имели 18 детей. Через 1 год после аппликаций на зубы кальций-фосфатсодержащего геля стабилизация кариозного процесса произошла в 4 (16,0±14,66%) зубах, а в 21 (84,0±14,66%) зубе – его дальнейшее развитие. В последующие два года изменений в состоянии зубов не произошло. У детей групп 1 и 3 из 74 зубов реминерализация начальных кариозных поражений наблюдалась в 32 (43,2±5,76%) зубах, в группе 2 – в 36 (63,2±6,39%) зубах ($p=0,02$).

Также в этой группе была ниже доля кариозных поражений с влечением дентина (14,0% против 29,7%, $p<0,05$). Редукция начальных кариозных поражений составила 35,2%. Риск прогрессирования начальных кариозных поражений на гладких поверхностях при проведении аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина в 2,25 раза эффективнее по сравнению с аппликациями только кальций-фосфатсодержащего геля (ОШ=2,25).

Выводы. Проведение терапевтической герметизации фиссур моляров с начальными кариозными поражениями снижает риск их прогрессирования по сравнению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина позволяет повысить эффективность реминерализации начальных кариозных поражений на гладких поверхностях на 35,2%.

КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ

Кадиров М.М.

Андижанского государственного медицинского института

ganiev1957@mail.ru

Целью исследования было определение факторов риска, а также изучение клинических особенностей течения АХ у детей разного возраста.

Результаты исследования и обсуждение. Во время тщательного анализа данных семейного аллергологического анамнеза у 75,05% детей с АХ обнаружено наследственная для отягощенность. Так, у 19,65% детей оба родителя имели аллергическую патологию, а у 55,83% пациентов атопией страдал только один из родителей. Из них у 74,33% больных аллергологический анамнез был отягощенным по материнской линии, у 24,67% - по отцовской линии. У 6,38% детей родители не имели аллергических заболеваний, однако атопической патологией страдали их близкие родственники. В структуре атопических поражений в семейном анамнезе обследуемых детей преобладали аллергические реакции на различные аллергены: - 57,45% случаев, аллергический ринит 18,15%, бронхиальная астма 12,77% и экзема 6,38%. Кроме того, у подавляющего большинства больных с этой патологией 12% детей в анамнезе присутствовал экссудативно-катаральный диатез, тогда как в контрольной группе диатез наблюдали лишь в 18,46% детей. Это дает основание с высокой степенью достоверности (99-99,9%) утверждать, что раннее введение прикорма и наличие в анамнезе ребенка экссудативно-катарального диатеза являются существенными факторами риска возникновения АХ у детей. Дальнейший сравнительный анализ сопутствующих болезней и патологических состояний у детей основной и контрольной групп показал, что у детей с АХ чаще диагностируют пищевую аллергию (84,65% и 14,02% соответственно), заболевания ЖКТ (87,62 и 23,21%), дисбактериоз кишечника (90,16% и 10,77%), хроническую рецидивирующую герпетическую инфекцию губ (70,49% и 24,62%). Высокая степень статистической достоверности разницы показателей относительно контрольной группы указывает на их значимость как важных предпосылок развития АХ у детей. Частота выявления факторов риска при изолированной форме АХ и хейлита на фоне АД не имела достоверной разницы показателей, допустимых в медицинских исследованиях ($p > 0,05$). У этих детей, кроме красной каймы губ, элементы поражения наблюдались в заушной области и на коже лба. Развитие АХ у большинства детей (40 пациентов, или 65,57%) происходил на фоне хронической фазы детской (37 детей, 92,5%) или подростковой (3 ребенка, 7,5%) формы АД. У 10 детей (16,39%) хейлит был единственным проявлением атопического поражения от начала заболевания без вовлечения в патологический процесс типичных для АД участков кожи. У 8 детей (11,48%) изолированный АХ впервые был обнаружен после острой фазы АД и длительной ремиссии (от 9 мес. до 1,5-2 лет), при этом поражение кожных покровов типичной локализации в дальнейшем никогда не диагностировали.

У 2 детей (3,28%) возрастной группы раннего детства наблюдали

поражения красной каймы губ и кожи периоральной области на фоне острой фазы младенческой формы АД с последующей хронизацией воспалительного процесса. У 4,76% детей с хейлитом на фоне АД острое воспаление сопровождалось образованием на коже губ и периоральных участках, а также на красной кайме микровезикул, которые быстро разрушались, обнажая зоны мокнутия экзема. У 42,11% детей при изолированной форме АХ и у 30,95% детей с хейлитом на фоне АД наблюдали другой ход: выраженная сухость и инфильтрация красной каймы губ и кожи периоральной области, образование эскориаций и мелких трещин в уголках рта.

Выводы. 1. Наиболее значимыми предпосылками возникновения АХ среди факторов антенатального и постнатального развития ребенка является наличие в анамнезе экссудативно-катарального диатеза и раннее (до 3 мес.) введение 6 прикорма. 2. Факторами риска развития АХ у детей является наличие сопутствующих заболеваний: патологии желудочно-кишечного тракта, пищевой аллергии, дисбактериоз кишечника, хронический рецидивирующий герпес губ, нарушения осанки и опорно-двигательного аппарата, хронический тонзиллит.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЬЗАМА «АСЕПТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Кадиров М.М.

*Андижанского государственного медицинского института
ganiev1957@mail.ru*

Актуальность. Распространенность заболеваний пародонта, по данным разных авторов, достигает 98 %. Среди всех заболеваний пародонта 90-95% приходится на воспалительные процессы. У 90% взрослого населения промышленно развитых стран выявляются признаки гингивита. Проблема лечения воспалительных заболеваний пародонта всегда являлась одной из наиболее актуальных в пародонтологии. Известно, что при хроническом гингивите преобладает анаэробная флора, в связи с чем нормализация микрофлоры полости рта является непременным условием рациональной терапии воспаления в пародонте.

Целью нашего исследования явилось определение клинической эффективности бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 25 подростков в возрасте от 14 до 18 лет с воспалительными заболеваниями пародонта легкой степени.

На момент обращения больные предъявляли жалобы на периодическую возникающую кровоточивость десен при чистке зубов.

Лечебный эффект у пациентов оценивался по субъективным ощущениям пациентов, пробы Шиллера-Писарева, индекса РМА, индекса кровоточивости десен по Muhlermann- Cowell. По результатам индекса Гринн-Вермиллиона определяли уровень гигиены полости рта.

Перед применением геля всем пациентам провели профессиональную гигиену и обучили основам индивидуального ухода за полостью рта. Бальзамом рекомендовали пользоваться 2 раза в день. Всех пациентов обучили методике применения «Асепты» в первое посещение. После чистки зубов на тщательно высушенную десну, аппликатором тонким слоем наносили бальзам и смачивали водой. После удаления геля пациентам рекомендовали воздержаться от употребления еды в течение часа. Продолжительность курса лечения определяли индивидуально.

Результаты исследования и обсуждение. После 4-5 дневного курса лечения у пациентов выявлено снижение индексов воспаления десны: индекс РМА уменьшился в 6,5 раза: с $23,7 \pm 2,2\%$ до $3,33 \pm 1,15\%$ ($p < 0.001$), индекс Muhlermann- Cowell - в 4,4 раза: с $1,3 \pm 0,3$ до $0,3 \pm 0,1$ ($p < 0.001$), проба Шиллера-Писарева до лечения составляла $1,5 \pm 0,18$ балла, и после лечения: $0,006 \pm 0,01$ ($p < 0.001$). Окрашивания слизистой десны в конце курса лечения практически не было выявлено.

Динамика показателей гигиенического индекса, выявила значительное улучшение гигиены полости рта. До лечения индекс гигиены составил $1.4 \pm 0,22$ балла и $0.6 \pm 0,1$ ($p < 0.001$) после курса лечения, что свидетельствовало о значительном улучшении гигиены полости рта. Применение бальзама «Асепта» не выявило окрашивания зубов, раздражающего и алергизирующего действия препарата. Все пациенты положительно оценили бальзам. Аллергической реакции не наблюдалось ни у кого.

Выводы. Таким образом, применение бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта, способствовало значительному улучшению гигиенического состояния полости рта, уменьшению кровоточивости и воспалительных явлений в тканях пародонта. Это подтверждено существенным понижением цифровых значений индексов Мюллемана и РМА. Применение противовоспалительного бальзама «Асепта» позволило в короткий срок улучшить состояние больных с воспалительным заболеванием пародонта, что позволяет рекомендовать его при лечении данной патологии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА

Камилов Х.П., Тахирова К.А., Номурудова Ф.Л.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Первые сообщения о связи МЭЭ и «пузырькового лишая» Urbach сделал в 1933 году. В ходе изучения этиологии дерматоза произошло разделение на 2 формы в зависимости от причинного фактора:

- идиопатическую (возникающую без видимой причины),
- симптоматическую, включающую токсико-аллергическую и инфекционно-аллергическую разновидности.

Однако, по мнению других исследователей, идиопатическая форма МЭЭ является синонимом инфекционно-аллергической формы. Вирус герпеса может

не выступать в качестве основного этиологического фактора, а являться лишь пусковым звеном в развитии патологического процесса.

В настоящее время в зарубежной классификации многоформная эритема в зависимости от этиологического фактора, а также локализации процесса подразделяется на подтипы:

- многоформная эритема малая форма,
- многоформная эритема большая форма,
- герпес-ассоциированная эритема,
- мукозальная многоформная эритема (Fuchs syndrome, ectodermatitis plurioficialis).

В литературе до настоящего времени практически отсутствуют однозначные статистические данные, отображающие частоту и количество заболеваний по МЭЭ, необходимые для разработки лечебно-профилактических мероприятий.

Цель данного исследования. Проведение анализа клинического материала пациентов с многоформной экссудативной эритемой.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с многоформной экссудативной эритемой, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института и Республиканский кожно-венерологический диспансер в 2019-2021 годах. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 1600 клинических историй болезней. Определяли частоту встречаемости многоформной экссудативной эритемы и проанализировали причинно-следственные связи поражений слизистой оболочки рта при изучаемых дерматозах, включая факторы риска в развитии патологических состояний СОПР.

Результаты. На основании изученных историй болезней пациентов, страдающих дерматозами с поражениями слизистой оболочки рта, проведена идентификация частоты встречаемости многоформной экссудативной эритемы. В ходе проведенного статистического анализа, установлено, что в 39 % случаев заболеванию МЭЭ наиболее подвержены молодые люди в возрасте 21-30 лет.

При этом динамика роста процента заболеваемости до 30 лет, что можно объяснить тем, что на этапе перестройки организма в патогенез МЭЭ вовлечены дисрегуляторные и дисбиотические процессы, как основа системных инфекционно-аллергических и иммунных нарушений. Именно в этот период жизни стоматологическое состояние у пациентов характеризуется выраженными отклонениями показателей индексов (ОНИ-S, КПИ, КПУ) и, как результат, накоплением факторов риска. У таких пациентов часто отмечают ряд сопутствующих соматических заболеваний, в т. ч. и кожных. При этом тяжесть заболевания и степень распространённости элементов в раннем возрасте и у пациентов в возрасте 50-70 лет выражены в большей степени, особенно при дермальных и сочетанных формах МЭЭ, что совпадает с данными других авторов.

Полученные результаты анализа свидетельствуют, что наибольшее количество обращений приходится на весенний и летний периоды года. В этот период их число в 1,5-2 раза выше, чем осенью и зимой, что можно объяснить появлением различных растительных аллергенов, что нужно учитывать при проведении лечебнопрофилактических мероприятий. Важной особенностью эпидемиологического подхода к изучению заболеваемости является учет демографических показателей.

Для понимания клинической картины заболеваний и построения диагностического алгоритма необходимо иметь представления об основных концепциях этиологии и патогенеза. Среди ведущих этиопатогенетических концепций в развитии патологических состояний слизистой и кожи выделяют бактериальную, вирусную, нейрогенную, мембранодеструктивную, аутоиммунную.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости в лечебнопрофилактических мероприятиях учитывать сезонность проявления патологии МЭЭ, возрастные аспекты её и гендерные особенности. Случаи МЭЭ с поражением СОПР представляют важный и недостаточно изученный с этиопатогенетических, эпидемиологических, клиникодиагностических и лечебно-профилактических позиций сегмент данного вида системной патологии, требующий проведения систематических, комплексных междисциплинарных клиникоэкспериментальных исследований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Камилов Х.П., Тахирова К.А., Сапаров А.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Актуальность. По данным последних эпидемиологических исследований в Узбекистане, среди населения в возрасте 35-44 лет в комплексном лечении генерализованного пародонтита нуждаются $64,3 \pm 1,6\%$. К сожалению, некоторые врачи до сих пор считают это заболевание неизлечимым. Поэтому проблема эффективного этиопатогенетического лечения болезней пародонта остается по-прежнему актуальной.

На сегодня традиционное лечение генерализованного пародонтита сводится к ликвидации воспаления в пародонте путем устранения местнораздражающих факторов и использования в составе местной и общей терапии antimicrobных, противовоспалительных, десенсибилизирующих, иммуномодулирующих, витаминных препаратов, и значительно реже оно дополняется средствами, специфически стимулирующими обменные процессы в околозубных тканях.

Важное прогностическое значение изменений костной ткани челюстей при генерализованном пародонтите определяет необходимость дополнения общепринятого комплексного лечения заболевания, направленного преимущественно на ликвидацию воспалительных явлений в околозубных тканях. В качестве такого дополнения часто рекомендуют меры остеотропной

терапии, целью которой является нормализация обменных процессов в кости, угнетение резорбции, стимуляция создания новой костной ткани и восстановление ее объема.

Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности лечения больных пародонтитом с применением остеотропных препаратов.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены на базе Ташкентского государственного стоматологического института (кафедры госпитальной терапевтической стоматологии). Осуществлено комплексное стоматологическое лечение и динамическое наблюдение за 50 больными, страдающими генерализованным пародонтитом средней тяжести (ГПСТ).

Всем больным осуществлялось комплексное лечение, которое начинали с обучения больных с ГПСТ правилам гигиены полости рта, осуществлялась профессиональная гигиена полости рта: удаление назубных отложений ультразвуком с последующей полировкой поверхности коронок и корня зуба, местная противовоспалительная и антимикробная терапия включала обработку пародонтальных карманов 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата; а под фиксирующую повязку аппликации метронидазола (метрогил-дента гель).

В зависимости от примененной остеотропной терапии выделено 2 группы больных с ГПСТ:

1 группа, 25 больных, получала в дополнение к общепринятому лечению получала системную остеотропную терапию в виде препарата «Кальций D3» (Nikomед, Норвегия) по 1 кап. 2 раза в день 1 месяц;

2 группа, 25 больных, назначался курсовой прием остеотропную терапию в виде препарата «Остеовитам» по 1 кап. 2 раза в день 1 месяц.

О состоянии костной ткани и альвеолярного отростка челюсти судили на основании данных ортопантомограмм. Плотность костной ткани челюсти определяли с помощью радиовизиографической панорамной рентгенографии с денситометрическим профилем.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ выявил однородность клинико-рентгенологической картины в сравниваемых группах: от 62,3-64,5% всех ортопантомограмм приходилось на убыль альвеолярного отростка на длины корня; 4,6-5,2% - на снижение высоты альвеолярной перегородки на 1/3 длины корня и 33,1-30,3% - на снижение более 2/3 длины корня. Рентгенологическая картина синхронно совпадала с клиникой активного воспалительно-деструктивного процесса в пародонте соответствующего ГПСТ.

Более высокой клинической эффективности комплексного лечения ГПСТ в 2 группе соответствовал более высокий удельный вес ортопантомограмм, оцениваемых как «стабилизация» или «улучшение». Так, через 6 месяцев после лечения удельный вес ортопантомограмм, оцениваемых как «улучшение», составил в 2 группе -15,79%; против 31,58% во 1 группе соответственно. Удельный вес ортопантомограмм, оцениваемых как «стабилизация» процесса составил в 2 группе 36,84%; и 44,44%- в 1 группе. Необходимо отметить, что в 1 группе через 6 месяцев после лечения отсутствовали ортопантомограммы, динамика которых оценивалась как «улучшение»; во 2 группе их удельный вес составил -47,37%.

Результаты денситометрических исследований свидетельствуют о том, что до лечения в сравниваемых группах регистрируются низкие показатели минеральной плотности альвеолярной кости. До лечения в сравниваемых группах не установлено значимых различий в минеральной насыщенности костной ткани альвеолярного отростка.

Заключение. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что на фоне комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта восстановление минерализации костной ткани челюсти коррелирует с клиническим купированием воспаления в тканях пародонта.

Полученные результаты являются основанием для разработки оптимальной схемы терапии воспалительно-деструктивного поражения пародонта.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Керимханов К.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский институт им. акад. И.П. Павлова, Военно-медицинская академия им. С.М.

Кирова, lyadakamil@mail.ru

Основное внимание лечебно-диагностической работы врачей-стоматологов, работающих с молодыми людьми, направлено на профилактическую направленность их деятельности. При этом, врачи-стоматологи, оказывая стоматологическую помощь по обращаемости, большую часть своего рабочего времени уделяют проведению плановой санации полости рта прикрепленным молодым людям. Своевременное выявление и лечение основных заболеваний органов и тканей полости рта у молодых людей является важным фактором сохранения стоматологического здоровья будущих офицеров, в том числе по профилактики возникновения и прогрессирования хронических периапикальных и пародонтальных очагов одонтогенной инфекции. Ортодонтическое лечение весьма неблагоприятно влияет на гигиену полости рта и ткани пародонта. Поэтому важной задачей современной стоматологии является выполнение эффективной плановой санации полости рта людям молодого возраста.

Целью настоящего клинического исследования являлось улучшение гигиены полости рта и состояния тканей пародонта у молодых людей, проходящих ортодонтическое лечение с применением брекет-систем.

Материал и методы. Под клиническим наблюдением находилось 192 мужчин молодого возраста (18–27 лет), которые в процессе проведения клинического исследования были разделены на 3 группы, исходя из использованных методов организации и средств индивидуальной гигиены полости рта. В 1 группу вошли 120 чел. которым ортодонтическое лечение не проводилось. У этих молодых людей было изучено гигиеническое состояние полости рта и тканей пародонта, были даны рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта и направление к врачу-стоматологу в связи с

необходимостью проведения у них санации полости рта. По завершению санации полости рта молодым людям для ежедневной индивидуальной гигиены полости рта рекомендовалось использовать зубную пасту «Parodontax Extra fresh» с фтором, а также ополаскиватель «Parodontax», содержащий 0,02% раствор хлоргексидина. Повторный осмотр пациентов 1 группы был проведен спустя 12 месяцев.

Во 2 группу пациентов вошли 37 человек, которые проходили ортодонтическое лечение (не менее 2 месяцев от его начала). У пациентов 2 группы проводилась профессиональная гигиена полости рта один раз в течение шести месяцев, а также рекомендовалось, в течение всего периода исследования, для ежедневной индивидуальной гигиены полости рта использовать ранее указанные средства ухода за полостью рта. Повторный осмотр пациентов 2 группы был проведен спустя 12 месяцев.

Во 3 группу пациентов вошли 35 человек. У пациентов 3 группы, также как и у пациентов 2 группы, проводилась профессиональная гигиена полости рта один раз в квартал, а в последующем пациентам рекомендовалось для ежедневной индивидуальной гигиены полости рта использовать аналогичные зубную пасту с фтором и ополаскиватель, содержащий 0,02% раствор хлоргексидина. Повторный углублённый стоматологический осмотр пациентов 3 группы также был проведен спустя 12 месяцев.

Для объективной углублённой оценки тканей пародонта и гигиены полости рта при динамическом наблюдении за пациентами трёх групп в течение года использовали следующие методики: индекс РМА по С. Парма, пробу Шиллера – Писарева, йодное число Свракова, а также индекс гигиены полости рта по Ю.А. Федорову–В.В. Володкиной, которые себя хорошо зарекомендовали при изучении патологии пародонта у взрослых людей разных возрастных групп.

Критерием исключения пациентов из клинического исследования были патология пародонта средней и тяжелой степени тяжести, а также утрата большого числа естественных зубов или наличие большого количества покрывных зубопротезных несъемных конструкций.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа «Statistica for Windows v. 6.0» Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов стоматологического обследования молодых людей первой группы показал, что при хорошей гигиене полости рта (индекс гигиены $1,47 \pm 0,09$ усл. ед.) у 23 (19,17%) чел. отмечена положительная проба Шиллера-Писарева. Показатель йодного числа Свракова составил $0,39 \pm 0,07$ усл. ед., а показатель пробы РМА – 6,4%. После проведения санации полости рта эти пациенты, не нуждавшиеся в ортодонтической помощи, получив рекомендации по проведению индивидуальной гигиены полости рта, были осмотрены врачом-стоматологом спустя 12 месяцев. Результаты осмотра полости рта у этих 120 человек спустя год после проведения санации полости рта и профессиональной гигиены полости рта

позволили установить, что у этих пациентов гигиена полости рта сохранялась на хорошем уровне (индекс гигиены $1,45 \pm 0,11$ усл. ед.), а положительная проба Шиллера-Писарева была выявлена только у 12 (9,17%) человек ($p \leq 0,05$). При этом показатель йодного числа Свракова составил, спустя 12 месяцев, $0,42 \pm 0,08$ ($p \geq 0,08$), индекс РМА – 6,6%.

По сравнению с молодыми людьми, входящими в первую группу исследования, у молодых людей второй группы показатели гигиены полости рта и тканей пародонта были достоверно хуже ($p \leq 0,05$). У молодых людей второй группы, которые использовали для ортодонтического лечения брекет-системы изучение гигиены полости рта и состояния тканей пародонта показало, что при неудовлетворительной гигиене полости рта (индекс гигиены $2,19 \pm 0,12$ усл. ед.) у 37 (100%) чел. отмечена положительная проба Шиллера-Писарева. Показатель йодного числа Свракова составил $2,01 \pm 0,18$ усл. ед., а показатель пробы РМА – 19,35%. После проведения санации и получив рекомендации по проведению индивидуальной гигиены полости рта, этим пациентам, продолжавшим ортодонтическое лечение, два раза в год проводилась профессиональная гигиена полости рта. Спустя 12 месяцев они были осмотрены врачом-стоматологом. Результаты осмотра полости рта у пациентов второй группы спустя год после проведения санации полости рта и двукратной профессиональной гигиены полости рта позволили установить, что у них существенно улучшилась гигиена полости рта, которая сохранялась на хорошем уровне (индекс гигиены $1,49 \pm 0,18$ усл. ед.), а положительная проба Шиллера-Писарева была выявлена только у 32 (13,52%) чел. ($p \leq 0,05$). При этом показатель йодного числа Свракова у них спустя год составил $0,56 \pm 0,12$ ($p \geq 0,08$), индекс РМА – 7,23%.

У молодых людей третьей группы исследования, которые также как и пациенты второй группы использовали для ортодонтического лечения брекет-системы, изучение гигиены полости рта и состояния тканей пародонта показало, что при неудовлетворительной гигиене полости рта (индекс гигиены $2,15 \pm 0,18$ усл. ед.) у 35 (100%) чел. отмечена положительная проба Шиллера-Писарева (рис. 2,3). Показатель йодного числа Свракова составил $1,93 \pm 0,19$ усл. ед., а показатель пробы РМА – 20,06%. Таким образом, как и у пациентов второй группы, у молодых людей, входящих в третью группу исследования, показатели гигиены полости рта и тканей пародонта были достоверно хуже, чем в лиц первой группы ($p \leq 0,05$). После проведения санации и получив рекомендации по проведению индивидуальной гигиены полости рта, этим пациентам, продолжавшим ортодонтическое лечение, ежеквартально (4 раза в год) проводилась профессиональная гигиена полости рта. Спустя 12 месяцев они были повторно углублённо осмотрены врачом-стоматологом. Результаты осмотра полости рта у пациентов третьей группы спустя год после проведения санации полости рта и 4-кратной профессиональной гигиены полости рта позволили установить, что у них, как и у пациентов второй группы, существенно улучшилась гигиена полости рта ($p \leq 0,05$), которая сохранялась на хорошем уровне (индекс гигиены $1,24 \pm 0,18$ усл. ед.), а положительная проба Шиллера-Писарева была выявлена только у 2 (5,58%) человек ($p \leq 0,05$). При

этом достоверно ($p \leq 0,05$) в положительную сторону изменились показатели йодного числа Свракова, который составил $0,43 \pm 0,12$ ($p \leq 0,08$), а также индекса РМА – 5,27%.

Заключение. Проведенное клиническое исследование по совершенствованию стоматологических лечебно-профилактических мероприятий и повышению уровня гигиены полости рта с использованием зубной пасты с фтором и ополаскивателя для полости рта, содержащего 0,02% раствор хлоргексидина «Parodontax» у молодых людей, проходящих ортодонтическое лечение показало, что у пациентов нормализуется и, в течение всего срока наблюдения, поддерживается удовлетворительный уровень гигиены полости рта. Следует отметить, что при адекватной мотивации пациентов молодого возраста, проходящих ортодонтическое лечение с применением брекет-систем, по грамотному выполнению индивидуальной гигиены полости рта с использованием широко применяемых средств по уходу за зубами и тканями полости рта при их диспансерном наблюдении, для поддержания в течение года полости рта в хорошем гигиеническом состоянии и профилактики воспалительной патологии пародонта достаточно проведение двукратной профессиональной гигиены полости рта – один раз в шесть месяцев. Молодым людям, не нуждающимся в ортодонтической помощи, для поддержания в течение года полости рта в хорошем гигиеническом состоянии и профилактики воспалительной патологии пародонта достаточно однократного проведения профессиональной гигиены полости рта, которую следует выполнять в период санации им полости рта.

МЕТОДИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АРГАКОЛА КАК СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Керимханов К.А., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К., Хазратов А.И., Рогов Н.А.

*ООО «МедИС», Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Самаркандский государственный медицинский институт, Санкт-Петербургский медико-социальный институт
lyadakamil@mail.ru*

Проведено клиническое наблюдение за лечением травматических поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) у лиц разного возраста с использованием для местного применения отечественного препарата «Аргакол», в который входят, согласно аннотации, гидролизат коллагена, натриевая соль альгиновой кислоты, антисептики с различными механизмами действия (катапол, диоксидин, повиаргол), а также гипохлорит натрия, глицерин и консерванты – нипагин, нипазол, а производителем данного средства является «Еврокосмед-Ступино» (Московская область, Россия). У всех пациентов травматические повреждения слизистой оболочки полости рта были представлены эрозивного и эрозивно-язвенного стоматита.

Пациентов в процессе лечения наблюдали на протяжении до 10 суток от начала лечения. Местное применение указанного лекарственного средства повторялось с периодичностью три раза в день, после приёмов пищи, путём нанесения на очаги поражения до эпителизации травматических повреждений

Для обеспечения объективности полученных результатов лечения травматических поражений использовали ранее предложенный полуколичественный метод (А.К. Иорданишвили, 2019), который заключается в присвоении каждому из наблюдавшихся у пациентов симптомов одного из трёх условных обозначений, указывающих на отсутствие или выраженность клинических симптомов. То есть, на основании анализа симптоматики травматического стоматита с помощью индексного способа оценивали степень тяжести течения данной патологии, на основании учета следующих клинических симптомов и их бальной оценки, а именно:

1. *Патологические ощущения (боль)*: отсутствуют – 0; умеренно выраженные – 1; выраженные болевые ощущения – 5.

2. *Характеристика очага травматического поражения слизистой оболочки полости рта*: очаг поражения не определяется – 0; визуализируется эрозия или эрозии в области протезного ложа – 1; диагностируются эрозивно-язвенные поражения протезного ложа и поля – 5.

3. *Наличие гиперемии слизистой оболочки полости рта*: гиперемия отсутствует, СОПР бледно-розовая – 0; умеренная (лёгкая) гиперемия СОПР – 1; выраженная гиперемия (ярко красная) СОПР – 5.

4. *Наличие отёка слизистой оболочки полости рта*: отсутствует – 0; слабая степень проявления отёка СОПР – 1; выраженный отёк СОПР – 5.

5. *Площадь очага травматического поражения слизистой оболочки полости рта (определяется с помощью прозрачной миллиметровой гибкой пластинки размером 11 x 11 мм)*: травма СОПР не определяется – 0; площадь очага поражения до 9 мм² – 1; площадь 10 мм² и более – 5.

После регистрации симптомов в полости рта, согласно способу, осуществляли подсчет баллов и оценивали тяжесть течения травматического поражения слизистой полости рта у каждого пациента следующим образом: 0 – нет патологии; 1-4 балла – легкая степень тяжести травматического стоматита; 5-9 баллов – травматический стоматит средней тяжести; 10-25 баллов – тяжелая степень тяжести течения травматического стоматита. В конце лечения определяли эффективность проведенной терапии по формуле: Эффективность (%) = 100 x (А – В): А, где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения травматического стоматита до начала терапевтических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения рассматриваемой патологии (А.К. Иорданишвили, 2019) на 3, 6 и 9 сутки от начала лечения.

По совокупности полученных клинических результатов исследования, а также статистических данных установлена большая эффективность в терапии травматического стоматита лекарственного средства «Аргакол». Так, установлено, что на 9 сутки в исследования эффективность лечения составила 85,2-90,5%. Очевидно, такая высокая активность Аргакола при травматических поражениях СОПР обусловлена его возможностью образовывать на поверхности

раны эластичную воздухо- и водонепроницаемую плёнку, что наряду с бактерицидным, противовоспалительным и ранозаживляющим эффектами, обусловленными компонентами, входящими в его состав, и повышает его эффективность при травмах СОПР. Полагаем, что лекарственное средство «Аргакол» имеет значительные перспективы в стоматологической практике при лечении травматических повреждений СОПР, губ и языка, в том числе обусловлены ношением пациентами ортодонтической аппаратуры и зубных протезов.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКИСИ АЗОТА В СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Киякбаев Д.М. Кусаинова Ж.Д., Рахимжанов И.Н.

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет
Семей», Семей, Казахстан*

На сегодняшний день одной из самых важных проблем в стоматологии любого возраста является “одонтофобия”. Специфика детского приема заключается в психоэмоциональной нестабильности пациента, что часто приводит к: вынужденному положению, обморокам, гиперактивности, шоку и психическим травмам. Поэтому по сей день стоматологи ищут универсальное седативное средство которое не только облегчит прием пациентов, но и будет абсолютно безвредным для несовершеннолетнего организма. В 21 веке таким является - Закись азота.

Цель исследования: Изучение литературного обзора по аспектам современной терапии и в частности седации с помощью закиси азота.

Материалы и методы исследования: Был произведен систематический поиск и анализ данных научных публикации в электронно-поисковых системах Pubmed; в электронных библиотеках «КиберЛенинка», «elibrary».

Результаты и их обсуждение: Для использования закиси азота, нужно в первую очередь рассмотреть механизм действия на несовершеннолетний организм. На сегодняшний день основным способом введения закиси азота является постоянная ингаляция закиси азота в ходе стоматологического приема. Закись азота вместе с кислородом (концентрации 30 %) поступает в легкие пациента. Затем с помощью альвеол молекулы азота попадают в кровяное русло где находится в растворенном состоянии в плазме. Азот обладает высокой проницаемостью через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), что позволяет ему добраться до мембран нейронов, угнетая передачу афферентных импульсов в центральную нервную систему и изменяя корково-подкорковые взаимоотношения. Стадия анальгезии достигается в течение 20 мин при концентрации закиси азота до 80 % и 20 % кислорода в газовой смеси. Через 65 мин после кратковременной, но достаточно выраженной стадии возбуждения, наступает I ст. хирургической анестезии. Поддерживается общая анестезия при концентрации азота закиси 40-50 % с соответствующим увеличением подачи кислорода. Достаточная релаксация скелетной мускулатуры при этом не достигается. Поэтому азота закись комбинируют с другими средствами для ингаляционной анестезии и миорелаксантами для

достижения необходимого эффекта. Пробуждение наступает через 35 мин. В ходе приема у пациентов возможно увеличение частоты сердечных сокращений, сужение периферических сосудов, повышение внутричерепное давление, угнетает дыхание. Период полувыведения – 56 мин. Закись азота выводится полностью через легкие (в неизмененном виде через 10-15 мин), а так же небольшое количество через кожу. Тем не менее эффективность закиси азота в качестве седативного средства сопровождается рядом противопоказаний. Заболевания легких, черепно-мозговая травма, повышение внутричерепного давления, травматическом или спонтанном пневмотораксе; воздушной эмболии; декомпрессионной болезни; после недавнего подводного погружения; после воздушной энцефалографии; тяжелой буллезной эмфиземе; интоксикации; челюстно-лицевых травмах; у пациентов, недавно получивших внутриглазную инъекцию газа.

Выводы: На сегодняшний день использование закиси азота в стоматологическом-детском приеме оправдана. Имея большое количество плюсов в виде быстронаступающего седативного действия, не токсичности, быстрому введению и выведению препарата, возможности постоянного контроля объема и отсутствии физических воздействий на пациента. Закись азота имеет ряд противопоказаний как и любой препарат. Значит при ответственном и индивидуальном подходе к пациенту со стороны врача мы можем не только улучшить состояние пациента во время лечения, но и качество оказываемых медицинских услуг.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КЛКТ

Клюйко К.Г., Манак Т.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

koltunkseni@gmail.com

В научном мире существует мнение, что качество obturation корневых каналов оказывает непосредственное влияние на успех эндодонтии, но подтвержденной взаимосвязи между длиной/плотностью obturation и последующем возникновением деструктивных изменений периапикальных тканей пока не выявлено. В эндодонтической практике использование КЛКТ в качестве диагностического метода играет решающую роль. Благодаря трехмерной визуализации системы корневых каналов зубов возможно не только спланировать будущие терапевтические манипуляции, но и дать оценку уже проведенному эндодонтическому лечению.

На основании исследования КЛКТ (289) проведена оценка качества obturation корневых каналов, а также проанализирована частота основных эндодонтических ошибок при использовании критериев качества эндодонтического лечения Европейского эндодонтического общества. Исследование проводилось с помощью стоматологического томографа Planmeca ProMax 3D MID на базе 12 городской клинической стоматологической поликлиники г. Минска.

Всего проанализировано состояние 7324 зубов. Из всех обследованных зубов эндодонтически лечеными оказались 1182, что составляет 16,14% [15,30-17,00]. Удельный вес зубов с ошибками эндодонтического лечения (нелеченый/пропущенный канал, перфорация/перелом корня) от всех изученных зубов составляет 2,24% [1,91-2,60], от эндодонтически леченых зубов – 13,87% [11,95-15,98]. Удельный вес зубов (от всех эндодонтически леченых зубов), пломбирование корневых каналов которых не доходило более чем 2 мм до рентгенологической верхушки составляет 29,70% [27,10-32,39], доля зубов с выведением пломбировочного материала – 10,07% [8,41-11,93], зубов с неплотной obturацией – 29,27% [26,69-31,96], зубов, с выявленным пломбировочным материалом только в пульповой камере – 3,89% [2,86-5,16]. При анализе структуры основных ошибок эндодонтического лечения, выявленных как в зубах с деструктивными изменениями периодонта, так и в здоровых, были получены следующие соотношения: нелеченый/пропущенный канал – 67,68% [59,95-74,77], перфорация корня выявлена в 14,02% [9,10-20,30], перелом корня – в 18,29% [12,70-25,07].

Среди этих ошибок на этапе obturации наиболее часто встречается недопломбировка корневого канала (40,72%), а также неплотная obturация (40,14%). На изученных КЛКТ были обнаружены зубы без признаков периапикальной патологии с некачественной пломбировкой корневых каналов, с перфорацией/ переломом корня, а также пропущенным/нелеченым корневым каналом. Такие показатели возможны при недавнем лечении без наличия необходимого времени для проявления признаков воспаления.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА Кодирова Р.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
rukhsora_kad@mail.ru*

Актуальность: Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем современной стоматологии. Комплексная терапия заболеваний пародонта предусматривает воздействие как на местный воспалительный очаг в полости рта, так и на весь организм.

Целью настоящей работы является изучение результатов комплексной терапии больных с пародонтитом.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 50 больных с заболеваниями пародонтита, из них 11 женщин и 39 мужчин. У всех больных были заболевания внутренних органов (ССС, КЖТ, эндокринной системы).

Изучение стоматологического статуса предусматривало исследование флоры полости рта с определением ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Состояние местного статуса оценивали пробами Шиллера Писарева, индексами РМА, РДИ, ПИ и данными рентгенологического исследования.

Местное лечение включало в себя инъекции линкомицина с лидокаином по переходной складке, лечебные повязки на основе антибиотиков, введение

препаратов в карман под парафин, плазмолифтинг в сочетании с препаратом “Траумель”С. Электрофорез- 25 больным, вакуумтерапия- 5 больным, лазерная терапия- 10.Общее лечение включает десенсибилизирующую, витаминотерапию, иммуномодуляцию.

Результаты и выводы: После проведенного лечения у больных отмечалось исчезновение запаха, прекращение кровоточивости десен, исчезновение зуда десен. Повторный курс для больных с легкой степенью пародонтита назначался через 6 месяцев, а со средней и тяжелой через 3 месяца. Применение комплексного лечения больных с учетом индивидуальных особенностей течения пародонтита позволяет добиться стабилизации и даже выздоровления.

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Комилов С.И.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
ksamijon@list.ru*

Введение. Значительные затруднения для практических врачей-стоматологов представляет диагностика патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) при кожных заболеваниях. Обусловлено это с одной стороны многообразием заболеваний, проявляющихся в полости рта, а с другой сходством клинической симптоматики различных по этиологии и в частности патогенезу и иммуногенезу заболеваний. Особенно следует подчеркнуть, что заболевания СОПР рассматриваются с позиций целостности организма. Изменения СОПР нередко являются первыми клиническими симптомами при различных соматических заболеваниях, в том числе и кожных. На врача-стоматолога возлагается задача правильной диагностики патологических состояний СОПР при кожных заболеваниях, для выбора врачебной тактики.

Цель: изучить дифференциальную диагностику поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) при различных кожных заболеваниях.

Материал и методы. На основании изучения истории болезни пациентов, страдающих дерматозами с клиническими проявлениями на слизистой оболочке полости рта, определяли частоту их встречаемости в стоматологии. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ. На основании систематизации данных по диагностике дерматозов с конкретной клинической симптоматикой на слизистой оболочке полости рта выявили частоту встречаемости многоформной экссудативной эритемы, пузырчатки и плоского

лишая. Исследования по изучению клинических историй болезней проводили на кафедре кожных и венерологических заболеваний. Проанализированы диагностические и лабораторные тесты для подтверждения определенных нозоформ патологии СОПР и выбора лечебной тактики. Изучены данные о причинно-следственных связях поражения слизистой рта при дерматозах. Выяснили факторы риска в развитии патологических состояний СОПР.

Закключение. Ранняя диагностика поражений СОПР играет важную роль в профилактике онкозаболеваний и прогнозировании. Кроме того, знания четкой дифференциации клинических нозоформ заболевания кожи с проявлениями на слизистой рта, позволяют своевременно их диагностировать на консультативном участке дерматологов.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кочубейник А.В., Гречина А.Г.

*Приволжский исследовательский медицинский университет
kochubeynik@mail.ru , alexandra.grechina@mail.ru*

Термином «витамин D» объединяют группу сходных по химическому строению форм жирорастворимого витамина D (D1- D7), наибольшая роль принадлежит метаболитам D 2 – эргокальциферола- и D 3 – холекальциферола кальцидиолу 25(OH)D и кальцитриолу - 1,25(OH)2D. Рецепторы к витамину D есть и в одонтоблестах и энамелоблестах, что имеет принципиальное значение для формирования представления о его роли в стоматологическом здоровье населения.

Благодаря витамину наблюдается стимулирование пролиферации, дифференцировки и активности остеобластов посредством увеличения синтеза соответствующих местных факторов роста (ТФР-бетта (трансформирующий фактор роста) и ИФР-II (инсулиноподобный фактор роста), через увеличения количества рецепторов к ИФР-I и укрепления связывания с ИФР-I и усиление синтеза щелочной фосфатазы, неколлагеновых белков (остеокальцина, остеопектина, остеопонтинина) и снижение синтеза коллагена I типа.

Большая роль в развитии пародонтита отводится дефектам местного иммунитета, а также дисбалансу в системе про- и противовоспалительных цитокинов.

Противовоспалительное влияния витамина обеспечивается индукцией продукции АМП- антимикробных пептидов, являющихся природными антибиотиками широкого спектра действия, активными в отношении многих бактерий, вирусов и грибов, в частности, пародонтопатогенных штаммов: *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Candida albicans* и папиллома вируса.

Также за счет витамина D происходит изменение АГ-представляющей функции макрофагами или дендритными клетками (DC- dendritic cell). Под влиянием прогормона происходит изменение цитокиновых профилей Т-клеток: уменьшается продукция провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИФН - γ , ФНО- α , ГМ-КСФ), стимулируется продукция Th2 -ассоциированных противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4,5,10,13) и др.

Отмечается также витамин D индуцируемые ингибирование пролиферации сТ1 и НК; индуцирование активности Т-супрессоров; замедление дифференцировки В-клеток предшественников в плазматические клетки и некоторые другие процессы.

Косвенно на течение воспаления влияют и сосудистые эффекты витамина D. Среди них антипролиферативный и антигипертрофический эффекты на гладкомышечные клетки, антифибротический эффект, достигаемый как через увеличение уровня BMP7 (антагониста TGF), так и посредством ингибирования продукции и секреции ПНУП (предсердного натрийуретического пептида), обладающего гипертрофическим и фибротическим эффектами. Также витамин D способствует сохранению целостности клеток и тканей благодаря своему антиапоптотическому действию. Тонус сосудов также подвержен влиянию витамина. Происходит увеличение количества эндотелиального вазодилататора NO и уменьшение синтеза метаболитов с вазоконстрикторной активностью. Также отмечаются ингибирование тромбообразования в части агрегации и адгезии тромбоцитов (и лейкоцитов), уменьшение окислительного стресса и, что крайне важно, предотвращение кальцификации гладкомышечного слоя.

На данный момент разработаны схемы комбинированной системной терапии витамином D и соединениями Ca. Лечение направлено преимущественно на подавление избыточных воспалительных реакций, предотвращение резорбтивных изменений костной ткани, усиление ее репарации. Однако ряд признаков воспалительных заболеваний пародонта, в частности потеря минеральной плотности кости, долгое время остаются не диагностированными, соответственно своевременное лечение не проводится. Лабораторная диагностика в профилактическом порядке не в состоянии полностью решить данную проблему ввиду того, что показатели сывороточного витамина D не всегда однозначно коррелируют с локальными его концентрациями.

РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Курбанова З.Ф., Арипова Ф.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
ziyoda.kurbanova.077@mail.ru*

Воспалительные заболевания пародонта в настоящее время являются наиболее распространенной стоматологической проблемой.

Признаки поражения элементов пародонта начинают своё проявление 6-7-летних детей, а в подростковом возрасте, встречаются более чем у половины подростков, а у взрослого населения их распространенность достигает 85-100%. Зубной налет рассматриваем как значимый этиологический фактор, способствующий развитию этой патологии. Присутствие пародонтопатогенной микрофлоры, которой присуща для микробиоценоза полости рта, определяет возникновение воспалительной реакции в тканях пародонта. Поэтому мы должны регулярно ухаживать за полостью рта, что является основным способом избавления от зубного налета, а также, профилактики воспалительных заболеваний пародонта,

Одновременно с этим имеются и растворы для полоскания. Которым присущи такие функции как: улучшают очищение поверхностей зубов, предупреждают образование зубного налета, содержат различные биоактивные

компоненты, способствующие профилактике и лечению стоматологических заболеваний

Использование антибактериальных ополаскивателей способствует значительному уменьшению количества зубного налета, а также в труднодоступных для механического очищения поверхностях зубного ряда.

Ключевым моментом является изучение влияния активных компонентов ополаскивателей пародонтопатогенную и резидентную микрофлору полости рта. Для микробиологического исследования были взяты 8 образца биопленки из области зубодесневой борозды, за этот период были проведены 21 стоматологических осмотров.

Во время стоматологического осмотра рассматривали:

-гигиеническое состояние полости рта

-интенсивность течения кариеса зубов

-состояние элементов пародонта

-степень окрашивания поверхности зуба с использованием ополаскивателей.

По ходе исследования, мнения опрошенных разделились по длительности применения ополаскивателей. 71% -считают их применять 7-10 дней, а остальные-29%-в течение 1 месяца. Это свидетельствует о том, что нужна разработка рекомендаций по применению ополаскивателей.

В ходе стом осмотра, гигиена полости рта у пациентов с хроническим гингивитом оценили как неудовлетворительный. У 100% пациентов имелась кровоточивость в десневой борозде, когда проводили зондирование. Пациентам были назначены дополнительное применение ополаскивателей, содержащих антибактериальные компоненты, которые повышают противовоспалительную эффективность на 2-3 недели. Спустя 2 недели после назначений, было выявлено, что у пациентов с хроническим гингивитом снизилась кровоточивость десневой борозды и повысилась эффективность противовоспалительного комплекса.

При микробиологическом исследовании, у пациентов выявили бактерии пародонтопатогенной микрофлоры 1-5 видов, в большинстве случаев это- *Tannerella forsythia* и *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, но степень проявления варьировалось. И следует отметить, что нормальная микрофлора представлена грамм положительными бактериями-*Streptococcus sangius*, *Streptococcus salivarius*, *Enterococcus spp* и т.д. Применение ополаскивателей значительно изменило количественный и качественный состав пародонтопатогенной микрофлоры, что снизило частоту выделения и концентрацию патогенных видов.

Таким образом, результаты использование антибактериальных ополаскивателей в комплексе лечебных профилактических мероприятий у пациентов маргинальным гингивитом достоверно повышает эффективность гигиенического ухода за полостью рта и способствует более выраженному снижению воспалительных явлений в тканях пародонта, не оказывая негативного влияния состав нормальной микрофлоры полости рта.

ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОФФЕРДАМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Курязов А.К., Искандарова А

Ташкентской Медицинской Академии Ургенческого филиала

Введение. Использование коффердама в стоматологии в первую очередь связано с необходимостью качественной изоляции рабочего поля. Однако применение коффердама в качестве лишь изоляции не отражает реальные возможности данного материала в практике.

Цель. Наглядное предоставление методик использования латексного и жидкого коффердама.

Задачи. Работа направлена на подготовку студентов к использованию этой системы, закрепление знаний уже квалифицированных работников, а также на формирование интереса к дальнейшему развитию методик применения этого элемента в стоматологии.

Материалы и методы. Коффердам, щипцы, перфоратор, шаблон, рамка, кламмера, зубная нить, жидкий коффердам, материалы для реставрации, тефлоновая лента.

Результаты и их обсуждение. Техника №1: устанавливаем платок на зуб, щипцами накладываем кламп. Техника №2: сначала устанавливаем кламп, на него накладывается коффердам, далее с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №3: надеваем коффердам на дугу клампа. Сворачиваем коффердам, накладываем кламп на зуб, с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №4: платок надеваем на крылья ранее установленного клампа. Расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №5: накладываем коффердам на зуб. В отверстия для щипцов продеваем зубную нить одним концом снаружи клампа, другим изнутри. Клампы накладываем на зуб. Нить натягивается, расправляем коффердам в дистальном зубном промежутке. Внутренний конец нити продевается под крылом клампа через дистальный зубной промежуток наружу. Далее этот же конец продевается через наружное крыло клампа и через дугу соединяется с наружным концом нити. Метод обеспечивает лучшую устойчивость клампа. Так же можно сформировать индивидуальный матричный фиксатор. На удерживающие части фиксатора наносится жидкий коффердам, создавая отпечаток окружающих элементов с помощью жидкого коффердама создают индивидуальный окклюзионный ключ. Перед препарированием боковой группы зубов из жидкого коффердама изготавливается отпечаток окклюзионной поверхности. На последнем этапе реставрации переносятся контуры фиссур через тефлоновую ленту.

Выводы. На практике мы разобрали техники наложения коффердама, обучились их применению и попытались доступно объяснить и наглядно показать результаты. Так же мы пришли к выводу, что дальнейшая разработка новых методов применения и модифицирования уже имеющихся – перспективная задача.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА

Курызов А.К., Искандарова А.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенчского филиала

Введение. Галитоз, или халитоз (озостомия, стоматодисодия)-полиэтиоло-гическое заболевание, со сложной патогенетической структурой, широко распро-страненное среди взрослого населения, влияющее на степень социальной активно-сти, проявляющееся виде неприятного запаха изо рта. По данным исследований интраоральный галитоз составляет 85-90%, экстраоральный – 10-15%. В основе патогенеза лежат биохимические реакции, преобразующие белки остатков пищи в летучие серосодержащие соединения. Они не только создают неприятный запах и вкус, но и они токсичны для тканей пародонта.

Задачи. Определить наиболее мобильный метод диагностики. Цель исследования: на основании данных литературы изучить современные методы диагно-стики галитоза.

Материалы и методы. К субъективным методам относят:

- 1) Оценка выдыхаемого воздуха через нос;
- 2) Тест с салфеткой на спинке языка;
- 3) Оценка цвета и запах зубной нити;
- 4) Тест на собственном запястье;
- 5) Органолептическая метод, проводящийся экспертом-профессионалом.

Следует секунды через рот выдыхать в трубку воздух, идентифицируемый доктором по шкале. Оценивается налёт с языка, выдыхаемый воздух, запах и цвет зубной нити, а так же оценка запаха слюны после инкубирования. Метод хорош тем, что:

- 1) дает интегральную информацию о запахе дыхания пациента;
- 2) не требует специального оборудования;
- 3) часто применяется в клинике.

Отрицательным же является:

- 1) негативное восприятие метода пациентом;
- 2) субъективность мнения эксперта.

Объективные методы диагностики. Сульфидный мониторинг галиметрами Dr. Etiquette и Breath Alert, которые оценивают общую концентрацию ЛСС. Прин-цип работы основан на использовании полупроводникового газового сенсора. Ме-тод успешен, не требует специального обучения, обладает мобильностью и низкой стоимостью. Недостаток в том, что нет дифференциации ЛСС.

Газовая хроматография прибором «Oral Chroma» делает полный количественный анализ содержания ЛСС минимальных концентраций. Выдыхаемый воз-дух отбирается специальным шприцом и вводится в анализатор.

Отрицательные стороны:

- 1) высокая стоимость;
- 2) обучение персонала.

Вывод. Существует достаточно много методов диагностики интраорального галитоза, однако идеального метода нет, что мотивирует к дальнейшему изучению данной проблемы и поиску более эффективных способов.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНА НА ОБСЕМЕННОСТЬ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ С ALBICANS ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗОМ ПОЛОСТИ РТА

Мадрахимова М.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Введение. По статистике ВОЗ, 20% населения земли хоть раз переболели кандидозом в своей жизни. Обобщенными факторами, приводящими к развитию кандидоза СОПР могут являться системные заболевания, а также постоянный прием лекарственных средств, сахарный диабет, углеводная диета, ослабление локальных и системных факторов защиты. Исследования показали, что у 24,72% из числа обследованных больных кандидоз СОПР развился после приема курса антибиотиков, кортикостероидов кандидоз развился у 2,74% пациентов, после приема оральных контрацептивов кандидоз обнаружился у 3,92%. Системные заболевания обнаружили у 36,07% из (92) пациентов, из них сахарный диабет у 9,02%, патология ЖКТ определились у 7,84% пациентов [Казеко Л.А., 2014].

Цель: Микробиологическая оценка лечения озоном пациентов с кандидозом полости рта

Материал и методы. Количество дрожжеподобного гриба *C. Albicans* определяли по количеству колоний на 1 мл смыва со слизистой оболочки полости рта и дальнейшего подсчета количества колоний на питательной среде Сабуро. Для этого пациенты ополаскивали рот 10-миллиметровым образцом фосфатно-буферного солевого раствора в течение 1 мин, а затем выплевывали в стерильную стеклянную посуду. В течение 1 ч образцы высевали на агар Сабуро, после чего происходила инкубация при 37 °С в течение 48 ч аэробно. Для оценки концентрации *C. albicans* в ротовой полости подсчитано количество колоний, присутствующих на среде. В исследование включены 34 пациентов с кандидозом СОПР, которые распределены на две группы, основную (18) группу больных кандидозом СОПР (получали комплексную терапию с озоном), группа сравнения (16) больных кандидозом СОПР (получали традиционную терапию). 10-контроль.

Полученные результаты и обсуждение. Осмотрена была слизистая оболочка полости рта. Больные жаловались на боли во рту, сухость во рту и жжение. Во время осмотра обнаруживались белые творожистые налеты, чаще на слизистой мягкого неба, щеках, на внутренней поверхности губ, языка, слизистая сухая, отечная, местами гиперемированная. 85 % таких пациентов имели вышеперечисленные или иные хронические заболевания. Согласно анамнезу определились сопутствующие заболевания- хронический гастрит и гастродуоденит (14 человек), сахарный диабет (2 человек), псевдомембранозный кандидоз (2). Группа сравнения состояла из 16 человек, 86 хронический гастрит и гастродуоденит составляли (12 человек), хронический холецистит (4 человека). Проведенные микробиологические

исследования показали, что обсемененность ротовой полости *S. albicans* в исследуемых группах значительно превышают норму 106 КОЕ/мл, нормой для слизистой оболочки полости рта является показатель 102 КОЕ/мл. Больные основной группы и сравнения осматривались через 5, 10 и 15 дней. При осмотре все симптомы постепенно снижались, особенно к концу 15 дня – соответственно 26,1 и 27,8%, как для субъективных, так и объективных симптомов соответственно. Обсемененность *S. albicans* после лечения через 5 дней составила 102 КОЕ/мл (в норме), в основной группе 104 КОЕ/мл, в группе сравнения 106 КОЕ/мл; через 10 дней соответственно 103 КОЕ/мл и 104 КОЕ/мл, через 15 дней эти значения приблизились к норме и стали соответственно 102 КОЕ/мл и 103 КОЕ/мл.

Заключение. Таким образом, оценка микробиологического обследования показала, что на 15 день после проведения лечения с медицинским озоном в результате его антимикробного действия, обсемененность полости рта снизилась и достигла нормы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МТА СОДЕРЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ

Мамадиёрова А.Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
mamadiyorovaadolat@gmail.com*

Главным приоритетом в лечении осложнений кариеса постоянных зубов с несформированными корнями является сохранение пульпы жизнеспособной для завершения апексогенеза. На сегодняшний день особый интерес вызывает материал, который представлен соединением трикальцийагрегата. С биологической точки зрения он имеет прекрасную совместимость и способен вызвать отложения реактивного дентина за счет стимулирования активности одонтобластов, а также репаративного дентина – за счет дифференцировки клеток.

Цель исследования: Оценить степень и эффективность действия трикальцийагрегат на регенеративные процессы пульпы постоянных зубов с несформированными корнями у детей, на примере 6-го зуба.(1-ый моляр)

Материалы и методы. Провести основные и дополнительные методы исследования 15-20 детей с пульпитами постоянных зубов с несформированными корнями. Сравнить действие материалов МТА и трикальцийсиликатного цемента при витальной пульпотомии. А также оценить степень действия материалов на регенеративные процессы пульпы (образование дентинного мостика).

Результаты и их обсуждение: В результате исследования и применения, биосовместимых и в то же время одонотропных материалов было отмечено, что трикальцийсиликатный цемент, не разрушает клетки пульпы, а наоборот обеспечивает условия для дальнейшего формирования твердотканного барьера и может использоваться для защиты пульпы в постоянных зубах с

несформированными корнями. Исходя из этого, хирургическое вмешательство в незрелой пульпе не сопровождалось постоперативным дискомфортом. Соответственно, регенеративные свойства пульпы постоянных зубов с несформированными корнями выявились быстро (10-14 дней), о чем свидетельствует дентинный мостик на рентгенограмме.

Выводы: Таким образом, использование препарата на основе трикальцийагрегата для герметичного лечения постоянных зубов с несформированными корнями методом пульпотомии, проявил себя с хорошим клиническим результатом, который замечен уже через сравнительно короткий период времени.

1. При лечении обратимых форм пульпита постоянных зубов с несформированными корнями применяется трикальагрегат, который оказывает выраженное влияние на физиологические процессы апексогенеза и апексофикации за достаточно короткий срок-10-14 дней. 2. Нами установлено, что покрытие незрелой пульпы трикальцийагрегатным цементом, обеспечивает высокий уровень антисептики (асептическое воспаление). В результате происходит дифференцировка фибробластов и клеток мезенхимы в одонтобласты. В дальнейшем образуются коллагеновые волокна, которые в последствие минерализуются в фибродентин.

Данные клинические случаи находятся на сегодня под врачебным контролем с целью установления долгосрочного прогноза.

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

Манин А.И., Манина Е.И., Баринов Е.Х.

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова
manin.a@yandex.ru*

Клиническое исследование является основным методом диагностики заболеваний и повреждений зубочелюстной системы, однако более 50 % площади поверхности зубов визуально недоступны при внешнем осмотре и могут быть изучены только рентгенологически.

В мировой практике значительная доля всех рентгенографических исследований приходится на стоматологию. Считается, что эти исследования составляют 30-40% от общего количества всех рентгенографических исследований, а по данным Всемирной организации здравоохранения приходятся более 60%.

Рентгенологический метод исследования применяется в терапевтической, хирургической, ортопедической, ортодонтической и детской стоматологии, для профилактики, диагностики, лечения, оценки качества проводимых вмешательств и прогноза возможных осложнений.

Рентгенологическое исследование особенностей зубочелюстной системы является наиболее востребованным, простым и распространенным методом, имеющим большую диагностическую значимость и достоверность.

Цель исследования: изучить особенности аномалий отдельных зубов при использовании рентгенологического метода исследования.

Материалы и методы исследования.

С целью выявления анатомо-морфологических особенностей аномалий зубов мы применяли рентгенологический метод. Мы описывали два вида снимка, полученных путем внутриротовой контактной рентгенографии зуба и ортопантомографии.

Внутриротовая контактная рентгенография проводилась на рентгенодиагностическом аппарате для денальных исследований, позволяющая получить четкую структуру костной ткани на ограниченном участке альвеолярного отростка и детальное изображение зуба.

Ортопантомография позволяет получить одномоментное изображение всей зубочелюстной системы как единого комплекса практически без угловых искажений.

Результаты исследования. Чтение и описание рентгенограмм (Л.М. Лукиных, О.А. Успенская, 2005) проводили по следующей схеме:

1. Оценка качества рентгенограммы (контрастность, резкость, полнота охвата исследуемой области, проекционные искажения – удлинение, укорочение зубов, изменение формы и размеров челюстей).

2. Оценка окружающей костной ткани:

а) состояние межзубных перегородок (форма, высота, состояние замыкательной компактной пластинки, состояние кортикального слоя, степень минерализации и состояние губчатого вещества);

б) наличие перестройки внутрикостной структуры, анализ патологической тени (участка деструкции или остеосклероза) включает в себя определение локализации, формы, размеров, характера контуров, интенсивности структуры различных разделов челюстей;

в) наличие адентии, ретинированных, сверхкомплектных зубов (количество, локализация, положение в челюсти, групповая принадлежность, стадия формирования зуба, состояние фолликула),

г) оценка состояния ВНЧС (соотношение суставных головок и ямок, наличие патологических изменений);

д) состояние верхнечелюстных пазух (симметричность, наличие затемнений, локализация, площадь, интенсивность, резкость контуров кости, соотношение корней зубов к пазухе, состояние носовой перегородки – искривление);

е) состояние нижнечелюстного канала (локализация, соотношение корней зубов к каналу, наличие патологических элементов).

3. Определение объекта исследования.

4. Анализ тени зубов:

а) состояние коронки (наличие кариозной полости, пломбы, дефекта пломбы, соотношение дна кариозной полости к полости зуба); ее форма и величина;

б) характеристика полости зуба (наличие пломбировочного материала, дентиклей);

- в) состояние корней (количество, форма, величина, контуры);
- г) характеристика корневых каналов (ширина, направление, степень obturирования);
- д) оценка периодонтальной щели (равномерность, ширина, состояние компактной пластинки лунки – сохранена, истончена, утолщена).

Выводы. Рентгеновское исследование является хотя и дополнительным, однако, ведущим и обязательным методом диагностики аномалий отдельных зубов, позволяющее изучить особенности аномалий формы, положения, сроков прорезывания и размеров зубов, наличие адентии, ретинированных, сверхкомплектных зубов.

СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СТУДЕНТОВ – СТОМАТОЛОГОВ. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ПРИЕМА У СТОМАТОЛОГА

Махмудова Д.Р

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
г.Ташкент*

В настоящее время в связи с изменениями социально-экономических и экологических факторов, за последние годы стоматологическая заболеваемость “Молодеет”, частота встречаемых стоматологических проблем у лиц от 2 лет до 18 лет, значительно возрастает. Следовательно, вместе с этим возрастает и потребность в квалифицированных врачах-стоматологах детского профиля. В Узбекистане наблюдается ежегодный прирост населения примерно 500 тысяч, эти цифры колоссальны, количество лиц до 16 лет составляет более 35% от всего населения Республики. Однако количество компетентных стоматологов “детства” не возрастает в пропорциональном количестве. В связи с социально-экономической нестабильной ситуацией в мире, не наблюдается значительного интереса среди молодежи к стоматологии детского профиля, а наоборот имеет место отток кадров.

Цель: Изучить социальную компетентность студентов стоматологов и особенности приёма у детского стоматолога.

Задачи:

1. На основе полученных данных дать оценку знаниям, мотивации и социальной компетентности студентов старших курсов стоматологического направления.
2. Выявить особенности детского приема у стоматолога.
3. Разработать предложения и рекомендации по повышению мотивации и социальной компетентности студентов стоматологического направления.

Материалы и методы:

Проведен опрос (анкетирование) выпускников стоматологического факультета Ташкентского государственного стоматологического института. В анкетировании участвовало 86 студентов, выбранных случайным образом, которые подтвердили своё добровольное письменное согласие для участия в данном эксперименте.

Результаты:

На вопрос, какое из направлений в стоматологии Вам близко? 5% сделали свой выбор в пользу детской стоматологии, 95% в пользу других направлений.

88% опрошенных считают, что стоматология детского профиля является актуальной на сегодняшний день. (рис.2)

60% опрошенных считают, своевременное обращение к детскому стоматологу улучшает качество жизни в целом. (рис.3)

Вести детский приём готовы лишь 21% опрошенных, 79% не проявили желания.

Выводы:

1. При определении компетентности студентов-стоматологов, была выявлена низкая мотивация к стоматологии детского направления, а именно лишь 5% проявляют интерес к детской стоматологии. Однако 65% признают её актуальность на сегодняшний день, 36% признают сложность данного направления, в то время как 11% считают данное направление примитивным, что показывает низкую осведомленность выпускников в стоматологии “детства”.

2. На основании данного опроса, было определено, что большинство выпускников, а именно 52% имеют верное понятие о причинах образования детской стоматологии как отдельной дисциплины. Из 86 опрошенных выпускников 64% обладают знаниями о предметах работы и изучения детской стоматологии, отличающим её от таковой взрослой.

3. Внести предложение по улучшению условий труда и материальному обеспечению стоматологов детского направления. Рассмотреть введение новых дисциплин или занятий в образовательный процесс студентов стоматологов, направленных на профессиональную ориентацию подчёркивающие важность и значение детской стоматологии.

Тем самым стимулировать появление компетентных детских-стоматологов в соответствии с требованиями общества

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ИЗОЛЯЦИИ (COVID-19)

Махсумова И.Ш., Буриева Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

burieva.nafosat@bk.ru.

Инфекционные заболевания, такие как COVID-19, могут существенно влиять на условия, в которых растут и развиваются дети. Карантинные меры и изоляция на дому, в учреждениях, а также в отдельных зонах могут оказать негативное влияние на стоматологический статус у детей.

В течение последнего десятилетия врачи - стоматологи рекомендуют, детям с момента рождения проводить профилактические процедуры для предотвращения стоматологических заболеваний, укрепление здоровья полости рта и осведомление о факторах риска возникновения болезней твердых тканей зубов.

Цель. Методом анкетирования оценить уровень осведомленности родителей, о знаниях профилактических и гигиенических манипуляций, проводимых у детей.

Материалы и методы. Материалом исследования являются дети от 3 до 14 лет обратившихся за стоматологической помощью в 2-ую Городскую Стоматологическую поликлинику. Методом анкетирования определялись общие статические данные, во время пребывания самоизоляции, уровень знаний родителей и детей по уходу за полостью рта.

Результаты и их обсуждение. С началом пандемии плановая профилактическая помощь детям и посещение ими стоматолога резко снизилось. В период с марта по май 2020 года количество обращений уменьшилось на 60%. Исследования показали, во время пандемии также здоровья полости рта, в том числе и зубов резко ухудшилось. Во время пандемии COVID-19 большинство детей проводили свое время перед экранами своих гаджетов (онлайн занятия, игры, социальные сети и т.д.), присутствие нездоровых перекусов (легко ферментируемые углеводы, газированные напитки и т.д.) и отсутствие адекватной гигиены резко повысило риск возникновения кариеса.

Выводы. После окончания пандемии и изоляции следует большое внимание уделять просвещению детей и их родителей о здоровом образе жизни правильному питанию, а также о гигиене полости рта для предотвращения стоматологических заболеваний. В, следствие занимать детей более активными методами время препровождения украсить их досуг занятием спорта и музыки.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Махсумова И.Ш., Рахматова С.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной клинической медицины являются вирусные заболевания. Особое место среди них занимает простой герпес (ПГ). Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса – самая распространенная среди людей (80-95% населения пожизненные носители вируса). Проведенные серо эпидемиологические показали, что к 15 летнему возрасту ВПГ инфицировано около 83% детей, а в возрасте 30 лет и старше более 90% населения имеют антитела к ВПГ того или иного типа (1,2,3). Герпесвирусная патология представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, знание клинических проявлений, методов диагностики, лечения и профилактики рецидивирующей герпетической инфекции в полости рта необходимо для врачей-стоматологов.

Большинство людей контактируют с вирусом в раннем детстве. Проявлением первичной герпетической инфекции чаще является острый герпетический стоматит (ОГС), наиболее распространенный у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Вирус остается в организме пожизненно. Перенесшие ОГС дети становятся носителями вируса или страдают рецидивирующим

герпетическим стоматитом (ХРГС), герпесом губ. Патогенез герпетической инфекции определяется способностью ВПГ к персистенции в нервных ганглиях протяжении всей жизни человека. Вирус находится в ганглии в виде вирусной ДНК. Молчащий геном не может быть удален из клеток ганглия никакими известными противовирусными и химиопрепаратами.

Клинические исследования. Исследования проводились на кафедре Детской терапевтической стоматологии ТГСИ. Под наблюдение мы взяли 40 детей из них 56% девочек 44% мальчиков с ХРГС. в возрасте от 3 до 14 лет. При тщательном анализе анамнеза были выявлены основные патологические состояния, предшествовавшие первым проявлениям ХРГС. Возможно, они являлись провоцирующими факторами основного заболевания. Чаще всего это были заболевания ЛОР органов (80%), ОКЗ (12,5%), сопровождающиеся с ячменем глаза и блефаритом (45%), с герпесом на губах (55%), с герпесом на половых органах (28%). Кариес выявлен у (66%) обследованных детей.

Исследования заболеваемости по сезонам года выявило наибольшую частоту весной и осенью, что согласуется с литературными данными. Такая динамика объясняется гиповитаминозом весной, высокой контагиозностью в организованных детских коллективах детей осенью после каникул.

В зависимости от выраженности симптомов общего и местного характера, а также частоты возникновения рецидивов выделяют три формы рецидивирующего герпетического стоматита; легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Легкая форма ХРГС характеризуется сравнительно редкими (1-2 раза в 3 года) рецидивами заболевания. При этом наблюдается 1-2 элементов поражения. Общее состояние ребенка обычно не страдает.

Среднетяжелая форма рецидивы заболевания наблюдаются обычно 1-2 раза в год. Симптомы общего характера более выражены у детей младшего возраста.

Тяжелая форма заболевания характеризуется частыми (4 и более раза в год) рецидивами заболевания.

Заболевшие дети ХРГС почти все отмечали на боль в полости рта при приеме пищи (100%), повышении температуры (42%), родители отмечали капризность детей (85%), снижение аппетита (88%) детей. Родители и врач наблюдали кровоточивость пораженной слизистой оболочки полости рта (78%), отмечены вредные привычки (прикусывание щеки, языка, губы и другие) у (30%) детей. Кровоточивость десен наблюдалось у всех детей (100%). Отмечалось повышенное слюноотечение у (65%) детей. Увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у (90%) детей.

На основании показателей папиллярно – маргинально – альвеолярного индекса определяли степень тяжести гингивита у детей с ХРГС: легкая форма – 18%, средняя – 48%, тяжелая 34%.

Определяли GI по Федорово - Володкиной.

1.1-1.5- хороший у (7%) детей

1.6-2.0- удовлетворительный (10%) детей

2.1-2.5- неудовлетворительный (32%) детей

2.6-3.4- плохой (38%) детей

3.5-5.0- очень плохой (13%) детей.

Вывод. Таким образом ХРГС сопровождается прорезыванием постоянных зубов у детей, при этом нарушается целостность слизистой оболочки полости рта. Развиваются воспалительные явления, возрастает индекс РМА и ГИ. Исходя из этого следует регулярно проводить осмотр пациентов с ХРГС и своевременно проводить профилактические и лечебные мероприятия.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Махсумова И.Ш., Рискулова З.Р., Холмуродова Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Zilola1211@yandex.ru

Введение. Ранний детский кариес является одной из существенных проблем во всех странах мира и его распространенность у детей составляет от 18,5 % до 71 %]. Хорошо известными факторами риска развития кариеса зубов в раннем возрасте являются длительные и частые ночные «бутылочные» кормления младенцев старше года, избыточное употребление сладкого, социально-экономические проблемы семьи

Цель работы. Выявить частоту встречаемости различных кариесогенных факторов у детей раннего и дошкольного возрастов.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование родителей 35 детей раннего и дошкольного возрастов, по поводу неосложненного кариеса зубов. В исследовании приняли участие 17 мальчиков (48,60 %) и 18 девочек (51,40 % (средний возраст 3,6 лет) и их родители. Анкетирование включало сбор данных о факторах риска развития кариеса и его осложнений (характере питания, гигиене полости рта, режиме посещения стоматолога и т. д.). Для полноценного выявления дополнение к сбору жалоб и анамнеза проводилось обязательное анкетирование пациентов.

Результаты исследования. 83,4 % опрошенных чистили зубы два раза в день, в то время как 10,8 % — один раз в день вечером, 5,8 % опрошенных вообще не чистили зубы. Средний возраст начала чистки зубов составил 1,1 год. В среднем время чистки зубов занимало 1–2 мин. В 94 % случаев родители помогали детям проводить гигиену полости рта, в то время как 6,0 % детей раннего и дошкольного возрастов чистили зубы самостоятельно. Для гигиены полости рта 89,7 % родителей покупали своим детям пасты, без содержания фторидов. В среднем, уровень гигиены у детей был неудовлетворительным. Среднее значение КПУ составило 2,4. Состав зубной пасты на упаковке интересовал треть пациентов (28,5 %). Цена зубной пасты волновала только 5,9 % респондентов. В то время как 94,1 % пациентов не обращали внимания на цену, но делали свой выбор, опираясь на рекламу. Грудное вскармливание у опрошенных детей, в среднем, продолжалось до 1,3 лет. 37,1 % ответили, что ночное вскармливание проводилось в течение всей ночи, 37,2 % не кормили по ночам, 20 % кормили за всю ночь всего 1 раз, 5,7 % кормили 2 раза за ночь. 68,57 % часто ели сладости (конфеты 45, %, сладкий чай — 34,3 %) 17,35 %

опрошенных пили сладкие соки и компоты. 100 % пациентов не назначали таблетки фторида натрия, 68,57 % родителей не знали, какую пользу приносят фториды. 40 % пациентов составляли часто болеющие дети, 60 % дети, которые болели 1–2 раза в год. Более половины опрошенных хоть один раз в жизни принимали антибиотики (57,1 %). Первое посещение стоматолога в среднем происходило в возрасте 3,3 года: 68,57 % — с лечебной целью, 31,5 % — с целью первичного осмотра. Для 52,4 % пациентов цена пломбы для лечения молочных зубов у детей не имела значения. В первичное посещение каждому пациенту были даны рекомендации по уходу за полостью рта, назначены фторидсодержащие зубные пасты, в зависимости от возраста ребенка, скорректировано питание, рекомендовано отказаться от сладкого и сладких напитков и проводить диспансерное наблюдение раз в 3 месяца.

Заключение. Проведенное анкетирование родителей детей раннего и дошкольного возрастов выявило большое количество кариесогенных факторов полости рта малышей, что позволило сформулировать индивидуальный план лечения и профилактики кариеса в каждом клиническом случае.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Махсумова И.Ш., Соатова Д.Ф.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
dilobarsoatova9711@mail.ru*

На сегодняшний день проблема острого герпетического стоматита остается актуальной, поскольку герпес вирусная инфекция получила широкое распространение в человеческой популяции, поражает людей любого возраста и имеет разнообразные клинические проявления. Более 80% заболеваний СОПР составляют острые и рецидивирующие формы герпетической инфекции.

Цель исследования - изучить состояния микроэкологии полости рта у детей больных острой герпетической инфекцией до и после лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели, нами проведены иммунологические исследования у 55 детей больных острой формой герпетического стоматита обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии при ТГСИ. Все дети были распределены на несколько групп: Первую группу в количестве 13 детей составили здоровые лица контрольная группа; Вторую группу составили дети с ОГС в количестве 30 больных, которым проведена традиционная терапия: антисептическая обработка полости рта раствором фурациллина (1:5000), аппликация мази «Оксолин» (0,25%)

Следующую группу составили 25 детей больных ОГС которым после антисептической обработки полости рта назначалась аппликация масла черного тмина.

Результаты и обсуждение. Для решения поставленной цели, нами проведено изучение показателей местных факторов защиты в ротовой жидкости у детей больных герпетическим стоматитом. При этом большое внимание уделялось изучению состояния местных факторов защиты, такие как

уровень лизоцима, фагоцитарный показатель нейтрофилов, титр секреторной фракции иммуноглобулинов класса А (s IgA) в ротовой жидкости. Полученные

Таким образом, на основании проведенных иммунологических исследований у детей больных герпетическим стоматитом можно сделать следующие выводы:

Показатели местного иммунитета у детей больных ОГС до и после лечения

Вывод. При ОГС традиционная терапия способствует улучшению клинической картины больных, но не полностью устраняет развитие дисбиоза и иммунодефицита в полости рта у детей. Проведение комплексного лечения с использованием масла черного тмина способствует устранению дисбиоза, нормализует иммунодефицитное состояние и ускоряет процессы заживления в полости рта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ РЕСТАВРАЦИИ

Махсумова И.Ш., Шухратова Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

shukhratova0121@mail.ru

Современные данные о развитии кариеса зубов приводят к пониманию того, что кариес является не конечной точкой, а динамическим процессом, который может быть остановлен или обращен вспять на ранних этапах обращения к врачу. По этой причине не прекращается поиск новых путей лечения и профилактики заболевания. Кариес зубов у детей раннего возраста является серьезной проблемой для здравоохранения в связи с высокой распространенностью заболевания и низкой эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Цель. Оценка эффективности лечение кариеса зубов у детей от 2 до 6 лет методом реставрации стеклономерным цементом Fuji-9 и Цемион.

Материалы и методы. В группу исследования входили дети от 2 до 6 лет обратившихся в поликлинику Детской терапевтической стоматологии при ТГСИ с диагнозом поверхностный и средний кариес. В первой группе(18 детей) проводили реставрацию стеклономерным цементом Цемион. Вторая группа(20 детей) поверхностный и средний кариес реставрировали с Fuji-9

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования, в первой группе из 18 детей выявлены 10 с диагнозом поверхностный кариес и 8 детей со средним кариесом, в которой провели реставрацию с помощью Цемион. А во вторую группу входили 20 детей из них 16 со средним кариесом и 4 с поверхностным кариесом реставрировали СИЦом, Fuji-9. Для оценки эффективности реставрации были получены следующие результаты: первой группе через 5 месяца с рецидивом кариеса обратились 5 детей, с жалобами на отсутствие пломбы обратились 4 пациента. Во второй группе через 5 месяца вернулись 3 пациента на отсутствие пломбу.

Выводы. По наблюдениям отдаленных результатов можно прийти к выводу, что у детей от 2 до 6 лет лечение поверхностного и среднего кариеса целесообразно проводить с стеклономерным цементом Fuji-9. Он показал

наиболее эффективное лечение и реставрацию молочных зубов у детей по сравнению с Цемионом.

БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСЛАНИШИДА «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» МОЙИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ.

Махсумова С.С., Кодирова М.Т.

Тошкент давлат стоматология институти

Makhsumova60@bk.ru , Maftunakodirova517@gmail.com

Долзарблиги: Бола туғилгандан кейин оғиз шиллиқ қавати унинг ҳаёти давомида оғиз бўшлиғининг органлари функцияси билан боғлиқ турли хил маҳаллий таъсирларга дуч келади, шунингдек, инсон танасида юзага келадиган барча физиологик ва патологик жараёнларни акс эттиради.

Оғиз бўшлиғида ҳар қандай травматик шикастланиш унинг инфекцияси билан кечади, шикастланиш даражаси ва клиникаси кўзғатувчининг хусусиятига, вақтига, таъсир кучига ва бола организмнинг хусусиятларига ва ёшига боғлиқ.

Мақсад ва вазифалар: болаларда травматик жароҳатларни даволаш учун «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» мойи препаратини қўллаш.

Материал ва усуллар: «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» мойи ОБШҚ га тез сўрилишини таъминлаш мақсадида таркибида 70% ёғ кислоталарини сақлайди, тез тикланиш ва намликни сақлаб қолиши, яллиғланишга қарши антибактериал таъсирини ошириши билан хужайраларни эркин радикаллар билан боғлайди, таркибида vitamin e сақлайди, табиий хлорофилл, антиоксидант – проантоцианидинларни ўз ичига олади.

Тошкент Давлат стоматология институти поликлиникасига мурожаат қилган ортодонтик аппаратлардан сўнг юзага келадиган, травматик жароҳатланган 35 нафар болани кўриқдан ўтказдик. Травматик жароҳатлар гиперемия, ОБШҚ да шиш, эрозиялар ва афтлар пайдо бўлиши, оқ караш билан қопланган яралар пайдо бўлиши билан содир бўлган. Зарарланишлар 2-3мм дан 1см гача ўзгарган. Афтнинг энг кўп локализацияси тилнинг шиллиқ қавати, ёноқлари ва ўтув бурма соҳасида жойлашган. Эрозиялар атрофи шиллиқ қават шишган ва гиперемик, тил оқ-кулранг караш билан қопланган, оғизда ёқимсиз ҳид бор, сўлак кўпайиши кузатилади. Ўмров ости, чакка ва бўйин лимфа тугунлари катталашган. Маҳаллий даволаш 1:5000 фурациллин эритмаси ва «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» мойи препаратини қўллашдан иборат.

Тадқиқот натижалари: кейинги қатновда оғриқ камайди ва беморнинг умумий ҳолати яхшиланди. Афта 4-5 кун ичида эпителизацияланди, гиперемия, шиш йўқолди, шиллиқ қаватнинг яллиғланган соҳалари эпителизацияси бошланди, gingival папилла тўғри конфигурацияга келди. Тўқима 6-кунда тўлиқ тикланди. Беморда препаратга нисбатан аллергия реакциялар йўқ.

Хулоса: ўтказилган даволаш муолажалари хулосаларидан шуни айтиш мумкин «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» мойидан фойдаланиш натижалари травматик жароҳатларни даволашда тавсия қилиниши мумкин.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ

Мирсалихова Ф.Л., Мирхаётова Х.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

hilola9797@gmail.com

Основным веществом для профилактики ряда стоматологических заболеваний был и остается фтор. Установлено, что фторсодержащие средства местного назначения эффективны для профилактики кариеса как временных, так и постоянных зубов. Кроме того, ряд исследований свидетельствует о том, что фторид эффективен и для профилактики кариеса корня зуба, поэтому его следует использовать во всех возрастных группах.

В то же время среди врачей бытует мнение, что фтор вреден. Однако еще Парацельс говорил: «Всё — яд, всё — лекарство; то и другое определяет доза». Следовательно, предпочтение следует отдавать экзогенным методам профилактики, более контролируемым и безопасным по сравнению с эндогенными.

Цель исследования: Изучить эффективность гигиенических фторсодержащих средств для профилактики кариозных и некариозных поражений.

Материалы и методы. Стоматологические средства, включающие фтор, широко используются на практике благодаря его кариесстатическому действию. Натрия фторид (Sodium fluorid) (0,05 %-й, 0,1 %-й, 0,2 %-й растворы) применяется для профилактики кариеса. Перед нанесением раствора зубы следует очистить от налета. Полоскать рот нужно в течение 2 мин. под наблюдением медицинского работника (объем раствора - 10 мл). По окончании процедуры нельзя пить, принимать пищу и полоскать рот в течение 30 мин. Рекомендуется 0,05 %-й раствор применять ежедневно; 0,1 %-й раствор - 1 раз в неделю детям; 0,2 %-й раствор - 1 раз в 2 недели детям.

Результаты и их обсуждение: Однако на сегодняшний день большинство врачей не ориентируются в вопросах назначения фторидсодержащих зубных паст для детей. Вызывают вопросы возраст, с которого можно их применять, дозировка фторида в зубных пастах для детей разного возраста, количество пасты, которое можно использовать при каждой чистке зубов. Рекомендации различных организаций разнородны. Центр контроля и профилактики заболеваний (CDCP) США рекомендует использование фторидсодержащих паст детьми с 2 лет, а Австралийский научный центр стоматологического здоровья населения (ARCPON) - с 18 месяцев. Для детей более младшего возраста применение фторидсодержащих зубных паст рекомендуется только по назначению стоматолога или педиатра. Бюро здоровья матерей и детей (МСВН) рекомендует использовать фторсодержащую пасту детям до 2 лет только в случаи высокого риска развития кариеса. Европейская академия детской стоматологии (EAPD), Американская академия детской стоматологии (AAPD), шотландская меж-коллегиальная информационная организация (SIGN), и Общество детских стоматологов Германии (DGK) рекомендуют использовать фторидсо-держащие зубные пасты у детей сразу после прорезывания первых

зубов, а в рекомендациях ВОЗ и Британского общества детской стоматологии (BSPD) не упоминаются возрастные ограничения.

Выводы: На сегодняшний день на рынке стоматологических средств имеется широкий ассортимент препаратов для фторирования твердых тканей зуба.

Ведущие мировые стоматологические и педиатрические ассоциации склоняются к необходимости и целесообразности раннего использования домашних фтор-содержащих зубных паст. Детские стоматологи должны уделять особое внимание санитарно-просветительной работе среди молодых родителей по вопросам применения зубных паст у детей (количество выдавливаемой пасты, частота применения, концентрация фторида). При использовании фторсодержащих зубных паст с соблюдением всех правил может быть достигнута максимальная польза по профилактике кариеса, а риск флюороза может быть сведен к минимуму. Таким образом, учитывая высокий уровень доказательности применения фторидов в профилактике кариеса зубов, необходимо их широко использовать как у детей, так и у взрослых.

РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.

Мирсалихова Ф.Л., Убайдуллаева Х.А., Даминова А.Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
mirsalikhov@gmail.com*

Кариес зубов – многофакторное заболевание, в развитии которого важную роль играет высокое качество гигиены полости рта. Знание того, что кариес является динамическим и обратимым процессом, привело к развитию новых технологий, способных выявить кариес на самых ранних стадиях до образования полости. Ежедневная гигиена полости рта с использованием пасты, в состав которых включены фторид и бикарбонат кальция, поможет остановить развитие кариеса зубов и снизить риск появления новых кариозных полостей даже в условиях низкого уровня гигиены полости рта.

Цель исследования: изучить роль гигиенического ухода в профилактике кариеса зубов в раннем возрасте.

Материалы и методы. Наиболее эффективной и реально осуществимой стратегией борьбы с кариесом у детей раннего возраста является внедрение здоровых привычек гигиены полости рта и пропаганда методов ухода за зубами в домашних условиях. При первых признаках начала прорезывания зубов родителям можно начинать протирать десны и слизистую оболочку полости рта с помощью силиконовой щетки-напальчника или специальных салфеток и одноразовых напальчников: «Зубкичистки» (Шгюаге, Корея), СагеСегт (Эдвин Корея Корпорейшн, Южная Корея). Протирание позволяет удалить с поверхности десен и зубов остатки любой жидкости. После прорезывания первых зубов (примерно на 1/2 высоты коронок) следует переходить на чистку с помощью зубной щетки. Требования к детским зубным щеткам: маленькая головка, удобная длинная ручка (для удержания взрослым), мягкая искусственная щетина с закругленными кончиками.

Результаты и их обсуждение: В мире были проведены более ста клинических исследований различных фторсодержащих зубных паст и установлена их средняя эффективность в снижении кариеса на уровне 25% после 2-3 лет чистки зубов. Доказано, что в странах, где население широко практикует чистку зубов, профилактика кариеса с помощью фторсодержащих зубных паст является наиболее приемлемой среди других способов фторпрофилактики. Зубные пасты без фтора для профилактики кариеса не эффективны. В начале текущего века во многих странах фторсодержащие зубные пасты составляли 95% и более от всех зубных паст, имеющих в продаже. При повышении концентрации фтора эффективность зубной пасты увеличивается, однако также возрастает опасность возникновения флюороза. В связи с этим ВОЗ рекомендует: в свободной продаже могут быть фторсодержащие зубные пасты с концентрацией фториона до 1500 ppm (0,15%). Если концентрация фтора в зубной пасте выше, то паста должна реализовываться через аптечную сеть по рецептам.

Выводы: Фторсодержащая зубная паста является одним из самых массовых средств экзогенной профилактики кариеса зубов. При соблюдении ряда правил можно достичь эффективного и безопасного применения фторсодержащей зубной пасты у детей. Врач должен уметь определить показания к применению зубных паст у детей и обучить родителей их правильному применению с целью получения максимальной пользы от применения фторсодержащей зубной пасты при минимальном риске развития флюороза. Детские стоматологи должны рекомендовать применение гигиенического ухода полости рта детей еще до прорезывания зубов. Первыми предметами гигиены могут быть пальчики и разовые гигиенические салфетки. Чистка зубов зубной щеткой должна начинаться сразу после прорезывания первых зубов

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПОЛИРОВОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА МИКРОТЕКСТУРУ ПОВЕРХНОСТИ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ

Митронин А.В., Бакалинская И.А., Останина Д.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения

Российской Федерации

ibakalinskaya@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день современные композитные материалы позволяют добиваться удовлетворительных эстетических результатов при восстановлении зубов в технике прямой реставрации (Николаев А.И., Гильмияров Э.М., Митронин А.В., Садовский В.В., 2015). При этом, финишная обработка поверхности композита имеет важное значение для последующей функциональной эксплуатации реставраций и их долговечности. Нередко, в целях экономии времени врачи-стоматологи пренебрегают соблюдением всех этапов полировки, сокращая тем самым срок службы реставраций и ухудшая их эстетические характеристики (Митронин А.В.,

Гришин С.Ю, 2011). Вместе с тем, результат финишной обработки зависит от выбора полировочных систем и соблюдения алгоритма их применения. Именно поэтому анализ микротекстуры поверхности композита после использования различных компонентов полировочной системы является актуальным для изучения, а полученные данные будут полезны врачам-стоматологам при выборе протокола эффективной финишной обработки композитных реставраций.

Цель. Провести сравнительный анализ влияния различных компонентов полировочной системы на микротекстуру поверхности композитных реставраций в лабораторных условиях.

Материал и методы. Образцы композитных реставраций (n=30) были изготовлены из светоотверждаемого композитного материала Enamel Plus HRi (Micerium S.p.A, Италия) методом анатомической стратификации с использованием силиконового ключа. Композитные реставрации имели цвет А2 по шкале Vita Classical. Все образцы случайным образом были распределены на 3 группы согласно используемым протоколам финишной обработки поверхности реставраций:

- 1 группа (контрольная) - применение всей полировочной системы Enamel Plus Shiny (Micerium S.p.A, Италия), в т. ч. алмазной пасты Shiny А (3 мкр), алмазной пасты Shiny В (1 мкр), финишной пасты Shiny С на основе оксида алюминия, алмазной полировочной резинки, диска из козьей шерсти, войлочного диска;

- 2 группа (экспериментальная) - применение только финишной пасты Shiny С на основе оксида алюминия (Enamel Plus Shiny, Micerium S.p.A, Италия), алмазной полировочной резинки, диска из козьей шерсти, войлочного диска;

- 3 группа (экспериментальная) - полирование поверхности композита без паст, только алмазной полировочной резинкой, диском из козьей шерсти, войлочным диском.

Образцы были погружены в крепко заваренный кофе на 3 суток с целью изучения степени влияния протокола финишной обработки на цветостойкость композитных реставраций. Для оценки результатов окрашивания композита была использована шкала Vita Classical, которая позволяла определить цвет реставрации до и после проведения эксперимента. Текстура поверхностного рельефа была изучена с помощью сканирующего электронного микроскопа Tescan Mira LMU (СЭМ) при увеличении 2,17кх. Для определения параметров шероховатости образцов композитных реставраций по ГОСТ были получены 9 профилей шероховатости поверхности на длине 0,08 мм с помощью контактного профилометра Surftest SJ-210. Обработка полученных данных была выполнена при использовании программного обеспечения профилометра, рассчитано среднее арифметическое отклонение профиля Ra, являющееся основным высотным параметром шероховатости поверхностей. Статистический анализ данных был выполнен с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам исследования, различия в цветостойкости исследуемых образцов были статистически значимыми ($p < 0,05$) при сравнении контрольной и экспериментальных групп. При этом, наибольшее окрашивание образцов было выявлено в 3 экспериментальной группе, где цвет реставраций изменился на 6-7 тонов и соответствовал оттенкам V3-V4 по цветовой шкале Vita. По результатам СЭМ было выявлено, что микротекстура поверхности композитных образцов в трех группах исследования достоверно отличалась ($p < 0,05$). При отсутствии паст в протоколе полировки (3 группа) отмечалась 100% распространенность кратерообразных углублений и грубых возвышений, при этом шероховатость поверхности была в 5 раз больше относительно контрольной группы исследования. Наименьшая шероховатость поверхности отмечалась в контрольной группе ($Ra_1 = 0,024$ мкм), при этом во 2 и 3 группах шероховатость поверхности была $Ra_2 = 0,053$ мкм и $Ra_3 = 0,114$ мкм соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. На основании данных лабораторного исследования следует заключить, что оптимальная микротекстура поверхности композитной реставрации достигается при использовании многокомпонентной полировочной системы Enamel Plus Shiny согласно рекомендуемому протоколу финишной обработки с последовательным использованием трех паст различной абразивности, полировочных щеток и резинок. Эффективность финишной обработки композитных реставраций снижается в 4-5 раз при исключении из протокола полировочных паст.

«МИКРО-КТ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИОКЕРАМИЧЕСКОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ»

Митронин Ю.А., Митронин А.В., Останина Д.А.

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения
России*

ura@mitronin.ru

Актуальность. Научный интерес представляет изучение биокерамических силеров, которые с недавнего времени применяются при эндодонтическом лечении зубов. При повторном эндодонтическом лечении наличие остаточного внутриканального пломбировочного материала служит своеобразным механическим барьером между дезинфицирующими средствами и биопленкой, что может стать причиной развития осложнений. Возможность извлечения нового современного биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) ранее не была изучена, что определяет целесообразность проводимого исследования для разработки метода проведения качественного повторного эндодонтического лечения.

Цель и задачи. Определить наиболее эффективный алгоритм удаления биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) при повторном эндодонтическом лечении, основываясь на данных оценки остаточного пломбировочного материала на стенках дентина корня, восстановления рабочей

длины и апикальной проходимости корневых каналов. Задачи исследования: 1 – провести эндодонтическое лечение удаленных зубов с их последующим пломбированием биокерамическим силером; 2 – распломбировать корневые каналы, используя сочетания различных эндодонтических систем и методов озвучивания ирригационных растворов; 3 – изучить срезы зубов методом микрокомпьютерной томографии после перелечивания; 4 – определить алгоритм повторного эндодонтического лечения, имеющий наибольшую эффективность удаления биокерамического силера из системы корневых каналов.

Материал и методы. Тридцать удаленных резцов верхней челюсти были эндодонтически obturированы с использованием методики одного штифта и биокерамического силера TotalFill BC Sealer (FKG, Switzerland) и случайным образом распределены на 6 групп по 5 зубов согласно используемой методике перелечивания: 1А – D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R; 1Б – D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + УЗ; 1В – D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + EndoActivator; 2А – ProTaper Universal Retreatment; 2Б – ProTaper Universal Retreatment + УЗ; 3В – ProTaper Universal Retreatment + EndoActivator. Каждый образец сканировали методом микрокомпьютерной томографии дважды: после первично проведенной хемо-механической обработки корневых каналов и после распломбирования корневых каналов для определения объема оставшегося пломбировочного материала на стенках корневого дентина. Данные были проанализированы методами вариационной статистики с использованием пакета программ SPSS версия 22.

Результаты и обсуждение. Было выявлено достоверно меньшее количество остаточного пломбировочного материала в системе корневых каналов в группах с применением активации ирригационного раствора ($p < 0.05$). Наилучшие результаты перелечивания были выявлены в группе с применением алгоритма D-Race + XP-endo Shaper + XP-Endo Finisher R + УЗ (3,0 Вт), согласно которым эффективность удаления пломбировочного материала составила более 92%. При оценке восстановления рабочей длины корневых каналов и апикальной проходимости была определена статистически значимая разница между исследуемыми группами с применением и без применения активации ирригационного раствора ($p < 0.05$). Восстановление апикальной проходимости было достигнуто в 80% случаев в экспериментальной группе XP-ENDO без применения активации ирриганта, в то время как при применении озвучивания ирригационного раствора в группах 1Б и 1В апикальная проходимость была восстановлена в 100% случаев.

Заключение. Остаточный пломбировочный материал наблюдался во всех образцах независимо от используемого алгоритма повторного эндодонтического лечения. Наибольшая эффективность очистки системы корневых каналов, obturированных биокерамическим силером, была достигнута при использовании инструментов группы XP-ENDO и пассивного ультразвукового озвучивания. Восстановление рабочей длины и апикальной проходимости корневых каналов достигается в 100% случаев при применении любой из эндодонтических систем в сочетании с ультразвуковой ирригацией.

МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, АССОЦИИРОВАННАЯ С ДИСТОПИЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Морозова М.Н., Демьяненко С.А., Дурягина Л.Х., Романова Е.В.
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»
Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»
mmrz58@mail.ru

Введение: По данным современных авторов частота встречаемости дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у подростков и лиц молодого возраста достигает 60%, а у взрослого населения – 89%. Как известно, дисфункция ВНЧС – патология, включающая комплекс анатомических и функциональных нарушений, состоящих из окклюзионного, суставного и мышечного компонентов, которая может сопровождаться болевым синдромом. Основной причиной возникновения дисфункции ВНЧС является нарушение окклюзионных контактов, приводящее к дискоординации работы жевательных мышц. Под влиянием неправильного смыкания зубов происходит смещение нижней челюсти в положение удобное для жевания, но с неравномерным распределением усилий жевательных мышц, а результатом является нарушение соотношения элементов и микротравма тканей внутри сустава. В дальнейшем, хроническая микротравма тканей приводит к воспалительным, а затем и необратимым органическим дегенеративным изменениям элементов сустава.

Одним из этиологических факторов, способствующих смещению зубных рядов в молодом возрасте, является аномальное положение оси третьих моляров (ТМ), особенно в случаях их мезиального наклона, когда в результате импакции (столкновения с ранее прорезавшимся вторым моляром) из-за неблагоприятного воздействия сил, возникающих при затрудненном прорезывании ТМ на позицию соседних зубов, возникает деформация зубной дуги, влекущая различные аномалии прикуса. Вместе с тем вопросы корреляции по времени возникновения дисфункции ВНЧС с ростом и формированием аномально расположенных ТМ у подростков и лиц молодого возраста изучены недостаточно, а четких алгоритмов действий врача при обнаружении ТМ в состоянии импакции до сих пор не разработано.

Цель исследования: Разработать методы профилактики прогрессирующего синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов у подростков и лиц молодого возраста, изучив механизм влияния аномально расположенных не прорезавшихся третьих моляров с разной стадией формирования зуба на развитие данной патологии.

Методика исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 54 пациентов в возрасте 14-26 лет с синдромом дисфункции ВНЧС, не страдавших общей соматической патологией. При сборе анамнеза уточняли отсутствие жалоб на воспалительные явления в области ТМ. Всем пациентам по общепринятой методике проводили осмотр, осуществляя: оценку прикуса, анализ суставного шума, пальпацию жевательных мышц, ВНЧС, болевых точек, анализ движений нижней челюсти.

В качестве дополнительного метода исследования использовали ортопаномографию с сомкнутыми в привычной окклюзии челюстями, оценивая состояние костной ткани, положение продольных осей зубов и формы суставных головок. В данное исследование были включены пациенты с изменениями в области височно-нижнечелюстных суставов и наличием одного или нескольких (до 4-х) не прорезавшихся, аномально расположенных зубов мудрости. При анализе рентгенограмм учитывали стадию формирования ТМ, их топографию по отношению к мезиально расположенным зубам, степень наклона оси. При выявлении существенных отклонений в суставе – назначали компьютерную томограмму (КТ) ВНЧС.

Результаты исследования. Из 54 пациентов, которые обратились к специалистам кафедры стоматологии и ортодонтии, 22 человека (40,7%) явились на прием к врачу-ортодонт с жалобами на эстетический дефект (из них - 18 пациентов более года находилось на лечении у врачей-ортодонт в других клиниках) а дисфункция ВНЧС у них была выявлена при осмотре. 32 человека (59,3%) обратились к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие шумов в суставе, затрудненное открывание рта, болезненные ощущения в ВНЧС при пережевывании пищи.

Объективно: у 42 пациентов (77,8%) диагностировали асимметрию лица (за счет односторонней гипертрофии собственно жевательной мышцы). У всех больных выявили признаки травматической окклюзии, аномалии или вторичные деформации жевательного аппарата, шумовые явления в ВНЧС, изменение амплитуды движений нижней челюсти, девиацию нижней челюсти, болезненность при пальпации ВНЧС и жевательных мышц. В 14 случаях (26%) зарегистрировано смещение эстетического центра челюстей (до нескольких мм).

На панорамных снимках и КТ обнаружили: асимметрию формы и положения продольных осей суставных головок, в 3-х случаях - микрокисты, участки разрежения. Обнаружено, что «причинные» третьи моляры или их зачатки находились в состоянии импакции, при этом - в 82% случаев имели мезиальный наклон оси, в 18% – располагались горизонтально.

У всех пациентов выявлено влияние аномально расположенных ТМ на рядом стоящие зубы: травматические узлы, поворот зубов по оси, отсутствие параллельности расположения корней, отсутствие контактов на жевательных зубах, преждевременные окклюзионные контакты и др. При этом, у 8 человек зачатки ТМ находились на стадии минерализацией коронки, у 18 - имели корни, сформированные до 1/2 длины, у 28 - ТМ имели полностью сформированный корень. Наиболее яркие клинические и рентгенологические проявления синдрома дисфункции ВНЧС наблюдались у пациентов с выраженными аномалиями зубных рядов, вызванными аномально расположенными ТМ нижней челюсти с полностью сформированными корнями.

Всем пациентам было проведено удаление аномально расположенных зубов мудрости с последующим ортодонтическим лечением (по показаниям). Наилучшие результаты наблюдались у подростков и лиц молодого возраста (до

18 лет): операция по удалению ТМ наименее травматична, заживление костной полости протекало без осложнений, а эффект от ортодонтического пособия был наиболее полным и быстрым. У этого контингента удалось добиться исчезновения признаков дисфункции ВНЧС в 92% случаев. У более старших пациентов успешный результат наблюдали в 75% случаев.

Таким образом, дистопия и импакция ТМ создает не только препятствия к прорезыванию этих зубов, но и влияет на расположенные рядом зубы, весь зубной ряд, нарушая окклюзию, чем способствует возникновению и развитию синдрома дисфункции ВНЧС.

Выводы:

1. Не диагностированная у детей и лиц молодого возраста дисфункция ВНЧС приводит к развитию тяжелой патологии у взрослых воспалительного и дистрофического генеза.
2. Удаление аномально расположенных ТМ на ранних стадиях их формирования способно устранить или минимизировать влияние на развитие патологии зубных рядов и ВНЧС.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мукимов Ш.И., Солиев Ж.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Лечение заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом представляет особую сложность для врачей-стоматологов. Это связано с частыми рецидивами воспалительного процесса в пародонте, быстрым прогрессированием заболевания, медленной регенерацией тканей после проведенного лечения и резистентностью к проводимой терапии у данной группы больных (Мохорт Е. Н., 2000; Ибрагимов Т. Н. и соавт., 2004; Ефремов О. С., 2007; Рева Г. В., с соавт., 2011; Бармашева А. А. и соавт., 2014). Так, по 31 данным С. Н. Паруновой (2004), послеоперационные осложнения реконструктивных операций при сахарном диабете 1 типа составляют более 52%, при сахарном диабете 2 типа - более 42%, у соматически здоровых пациентов они не превышают 12%. Как уже говорилось ранее, развивающиеся при сахарном диабете метаболические расстройства, сосудистые нарушения и иммунологические реакции, усугубляют течение многих сопутствующих заболеваний, в том числе и заболеваний пародонта. Зачастую лечение пародонтита у пациентов с сахарным диабетом малоэффективно, так как стоматологами применяются в основном стандартные методы, не учитывающие специфику локальных и системных изменений, как в полости рта, так и в организме в целом. Эндокринологами же не соблюдается частота направлений пациентов на профилактический осмотр к стоматологу и редко уделяется должное внимание правилам ухода за полостью. В основном применяются консервативные местные методы лечения, т. к. хирургическое лечение у таких больных связано с осложнениями, вызванными основным заболеванием, а значит, комплексное лечение затруднено (Богомолов М. В., 2011; Зырянов Б. Н. и соавт., 2014).

Исследования Ф. Ю. Дауровой с соавторами (2013) показали, что традиционная местная противовоспалительная терапия способствует достоверному снижению уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 по отношению к исходным значениям до лечения, содержание противовоспалительного ИЛ-4, приближался к контрольному, но на фоне высокого содержания провоспалительных цитокинов этот факт можно расценивать как недостаточное иммунокорригирующее воздействие традиционной терапии т.е. такая терапия не в полной мере способствовала поддержанию оптимального соотношения про- и противовоспалительных цитокинов. Лишь под действием комплексной терапии, включающей сахар 32 снижающий препарат гликлазид, оказывающий регулирующее воздействие на соотношение содержания про- и противовоспалительных цитокинов, отмечалось более быстрое купирование воспалительных явлений в тканях пародонта при СД по сравнению с таковым при проведении местного противовоспалительного лечения. Тенденция тканей пародонта к гнойно-некротическим процессам и продуктивному воспалению у больных сахарным диабетом 1 типа, а также на фоне плохого гликемического контроля, обуславливает целесообразность проведения специфической иммунокорригирующей и антибактериальной терапии, применения кровоостанавливающих средств (Цепов Л. М. и соавт., 2008). Для местной обработки пародонтальных карманов Т. М. Еловикова (1989) предлагала использовать настой тысячелистника, 3-5% водный раствор элеутерококка в качестве средства, оказывающего противовоспалительное, сахар снижающее, адаптогенное, антибластомное действие, стимулирующего ферментативную активность тканей. С целью нормализации углеводного обмена рекомендуют применять отвар трав (листьев черники, цветков бессмертника, корня одуванчика, коры крушины), витамин В1, аскорбиновую и никотиновую кислоты (Александров Е. И., 2011). Широко используются для местного применения комбинации инсулина с различными препаратами: орошение пародонтальных карманов инсулином с димексидом, инстилляции и аппликации сочетания стандартной суспензии цинк-инсулина (40 ед. в 1 мл) и 0,2-0,3 г. антибиотика, клотримазол-троксевазин-инсулиновая паста. Входящий в состав пасты клотримазол обладает широким спектром антимикотического и антимикробного действия, а троксевазин является ангиопротектором, уменьшает хрупкость капилляров, снижает их проницаемость (Еловикова Т. М., 1989; Данилевский Н. Ф., 33 Борисенко А. В., 2000; Цепов Л. М. и соавт., 2008). В сочетании с комплексом прямых антиоксидантов применение данной пасты дает выраженный клинический эффект: в более короткие сроки нормализуется уровень глюкозы в крови, снижается уровень перекисного окисления липидов, повышается антиоксидантная обеспеченность тканей (Янушевич О. О., 2002; Александров Е. И., 2011).

Улучшение результатов пародонтологического лечения у больных инсулинзависимым сахарным диабетом достигалось путем введения в состав комплексной терапии природного препарата «Мидэл» представляющего собой гидролизат мышечной ткани мидий и содержащего широкий спектр

биологически активных веществ, обеспечивающих противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммуностимулирующее действие: заменимые в 42 незаменимые аминокислоты, в т.ч. таурин, полиненасыщенные жирные кислоты (Омега-3, Омега-6), макро- и микроэлементы, низкомолекулярные (регуляторные) пептиды, витамины группы В, РР, А и Е (Орехова Л. Ю. и соавт., 2007). Также предлагается инъекционное введение иммуномодуляторов - тималина или тимогена (Александров Е. И., 2011). Местное лечение заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом проводится на фоне сахар снижающей терапии. Среди антидиабетических средств особое место занимает таурин, увеличивающий секрецию инсулина, стимулирующий утилизацию глюкозы кардиомиоцитами, гликогенез, гликолиз и окисление глюкозы в печени. Эти эффекты таурина могут быть обусловлены его присоединением к инсулиновому рецептору. Таурин замедляет перекисное окисление липидов, значительно снижает уровень холестерина в сыворотке крови при нарушении диеты (Александров Е. И., 2011). Дзагуровой Л. А. (2010) была разработана методика комплексного лечения легкой и средней тяжести хронического генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом с применением сахар снижающего препарата «Диабетон». На фоне лечения отмечалось уменьшение болевых ощущений в деснах, улучшение трофики тканей пародонта, нормализация углеводного, белкового, минерального и энергетического обменов в организме. «Диабетон», участвуя в углеводном обмене, улучшает метаболические процессы пародонта, что препятствует развитию воспалительнодистрофических процессов.

Таким образом, многочисленные литературные данные доказывают важную роль лечения стоматологической патологии, в том числе заболеваний пародонта, в метаболическом контроле у больных сахарным диабетом, а также обосновывают необходимость интеграции стоматологических мероприятий в комплексную программу лечения и профилактики осложнений при данной эндокринной патологии. Однако анализ данных литературы выявил и ряд сложностей, в частности отсутствие четких схем и алгоритмов оказания стоматологической помощи данной категории больных, основывающихся на принципах доказательной медицины и учитывающих влияния проводимой терапии на показатели метаболического контроля. Разработка и обоснование новых, более рациональных методов комплексной терапии заболеваний пародонта на фоне сахарного диабета будет способствовать повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента больных, проводимых не только врачами-стоматологами, но и специалистами других профилей.

КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.

Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Jurabekdinikulov@gmail.com

Известно, что кариес зубов - одна из основных проблем детской стоматологии. Многие авторы отмечают, что кариес среди детей самое распространенное стоматологическое заболевание. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, у 60-90% детей школьного возраста встречается кариес зубов.

Этиологические факторы кариеса разнообразны, среди которых основными является неудовлетворительная гигиена полости рта, чрезмерное потребление углеводов - все это снижает резистентность к кариесу у детей. Однако другая группа авторов считают, что кариесрезистентность после прорезывания молочных и постоянных зубов и в первые годы связан с концентрацией фтора в питьевой воде.

Концентрация фтора в воде классифицируется следующим образом:

- 1) Очень низкий уровень – до 0,3 мг/л.
- 2) Низкий уровень -от 0,3 до 0,7 мг/л
- 3) Средний (оптимальный) уровень -от 0,7 до 1,1 мг/л.
- 4) Высокий, но 8520/F допустимый уровень-от 1,1 до 1,5 мг/л
- 5) Допустимый высокий уровень-от 1,5 до 2 мг/л.
- 6) Высокий уровень – от 2 до 6 мг/л
- 7) Очень высокий уровень -от 6 до 15 мг/л

Цели исследования: Определить концентрацию фтора в питьевой воде в различных источниках Ташкентской области.

Материалы и методы исследования. Для определения концентрации фтора в питьевой воде в Ташкентской области образцы питьевой воды были взяты из 20 дошкольных образовательных учреждениях, расположенных в 4 городах и 8 районах области. Образцы воды собирали в соответствии с требованиями межгосударственного стандарта (ГОСТ 31861-2012).

Концентрация фтора в собранных образцах определялась потенциометрическим методом. Для этого использовали лабораторный иономер И 160 МИ. Каждый образец был проверен 8кратно, после чего было вычислено среднее арифметическое значение.

Результаты исследования: Как видно из таблицы, самая высокая концентрация F в питьевой воде в Ташкентской области находится в Бекабадском районе, а самая низкая - в Юкори-Чирчикском районе. Следует отметить, что согласно приведенной выше классификации фтора в воде, концентрация фтора в питьевой воде Бекабадского района низкая. Количество фтора в питьевой воде во всех других обследованных районах было очень низким.

Вывод.

1. Во всех районах Ташкентской области концентрация фтора в питьевой воде была низкой и очень низкой, в среднем 0,03 мг / л.

2. Низкие и очень низкие концентрации фтора в питьевой воде в районах Ташкентской области, показывает необходимость разработки метода эндогенной профилактики кариеса в этих районах и внедрения его в дошкольные образования

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО ИЗУЧАЕМЫМ
КРИТЕРИЯМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
Муртазаев С.С. Сайдалиев М.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Генеральная Ассамблея ООН в 2012 г. на 66-й сессии признала, что болезни полости рта создают серьезную проблему для здоровья населения многих стран. Европейская Комиссия по здравоохранению предложила 40 индикаторов стоматологического здоровья, позволяющих оценить основные критерии стоматологического статуса, достижения в профилактике и возможные факторы риска стоматологических заболеваний. Кариес зубов является одной из наиболее актуальных проблем детской стоматологии не только в мире, но и в Республике Узбекистане. К сожалению, в Узбекистане заболеваемость кариесом стабильно сохраняется на высоком уровне. Актуальным и важным моментом является поиск и применение эффективных методов и подходов к диагностике ранних проявлений кариеса у детей. Поэтому своевременная диагностика кариеса в возрасте 7-8 лет предупреждает переход начальных форм кариеса в кариозные дефекты, а в дальнейшем исключает применение инвазивных методов оперативного восстановительного лечения. Регулярная оценка возможного влияния поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов у детей школьного возраста должна быть обязательной составляющей мониторинга медицинской эффективности программ профилактики. Благодаря программам первичной и вторичной профилактики кариеса зубов у детей, возможно, приблизиться к лучшим международным стандартам качества оказания стоматологической помощи детскому населению. Решение проблемы высокой заболеваемости кариесом зубов у детей возможно лишь при условии приоритетного развития профилактической направленности школьной стоматологии, заключающееся в гигиеническом обучении и воспитании школьников. Важность комплексного подхода в решении проблем детской стоматологии, заключается в повышении эффективности работы врача-стоматолога и качества предоставляемых услуг.

Оценка результатов реализации образовательной стоматологической профилактической программы среди детей (возраст 8-10 лет) проводилась по данным изучения гигиенического состояния полости рта и интенсивности кариеса, а также повторного анкетирования детей и их родителей через 1 год после начала реализации программы.

Изменения показателя индекса гигиены через 1 год реализации образовательной стоматологической профилактической программы у детей обеих групп.

В основной группе детей исходный уровень гигиены составил $1,85 \pm 0,10$, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Через год реализации программы в этой возрастной группе отмечено снижение показателя индекса гигиены по Федоровой Володкиной до хорошего уровня, среднее значение индекса равно $1,42 \pm 0,07$ (отличие составило 31,35%).

В контрольной группе также отмечена тенденция к улучшению гигиены полости рта после реализации программы.

Исходное значение индекса гигиены было равно $1,72 \pm 0,10$, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены, а через год был отмечен удовлетворительный уровень гигиены, среднее значение индекса - $1,50 \pm 0,09$ (отличие составило 12,79%).

Более выраженные изменения произошли в структуре индексов у детей обеих групп, отмечена тенденция к снижению числа запломбированных и снижению числа кариозных временных и постоянных зубов.

У детей основной группы при первичном обследовании компонент «к» был равен $3,07 \pm 0,24$, а компонент «п» - $1,45 \pm 0,18$. Через год реализации программы отмечено значительное снижение компонента «п» до $1,05 \pm 0,13$ и снижение компонента «к» до $1,20 \pm 0,12$ (отличия составили 61% и 28% соответственно).

У детей контрольной группы при анализе структуры также отмечена тенденция к снижению компонента «п» и снижению компонента «к», но отличия были менее выраженными. Исходное значения «к» было равно $2,84 \pm 0,22$, а компонента «п» - $1,28 \pm 0,15$. При повторном обследовании в данной группе детей отмечено незначительное снижение компонента «к» до $1,98 \pm 0,20$ и «п» до $1,12 \pm 0,14$ (отличия составили 30,3% и 12,5% соответственно).

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСФОЛИАТИВНЫМ ХЕЙЛИТОМ

Муйдиногова Б.А.

*Андижанского государственного медицинского института
ganiev1957@mail.ru*

Литературные данные свидетельствуют о значительной роли эндокринных нарушений в этиопатогенезе заболевания. Они особенно часто встречаются у лиц пубертатного и постпубертатного возраста. Длительно текущие хронические заболевания желудочно-кишечного тракта также снижают резистентность слизистой оболочки полости рта и губ. Наличие чешуек на поверхности красной каймы губ создают ощущение инородного тела, что зачастую вызывает у пациентов привычку скусывать их и облизывать губы. В результате этого происходит усиленное испарение слюны с поверхности губ, и как следствие трансэпидермальная и трансэпителиальная потеря влаги. На клиническую базу кафедры терапевтической стоматологии Андижанского государственного медицинского института обратился больной М., 20 лет, с жалобами на наличие трещины в области нижней губы в течении семи лет, болезненность нижней губы, затрудняющую разговор, улыбку, широкое открывание рта, прием пищи. Больной связывает появление трещины с вредной привычкой облизывания и кусания губ, также отмечает обострение процесса в холодную ветреную погоду. В анамнезе — ОРВИ, грипп, ветряная оспа, страдает хроническим гастритом в течение 5 лет. Аллергологический анамнез отягощен — аллергия на цитрусовые, проявляющаяся в виде сыпи и зуда кожных покровов. Местное лечение мы начали с обучения рациональной

гигиене полости рта, правилам ухода за полостью рта; провели профессиональную чистку зубов при помощи ультразвукового скейлера с последующей полировкой шеек зубов пастой «Dentarin Z» и полировочными щеточками. **Первое посещение.** Процедуру начали с антисептической обработки кожи периоральной области 70% раствором этилового спирта. После проведения аппликационной анестезии гелем «Камистад» провели блокаду трещины 0,3 мл 1% раствором лидокаина. Лидокаин дает выраженный сосудорасширяющий эффект в месте введения путем прямого воздействия на гладкомышечные элементы артериол, блокирования вазоконстрикторных нервных импульсов, которые поступают по симпатическим волокнам, относящихся к группе С. В безмиелиновые нервные волокна группы С анестетик проникает быстро и дает лечебный эффект в месте введения. Вкол произвели со стороны кожных покровов, однако возможен вариант проведения блокады со стороны слизистой оболочки преддверия полости рта, что достаточно болезненно. Депо лекарственного препарата должно. **Второе посещение.** Объективно: поверхность губы без чешуек, менее гиперемирована, частичная эпителизация трещины с краев, субъективные ощущения больного удовлетворительного характера. Лечение: провели антисептическую обработку, блокаду, применение сорбента и клотримазола, аппликации мази «Прополис». На данном этапе было назначено физиотерапевтическое лечение при помощи лазерного стоматологического аппарата «Оптодан». Полупроводниковый излучатель аппарата генерирует лазерный свет в ближней инфракрасной области спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, мощностью до 4 Вт, с частотой 0,8-2 кГц, обладает импульсным режимом генерации. Известно, что лазерный свет имеет широкий спектр патогенетического лечебного действия: противовоспалительный, противоотечный, тромболитический эффекты, понижение проницаемости сосудов, нормализацию микроциркуляции, повышение парциального давления кислорода в тканях, бактерицидное и бактериостатическое действие, стимуляцию общих и местных факторов иммунной защиты. Результат лечения вполне удовлетворил пациента. Мы добились полной эпителизации трещины, исчезновения чешуек и гиперемии, губа стала мягкой при пальпации, приятной на вид. Пациенту была назначена явка через 4 месяца: трещина отсутствовала, имелась легкая гиперемия красной каймы губ. Пациенту было рекомендовано пользоваться гигиеническими увлажняющими средствами, особенно в холодную ветреную погоду.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ.

Набираева Б.А., Юнусходжаева М.К., Рустамова М.О.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
bahore98@mail.ru*

Стоматологическая заболеваемость детского населения является одной из актуальных проблем здравоохранения, которая связана с недостаточным развитием системы диспансеризации детского населения. Низкий уровень

гигиенических знаний среди населения, а также отсутствие рекомендаций по рациональной чистке зубов, десен и языка свидетельствует об отсутствии надлежащей гигиены полости рта. Большинство детей и взрослых обращаются в поликлиники за стоматологической помощью при наличии уже развившихся, чаще осложнившихся стоматологических заболеваний. Лишь небольшой процент населения регулярно посещает стоматолога с целью планового осмотра полости рта и проведения профилактических мероприятий. Следует подчеркнуть, что среди населения такое отношение к гигиене полости рта во многом определяется социальными условиями, уровнем благосостояния семьи, культуры, образования и т.д. Особенно это касается подростков периода полового созревания, когда молодые люди начинают придавать значение своей внешности. Низкий уровень гигиенических знаний среди населения нашей страны, а также отсутствие рекомендаций по рациональной чистке зубов, десен и языка свидетельствует об отсутствии надлежащей гигиены полости рта.

Цель нашей работы разработать и внедрить комплекс гигиенических и профилактических мероприятий среди детей младшего школьного возраста и подростков с целью снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, уменьшения количества осложнений и мотивации детей и их родителей к сохранению стоматологического здоровья.

Для выявления уровня стоматологической заболеваемости и уровня гигиенических навыков мы создали комплексную медико-педагогическую программу. Программа включает несколько этапов: 1. Анкетирование и лекция для школьников и родителей с применением мультимедийной иллюстрированной информации. 2. Практическое занятие по гигиене полости рта на моделях с поощрением за старание и успех. 3. Осмотр полости рта с определением индекса гигиены полости рта (Федорова-Володкиной) до профилактических мероприятий полости рта, исследование распространенности и интенсивности кариеса (КПУ+кп); определения интенсивности воспалительного процесса с помощью пробы Шиллера-Писарева. Индексы определялись при окрашивании стандартными красителями КОЛОР-ТЕСТ. 4. Контрольное занятие для ответов на вопросы, выдача на руки профилактических рекомендаций в виде памяток.

Таким образом, оценив заболеваемость кариесом как среднюю, а уровень гигиенического воспитания как высокий, можно заключить, что гигиена полости рта и мануальные навыки школьников являются далеко не решающими в возникновении основной стоматологической патологии, которая может быть связана с комплексом факторов, к ним могут относиться: функциональная перестройка тканей пародонта ввиду смены зубов в прикусе, наследственность и системные заболевания матери и ребенка, что немаловажно в этиологии возникновения кариеса и другой стоматологической патологии, характер питания, употребление большого количества сахарозы и газированных напитков, что на сегодняшний момент доказывает вредность воздействия этих продуктов на структуру эмали, вызывая в ней необратимые изменения, образ жизни без вредных привычек, экология с благоприятным климатом, уровень медицинской помощи, оказываемой материнству и детству.

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕСЕН У БЕРЕМЕННЫХ ГОРОДА СЕМЕЙ

Нургожина М.Е., Тұрғымбек А., Решатов А., Имамбекова Л.

НАО «Медицинский Университет Семей»

Ersynovna@mail.ru

Цель проекта: Определить состояние и прогноз развития, распространенность заболеваний десен у беременных г. Семей. Определить уровень санитарно-гигиенических знаний о профилактике и лечении заболеваний пародонта; стоматологический индекс качества жизни беременных. Повысить стоматологическое просвещение среди беременных, уменьшить развития риска осложнения заболеваний десен.

Методы и материалы: Стоматологический анализ был проведен стандартным методом. Перед исследованием было проведено анкетирование. При осмотре были использованы инструменты: стоматологическое зеркало, зонд (пуговчатый или пародонтальный), стоматологический пинцет, ватные валики и раствор Люголя. Проба Шиллера-Писарева, ПИ РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс).

Результаты исследования: Было осмотрено 57 беременных женщин находящихся на третьем триместре беременности. У всех исследуемых беременных женщин при детальном обследовании проводили пробы Шиллера-Писарева, выявили индекс воспаления десны, то есть РМА. Проведя статистический анализ результатов при мониторинге заболеваний десен у беременных, было выявлено: Индекс РМА – 37% (средняя степень тяжести), при проведении пробы Шиллера-Писарева происходило окрашивание десен у 32 женщин из 57 исследуемых (56,1%). При осмотре было выявлено что воспаление десны у 75 % беременных женщин сопровождается низкой гигиеной полости рта, наличием множественных зубов пораженным кариесом и зубными отложениями. Анкетирование выявило низкий уровень гигиенической осведомленности – 20% женщин не обращают внимания на степень жесткости зубной щетки, туалет полости рта проводится 1 раз в сутки, не используются дополнительные средства индивидуальной гигиены. Еще было выявлено, что с увеличением возраста беременных (например, у лиц 30-34 лет) нарастает и частота (до 80%) кровоточивости десен.

Заключение: От 35 до 55% женщин участвующих в исследовании страдают заболеваниями пародонта, а чаще всего это гингивит у беременных, указывающий на патологию беременности. Первопричиной считают перестройку гормонального фона у женщин в этот период. В результате проведенного исследования мы выявили, что тяжесть поражения зависит не только от протекания беременности, но и от количества предыдущих беременностей, уровня гигиенической осведомленности и ее применения на практике. Рекомендуем своевременно посещать стоматолога, регулярную и удовлетворительную гигиену полости рта.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Нуриддинов А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
azizkhujanuriddinov97@gmail.com*

Главным приоритетом в лечении осложнений кариеса молочных зубов с несформированными корнями является сохранение пульпы. На сегодняшний день особый интерес вызывает материал, который представлен соединением трикальцийагрегата. С биологической точки зрения он имеет прекрасную совместимость и способен вызвать отложения реактивного дентина за счет стимулирования активности одонтобластов, а также репаративного дентина – за счет дифференцировки клеток.

Появление материала МТА открыло новую эпоху в практической терапии, расширив возможности предсказуемой и надежной реставрации дефектов твердых тканей корней зубов. Ранее с этой целью применялись разнообразные материалы: амальгама, цинк-оксид-эвгеноловый цемент, гидроксид кальция, композиты и стеклоиономерные цементы. Однако ни один из них не отвечает всем требованиям, необходимым для восстановления дефектов тканей корня зуба.

Цель исследования: Оценить степень и эффективность действия трикальцийагрегат на регенеративные процессы пульпы молочных зубов с несформированными корнями у детей, на примере 6-го зуба.(1-ый моляр)

Материалы и методы. Провести основные и дополнительные методы исследования 20-25 детей с пульпитами молочных зубов с несформированными корнями.

Результаты и их обсуждение: В результате исследования и применения, биосовместимых и в то же время одонтотропных материалов было отмечено, что трикальцийсиликтонный цемент, не разрушает клетки пульпы, а наоборот обеспечивает условия для дальнейшего формирования твердотканного барьера и может использоваться для защиты пульпы в молочных зубах с несформированными корнями. Исходя из этого, хирургическое вмешательство в незрелой пульпе не сопровождалось постоперативным дискомфортом. Соответственно, регенеративные свойства пульпы постоянных зубов с несформированными корнями выявились быстро (10-14 дней), о чем свидетельствует дентинный мостик на рентгенограмме.

Установлено также, что в присутствии МТА происходит активизация синтетической активности клеток, продуцирующих минерализованные ткани. МТА — единственный реставрационный материал, на поверхности которого может происходить цементогенез. В экспериментах доказано формирование слоя корневого цемента на поверхности материала в случаях экспериментальных перфораций в области фуркации, при ретроградном пломбировании корней и при пломбировании корневых каналов.

Выводы: Таким образом, использование препарата на основе трикальцийагрегата для герметичного лечения молочных зубов с несформированными корнями методом пульпотомии, проявил себя с хорошим

клиническим результатом, который замечен уже через сравнительно короткий период времени. Его использование позволяет не только повысить эффективность эндодонтического лечения у детей, но и значительно сократить его сроки.

Последние разработки в области совершенствования материала МТА связаны с созданием новой формулы материала, имеющей белый цвет. Она более эстетична, не вызывает изменений цвета зубов. Сравнительное экспериментальное исследование реакции подкожной соединительной ткани на серую и белую формы МТА не выявило каких-либо различий. В сроки до 30 дней на поверхности обоих материалов происходит формирование островков минерализованных тканей. Полученные результаты свидетельствуют, что механизм биологического действия белой формы МТА сходен с традиционной серой формой.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПРИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ.

Олимов С.Ш., Бакаев Ж.Н., Бадриддинов Б.Б., Жумаев М.М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Актуальность работы. Знание нормального состояния слизистой оболочки полости рта является необходимым условием точной диагностики ее заболеваний. Проведенными исследованиями определена структура и интенсивность стоматологической патологии среди обследованных одного пола и возраста. Показана взаимосвязь влияния экологических, нутритивных и эндогенных факторов на проявление кариеса, аномалий окклюзии, а также заболеваний слизистой оболочки полости рта [Фирсова И.В. и соавт., 2011].

Слизистая оболочка полости рта при инфекционных заболеваниях бывает вовлечена в патологический процесс. Характер изменений зависит от вирулентности возбудителя, стадии развития заболевания, индивидуальных особенностей организма. Доказано, что вовлечение слизистой оболочки полости рта в патологический процесс отягощает течение основного заболевания [Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., 2014].

По данным существующих исследований, даже в развитых странах более 1/3 детей до 11 лет никогда не были у стоматолога в связи с высокой стоимостью стоматологических услуг [Mertz, Glassman, 2011]. Поэтому задача распространения профилактических мероприятий на более широкие слои населения может быть решена путем изменения модели организации профилактической помощи как в США и Канаде, что позволит, с одной стороны, удешевить доступ к программам профилактики граждан, а с другой снимет со стоматологов нагрузку по оказанию соответствующих услуг [Dental Hygiene Diagnosis, 2010]. При этом в программы подготовки стоматологов-гигиенистов должны быть включены занятия, направленные на овладение навыками теорий социально-психологического анализа для формирования более эффективного плана профилактических мероприятий и повышения

уровня мотивации пациентов в деле улучшения состояния гигиены полости рта и поддержания его на достаточно высоком уровне [Dental Hygiene at a Crossroads, 2009].

Стоматологическая заболеваемость в детском возрасте во многом определяет состояние здоровья людей в последующие годы жизни. Особое место среди стоматологических заболеваний занимают болезни слизистой оболочки полости рта. На основании данных о реальной стоматологической заболеваемости населения страны или региона необходимо осуществлять планирование стоматологической помощи и оценку ее эффективности, получить которые возможно путем проведения эпидемиологического стоматологического обследования.

На сегодняшний день во всем мире проводятся научные исследования, направленные на разработку новых подходов к определению факторов риска формирования и развития, а также ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта с зубочелюстными аномалиями у населения, в том числе у детей. В связи с этим проводится сравнительное обоснование стоматологических заболеваний у детей разных возрастных групп, в том числе заболеваний слизистой оболочки полости рта с зубочелюстными аномалиями, медико-социальных аспектов развития, ранней диагностики, лечения и профилактики данных заболеваний среди детей старшего школьного возраста.

Цель исследования. Выявить факторы риска формирования и развития, заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями.

Материалы: Для выполнения исследований были обследованы 1000 детей от 12 до 18 лет, постоянно проживающие в городе Бухаре. Все дети были распределены в следующие возрастные группы: 12 - 14 лет (n=545, 51,8%); 15 - 18 лет (n=455, 48,2%).

Результаты. Предлагаем путем исключения оставить наиболее значимые факторы риска и планировать профилактические мероприятия исходя из наличия и интенсивности данных факторов риска для детей. Выявление этих факторов риска позволит планировать и проводить профилактические мероприятия для предотвращения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями.

Заключение. Выше проведенный сравнительный анализ по выявлению факторов риска формирования и развития заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями показывают, что, факторы, связанные с анамнезом жизни обследуемого, перенесенными заболеваниями, успеваемостью и занятием физической культурой, образом жизни родителей не могут быть факторами риска, в связи с чем они были исключены как основные факторы риска развития заболеваний слизистой оболочки полости у детей с зубочелюстными аномалиями.

В связи с этим, нужно подчеркнуть, что состояние гигиены полости рта можно использовать в качестве факторов риска развития заболеваний слизистой оболочки полости у детей с зубочелюстными аномалиями старшего

школьного возраста. Оценка данного показателя как других факторов риска развития (состояние микробиоценоза полости рта, состояние факторов местного иммунитета) можно использовать при планировании и проведение профилактических мероприятий по предотвращению заболеваний слизистой оболочки полости у детей с зубочелюстными аномалиями.

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Омонова Ш.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Вопросы сочетанных поражений полости рта и внутренних органов среди проблем стоматологии в настоящее время занимают видное место, так как позволяют отразить сущность генеза заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта (СОПР).

Изменения СОПР зачастую бывают первыми признаками — маркерами, возникающих общесоматических патологических процессов, изучение которых позволяет проводить раннюю диагностику многих заболеваний внутренних органов (Банченко Г.В., Рабинович И.М., 2002). Часто именно стоматологи впервые обращают внимание на изменения в полости рта, характерные для системных заболеваний (Гажва С.И., Постнова И.В., 2005).

Некоторыми авторами (Овчинников А.Ю., 1999, Геращенко Т.И., 1999) приводятся сведения о нарушенной белковой, антиоксической, пигментной, углеводной функций печени, которые сопровождаются поражением органов полости рта. Изменения слизистой оболочки полости рта часто являются начальными симптомами патологии внутренних органов, в частности ЖКТ и печени. При заболеваниях печени наблюдаются изменения и в пародонте у больных с хроническими формами гепатита выделил три степени тяжести гингивита: легкую, среднюю и тяжелую.

Цель: Изучить клинико-функциональные изменения тканей полости рта у больных хроническим гепатитом

Материал и методы: Нами проведены клинические, функциональные и микробиологические методы исследования у двух клинических групп: основной и контрольной. Клиническим методом особое внимание уделялось состоянию десен - их окраске, отечности, атрофическим и гипертрофическим изменениям, кровоточивости.

Обращали внимание также на выраженность и место прикрепления уздечек губ и языка, глубину преддверия полости рта. Функциональным методом Шиллера-Писарева (1963).

После гигиенической обработки полости рта окрашивают десну раствором Jodi puri cristalisati-1,0; Kalii jodati pulu - 2,0 и Agua destill - 40,0 для объективной оценки состояния тканей краевого пародонта использовали пародонтальные индексы.

Степень воспаления десны устанавливали с помощью индекса ПМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный), в модификации К.Parma (1960) (Т.Ф. Виноградова, 1987). Воспаление сосочка (Р) оценивалось в 1 балл, воспаление

десневого края (М) - 2 балла, альвеолярной десны (А) - 3 балла
Микробиологическим методом исследования определяли микрофлору полости рта.

Полученные результаты: Клинические наблюдения проведены на 27 больных с хроническим гепатитом. Из 27 больных 18 были мужчины и 9 женщины в возрасте от 18 до 62 лет.

Жалобы больных в основной группе в основном сводились трещины на губах, красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта сухие, сосудистые расстройства и геммарогические проявления выраженные в области мягкого неба, горечь во рту и жжение языка неприятный запах изо рта у больных гепатитами.

Жалобы больных в контрольной группе в основном сводились гиперемия, отёк и кровоточивости наблюдалась не только на десневых сосочках, но и маргинальной десне, большинство обследованных (22 человек) жаловались на незначительный зуд в деснах, их кровоточивость при механическом раздражении (чистка зубов, прием жесткой пищи).

Из анамнеза удалось выяснить, что заболевание начиналось постепенно, длительно протекало практически бессимптомно. У больных (8 человек – 29,6%), с пародонтитом тяжелой степени, наблюдались подвижность и выпадение зубов, они жаловались на боль и неприятные ощущения в деснах, запахи из полости рта, на гиперестезию твердых тканей зубов.

Изучение гигиенического состояния полости рта у больных хроническом гепатитом показало, что оно было неудовлетворительное, и ГИ равнялся в среднем $2,2 \pm 0,29$. Индекс гигиены как «неудовлетворительный» и «плохой» наблюдался у 28% больных со II степени тяжести основного заболевания и у 85% - III степени тяжести.

Изучение состояния тканей пародонта показало, что у больных хронический гепатит патология тканей пародонта в виде различных форм гингивита, пародонтита и пародонтоза и составляет 88,9%

Особенностями клинического течения заболеваний пародонта являлись преобладание острого и обострившегося течения с абсцедированием в большей мере у больных ХГ 2-3 стадии. При этом большинство из них нерегулярно и некачественно ухаживает за полостью рта.

Заключение: Комплексная оценка неспецифических факторов полости рта у больных с заболеванием пародонта на фоне общесоматической патологии выявила снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, дефицит лизоцима и их прямую зависимость от тяжести заболеваний.

Однако, у больных ХГ выявлено частота и тяжесть поражения твердых тканей зубов и пародонта приводят к нарушению целостности зубных рядов у 94,7% больных ХГ и высокой нуждаемости их в стоматологической помощи.

В связи с этим пациенты с хроническим гепатитом должны обследоваться не только у гастроэнтеролога, но и наблюдаться у стоматолога.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ *NOVAMIN* С ФТОРИДОМ НАТРИЯ У ЛИЦ С ЭРОЗИЕЙ ЭМАЛИ ЗУБА

Островская Ю.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ
ponpronmashite@gmail.com

Эрозия эмали зуба – это мультифакторная нозология, сформированная под воздействием химических, биологических и поведенческих факторов, определение которых важно для причинно-следственной связи развития эрозии эмали зубов у людей. Химические факторы, способствующие образованию эрозии эмали зуба, включают: употребление кислых напитков или продуктов питания, сдвиг рН слюны в кислую сторону, активная или пассивная регургитация желудочного содержимого в ротовую полость, изменения состава или количества минеральных ионов, поступающих с током слюны, связывания ионов кальция с поверхностью пелликулы эмали зуба, агрессивной очистки поверхности зубов. Существуют данные, что количество пациентов, имеющих эрозию эмали, неуклонно растёт. Чтобы предотвратить дальнейшее разрушение зуба, врачам-стоматологам важно иметь представление о возможных мерах профилактики и своевременного оказания терапевтической стоматологической помощи.

Цель: изучить действие зубной пасты, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия, у лиц с эрозией эмали зуба.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 25 волонтеров в возрасте от 18 до 20 лет имеющих эрозию эмали зуба и гиперчувствительность зубов от химических и термических раздражителей. Все волонтеры в течение месяца проводили чистку зубов зубной пастой «Sensodyne», которая содержит патентованную технологию *NovaMin* (биостекло) и фторид натрия, что обеспечивает образование защитного слоя на поверхности обнаженного дентина и эмали зуба. Благодаря этим свойствам снижается чувствительность зубов. Для объективной оценки состояния тканей полости рта до и после чистки использовались стандартные стоматологические гигиенические индексы и измерялись в баллах: упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S) по Greene-Vermillion, индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) по Podshadley, Haley (1968). Перед началом исследования и через 1, 2, 3 и 4 недели после чистки зубов у участников исследования осуществляли сбор нестимулированной смешанной слюны, путём сплёвывания в пробирку в течение 5 минут. После центрифугирования образцов слюны при 3000 об/мин в течение 15 минут, в супернатанте спектрофотометрическим методом определяли активность ферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и выражали в МЕ/л. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: до этапа чистки зубов зубной пастой, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия, у волонтеров проводился

опрос на наличие чувствительности зубов, согласно которому все 100% участников указали на реакцию зубов на изменения температуры окружающей среды: холодные и горячие напитки, холодный воздух, реакция на сладкое, кислое и соленое. При визуальном осмотре в полости рта обследуемых выявлялись зубы с эрозией эмали: у 12 (60%) - в пришеечном крае фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, у 8 (40%) - в пришеечном крае фронтальных и жевательных зубов. Стоматологические гигиенические индексы исходно были высокими: ОНI-S – 2,23 балла, РНР – 2,95 баллов (табл.1).

После чистки зубов с применением зубной пасты, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия, все исследованные гигиенические стоматологические индексы снижались и это снижение носило значимый характер ($p < 0,05$; $p < 0,001$), начиная с 21 дня и до 28 дня чистки зубов. Пациенты отмечали снижение чувствительности зубов после 14 дня чистки зубов зубной пастой, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия.

Примечания: различия достоверны при $*p < 0,05$; $**p < 0,001$ от значений, полученных до чистки зубов.

Активность ферментов АСТ, АЛТ, ЛДГ в слюне после применения зубной пасты, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия, на 7 сутки достоверно ($p < 0,05$) возрастала, и эта тенденция сохранялась до 14 дня использования пастой (табл.2). На 21 и 28 дни показатели ферментов не отличались от исходных значений, полученных до чистки зубов ($p > 0,1$; $p > 0,05$).

Заключение: зубная паста, содержащая технологию *NovaMin* и фторид натрия, оказывает протективный эффект в отношении чувствительности зубов пациентов, о чем свидетельствуют данные по снижению значений индексов гигиены и чувствительности зубов пациентов. Активность ферментов в слюне от начала чистки зубов до первых двух недель увеличивается, что свидетельствует об адаптации тканей полости рта к компонентам зубной пасты. Затем на 3 и 4 неделе пользования чистящим средством активность изученных ферментов в слюне достигает исходных значений. Это характеризует отсутствие негативного влияния на гомеостаз ротовой полости исследуемого чистящего средства, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Попова Е.И.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
porovaelena3190@mail.ru

Травма зубов преобладает в детском возрасте и составляет 5% всех травм с возрастным пиком повреждения 2-4 года во временном прикусе и 8 - 11 лет в постоянном прикусе. Большинство травм зубов во временном и постоянном прикусе затрагивают центральные резцы верхней челюсти. Мальчики травмируются в два раза чаще девочек.

Грамотно и своевременно оказанная неотложная помощь при травме зубов способствует снижению рисков осложнения со стороны сосудисто-нервного пучка и периодонтальной связки, улучшает долгосрочный прогноз зуба,

сокращает реабилитационный период. Особенностью реабилитации детей до 20 лет является отсутствие возможности проведения имплантации. Поэтому первостепенной задачей при травме постоянного зуба на любой стадии развития корня у ребёнка является сохранение его в лунке, по возможности витальным, для временной или постоянной эстетической реабилитации пациента. В случае возникновения заместительной резорбции, например, при полном вывихе (вследствие пересыхания корня), целью отсроченной реплантации будет сохранение вертикального уровня кости для проведения имплантологического лечения в будущем, так как по данным статистики Международной ассоциации дентальной травмы процессы резорбции в детском возрасте приводят к потере анкилозированных зубов в течение 1 - 5 лет.

Комплексное обследование и диагностика пациента необходимы для постановки правильного диагноза, выбора метода лечения и дальнейшего динамического наблюдения. Определение подвижности зуба, проведение перкуссии и проверка чувствительности пульпы, а также рентгенологическое исследование и фотографирование - это то, что необходимо выполнять для фиксации исходной ситуации в анкете пациента, с целью динамического наблюдения на контрольных визитах.

Неосложнённый перелом коронки наиболее часто встречается в постоянном прикусе. Открытые дентинные каналцы могут стать входными воротами для бактериальной контаминации или диффузии токсинов бактерий в ткани пульпы, что приведёт к развитию пульпита. Поэтому важно в кратчайшие сроки с момента травмы создать герметизм "дентинной раны" собственным фрагментом зуба, прямой композитной реставрацией или временным пломбировочным материалом.

При осложнённом переломе коронки неотложное или отсроченное лечение заключается в прямом покрытии пульпы, поверхностной или частичной пульпотомии. Выбор методики будет зависеть от времени, прошедшем с момента травмы. Материалом выбора для проведения данных методик служит минерал триоксид агрегат (МТА), который, как доказано, приводит к формированию дентинного мостика более чем в 90% случаев.

Зачастую травма твёрдых тканей зуба сочетается с повреждением опорно-удерживающего аппарата. В зависимости от вида травмы опорно-удерживающего аппарата и стадии формирования корня зависит прогноз заживления сосудисто-нервного пучка и периодонтальной связки зуба, а также риск развития посттравматических осложнений, таких, как инфекционно-воспалительная резорбция, заместительная резорбция и анкилоз.

Неотложной помощью при вывихах и переломе корня будет оптимальная репозиция и иммобилизация в кратчайшие сроки с момента травмы. При вывихах используют полужесткий тип шинирования сроком от 2 до 6 недель в зависимости от вида вывиха. При переломе корня применяют жёсткое шинирование сроком до 3 - 4 месяцев. При всех видах вывихов риск некроза сосудисто - нервного пучка при сформированном корне колеблется от 57% при экстррузивном вывихе и до 100% при вколоченном вывихе. Принимая во внимание данную статистику, необходимо начать эндодонтическое лечение в

зубах со сформированным корнем не позднее двух недель с момента травмы. В зубах с несформированным корнем возможен вариант реваскуляризации с последующим ростом корня в длину или облитерацией корневого канала. Но необходим постоянный контроль за состоянием пульпы для профилактики развития осложнений. Классическими признаками некроза пульпы являются изменение цвета коронки, отсутствие реакции при проверке чувствительности, наличие очага разряжения в апикальной области, возвращение чувствительности при перкуссии, остановка развития корня. Если выявлено два признака некроза пульпы и более, рекомендовано эндодонтическое лечение.

При интрузии зуба с несформированным корнем возможно репрорезывание, и когда это происходит, исход лечения наиболее благоприятен. Если в течение трёх недель движение зуба не отмечается, рекомендуется быстрая ортодонтическая экстррузия. В сформированных зубах необходимо провести хирургическую или ортодонтическую репозицию в кратчайшие сроки с момента травмы. Затем необходимо провести эндодонтическое лечение в профилактических целях.

Наиболее важными факторами, влияющими на раневой процесс при переломе корня, являются расположение линии перелома, степень первичного смещения (вывиха) коронального фрагмента и стадия развития корня на момент травмы. При значительном смещении коронального фрагмента, например, экстррузии или полном вывихе рекомендовано начать эндодонтическое лечение, чтобы предупредить начало инфекционно-воспалительной резорбции вестибулярной кортикальной пластинки. При переломе корня в средней и апикальной трети эндодонтическое лечение проводится только коронального фрагмента.

При авульсии исход лечения в значительной степени зависит от продолжительности экстраальвеолярного периода и используемой среды хранения зуба. Неотложной помощью будет немедленная или отсроченная реплантация зуба в лунку и шинирование. Реваскуляризация может произойти в зубах с незавершенным формированием корня, если экстраальвеолярное время не более 5 минут, то есть выполнена немедленная реплантация, а длина пульпы около 17 мм (I - II стадия формирования корня). В зубах с сформированным корнем прогноз для пульпы неблагоприятный, поэтому выполняется плановое эндодонтическое лечение в течение 7 - 10 дней после реплантации. Если проведена немедленная реплантация зуба (менее 60 минут), то выполняется полужесткий тип шинирования сроком на 2 недели, именно столько времени необходимо для частичного восстановления периодонтальной связки. Если реплантация была в отсроченном периоде (более 60 минут), тогда следует выполнить жёсткий тип шинирования и увеличить срок до 4 - 6 недель. Это связано с полной гибелью периодонтальной связки зуба, в результате чего произойдёт прогрессирующая резорбция корня зуба. Мы заведомо вызываем развитие анкилоза в данной ситуации, чтобы до 14 лет у мальчиков и до 12 лет у девочек, т.е. до пубертатного скачка роста, можно было применить метод декоронации, который даст возможность сохранить и поддержать рост альвеолярного отростка в сегменте.

Лечение травм молочных зубов отличается от лечения постоянных зубов. Основными критериями для выбора метода лечения будет уровень коммуникации с ребёнком и риск повреждения зачатка постоянного зуба при развитии осложнений. Таким образом, при переломе корня со смещением коронального фрагмента методом выбора является экстракция только этого фрагмента. Апикальный фрагмент можно оставить для физиологической резорбции. При всех видах вывиха с тяжёлой формой смещения показано удаление зуба. При авульсии реплантация молочных зубов не проводится. При потере зуба раньше физиологической смены требуется профилактическое ортодонтическое лечение. При переломе коронки временного зуба тактика лечения совпадает с тактикой лечения постоянных зубов, при условии хорошей кооперации со стороны ребёнка.

Оптимальными сроками для динамического наблюдения за состоянием сосудисто-нервного пучка и раннего выявления осложнений являются 2, 4, 6 - 8 недель, 3, 6, 9 месяцев и 1 год. Серьёзные осложнения процесса заживления, в частности резорбция, обусловленная анкилозом, могут возникнуть в отдалённые сроки, поэтому необходимо динамическое наблюдение ежегодно в течение 5 - 10 лет с момента травмы.

Дентальная травма - это ситуация, которая требует командной работы. С грамотно собранной информацией административного звена, обследования пациента и оказания неотложной помощи детским стоматологом, терапевтом, хирургом до подключения на дальнейших этапах гигиениста, эндодонтиста, ортодонта и ортопеда. Только комплексный подход к проблеме дентальной травмы позволит добиться максимальных результатов в реабилитации пациента.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ

Прийма Н.В., Козуб Д.Ф.

*Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»
Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского
dariya.kozub@yandex.ru*

Введение. В настоящее время наиболее распространенным методом лечения острого начального кариеса является реминерализирующая терапия, в частности, метод глубокого фторирования. Однако, при разрушении белковой матрицы эмали в области «меловидного пятна» реминерализирующая терапия часто оказывается неэффективной, что требует выбора более инвазивного метода лечения. С целью максимального сохранения твердых тканей зуба на начальном этапе развития кариеса предпочтение следует отдавать минимально-инвазивным техникам лечения кариеса. Одним из таких методов является метод инфильтрации эмали Icon (Infiltration Concept).

Целью исследования являлось сравнить и проанализировать эффективность метода инфильтрации Icon и метода глубокого фторирования в комплексном лечении острого начального кариеса.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 23 студента в возрасте 18-24 года, у которых диагностирован острый начальный кариес

(МКБ-10 K02.0 кариес эмали). В результате осмотра обнаружили «меловидное пятно» в 42 зубах обследуемых. Для определения степени деминерализации эмали использовали витальное окрашивание 2% раствором метиленового синего, оценку окрашивания проводили по 10-бальной шкале интенсивности синего. Пациентам произведена профессиональная гигиена полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены. Назначено общее лечение: витаминно-минеральный комплекс «Кальций-Д3 Никомед», аппликации геля для реминерализации GC Tooth Mousse. В зависимости от местного лечения пациенты поделены на группы: основная группа (15) –терапию кариеса проводили методом инфильтрации Icon, группа сравнения (15) –применяли методику глубокого фторирования «Трифторид», контрольная группа (12) – местное лечение не проводилось. Через 30 дней оценивали результаты комплексного лечения по размерам кариозных пятен и способом витального окрашивания.

Результаты исследования. При оценке степени деминерализации эмали в области «меловидного пятна» методом витального окрашивания, было выявлено, что до лечения во всех группах наблюдения выявлена высокая степень деминерализации эмали: в основной группе средняя интенсивность окрашивания пятна составила $6,1 \pm 0,8$; в группе сравнения - $6,3 \pm 0,2$; в контрольной группе - $5,9 \pm 0,9$. После проведенного лечения в основной и сравнительной группе «меловидные пятна» при визуальном осмотре стали менее четкими или полностью исчезали. Интенсивность окрашивания эмали в области очагов начального кариеса после лечения в основной группе составила $1,1 \pm 0,2$ баллов (снизилась в 5,5 раз) при $p < 0,05$, в группе сравнения - $1,5 \pm 0,6$ баллов (снизилась в 4,2 раза), в контрольной группе - $4,2 \pm 1,0$ баллов (уменьшилась в 1,4 раза). Во всех зубах в основной группе и в 80% случаев в группе сравнения очаги кариозного процесса не визуализировались после лечения, в то время как в контрольной группе уменьшение размеров пятна отмечено в 67%, а в 33% наблюдений «меловидное пятно» осталось без изменений.

Выводы. Проведенное в ходе исследования изучение эффективности современных методов минимально-инвазивного лечения острого начального кариеса показало, что инновационный метод инфильтрации Infiltration concept является более результативным и быстрым способом терапии начального кариеса по сравнению с методом глубокого фторирования.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТКИ ГЛОССАЛГИИ В СТОМАТОЛОГИИ.

Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К.

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Глоссалгия – заболевание полости рта, не имеющее явных патогенетических причин. Болезненность и жжение языка возникают на клинически не измененной слизистой оболочке языка и сопровождаются покалыванием и чувством онемения. Иногда схожие симптомы наблюдаются в

области губ, твердого неба, очень редко болезненные ощущения охватывают всю слизистую оболочку рта. В таких случаях заболевание называется стомалгией.

Распространенность глоссалгии велика. По данным В. М. Назарова и В. Д. Трошина, она составляет 20–25% среди больных с заболеваниями слизистой оболочки рта [2008].

Практические врачи часто ошибочно диагностируют это заболевание, не имея четкого представления о его этиопатогенезе. В связи с этим отсутствуют положительные результаты лечения [Siccoli M. M., 2006].

В настоящее время глоссалгия считается полиэтиологическим заболеванием. В патогенезе главная роль принадлежит вегетативной нервной системе. Эти нарушения носят чаще функциональный, нежели органический характер [А. М. Вейна., 2003; Григорьева В. Н., 2004].

В этиологии глоссалгии выделяют местные и общие факторы. Довольно часто глоссалгия возникает после протезирования. Считают, что её могут спровоцировать травма при препарировании и ортопедических манипуляциях, гальваноз при разноименных металлических включениях в полости рта [Klasser G. D., Fischer D. J., Epstein J. B., 2008.], аллергические реакции на протезы из акриловой пластмассы. Ряд больных указывают на возникновение жжения в языке после травматического удаления зубов, после инъекций.

Несмотря на то что местные факторы оцениваются большинством пациентов как причина болевых ощущений, санация полости рта обычно не приносит желаемого результата [Шток В. Н., 2003.].

Главенствующую роль в развитии глоссалгии отводят общим факторам [Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Воложин А. И., 2008.]. У пациентов наблюдаются заболевания нервной системы, патология желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения (диабет, климакс), сосудистые нарушения (атеросклероз, гипертоническая болезнь), остеохондроз шейного отдела позвоночника.

По современным представлениям, глоссалгия – один из симптомов общих заболеваний, а местные раздражители лишь способствуют её проявлению [Hentschel K., 2005; Куприянов И. А., 2008.].

Для каждого пациента, страдающего глоссалгией, должна разрабатываться индивидуальная схема лечения. В любом случае необходимы этиологическое, патогенетическое и симптоматическое воздействие, расширенная санация полости рта (лечение заболеваний зубов, пародонта, рациональное протезирование, создание нормальной высоты прикуса). Одновременно следует проводить обследование, а затем и лечение выявленных заболеваний у других специалистов (невролога, психотерапевта, эндокринолога и др.)

Таким образом, можно сделать вывод, что глоссалгия является полиэтиологическим заболеванием, однако роль нервной системы вообще и вегетативной в частности является определяющей. Значение местных травмирующих факторов, которые зачастую переоцениваются пациентами, довольно велико, но не является ведущим. Глоссалгия не существует

изолированно, а протекает на фоне заболеваний различных органов и систем. Более чем в половине случаев имеет место сочетание различных патологий.

Для получения положительных результатов лечение глоссалгии должно быть комплексным, последовательным и преемственным.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГЛОССАЛГИЕЙ.

Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К.

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Частота глоссалгии в структуре стоматологических заболеваний составляет 0,5-5,0% (Е.В. Боровский, А.Ж. Машкилейсон, 1984), а среди патологии слизистой оболочки полости рта встречается до 30% (Л.И. Глебова, И.Б. Трофимова, 1998; Ю.Н. Никифорова, 2001).

Патогенетической основой заболевания считается тканевая гипоксия и нарушения микроциркуляции, обусловленные дисбалансом в вегетативной иннервации (А.К. Иорданишвилли, 1986; Е.Н. Дычко, 1990; В.М. Безруков 2001; Э.Г. Борисова, 2004) и дезрегуляцией центральных ноцицептивных структур головного мозга (Fiel P.L., Rowbthan M.C., 1994).

Хотя считается, что провоцирующими факторами глоссалгии являются заболевания внутренних органов (С.А. Хамидуллина, 1998; Ю.Н. Никифорова 2000; А.К. Иорданишвилли, 2001; В.Е. Гречко 2012) и психотравмирующие ситуации (М.Н. Пузин с соавт., 1999; В.М. Безруков, 2001; Э.Г. Борисова, 2001; М.А. Шерман с соавт., 2006; Л.Н. Казарина, 2008; Bergdahl V.J., Anneroth G., Perris H., 1995).

Учитывая высокую распространенность данного заболевания, сложность в выявлении причинного фактора, схожесть жалоб с другими заболеваниями, довольно стойкий болевой компонент и непродолжительные сроки ремиссии,

исследования данной патологии и изыскание оптимальных методов терапии являются актуальными.

Глоссалгия, или боль в языке - заболевание, характеризующееся хроническим течением, упорными, зачастую изнуряющими болями в виде жжения в различных областях слизистой оболочки ротовой полости, и иногда распространяющиеся на кожу лица и слизистую пищевода.

Учитывая такую распространенность боли и ее характер, в последнее время все чаще применяют термин: стомалгия, или синдром жжения полости рта (М.Н. Пузин, 1999; Ю.Н. Никифорова, 2001). Вместе с тем боль при синдроме жжения полости рта (СЖПР) может быть и другого характера. Так, по данным Ю.Н. Никифоровой (2001), в 58,9% случаев пациенты характеризовали боль в виде чувства жжения; в 9,4% -покалывание; в 5,8% - нетерпимого характера; в 3,5% - чувство тяжести, либо увеличения языка; в 9,4% - пощипывание; в 13,0% - боль сочетанного характера. Наряду с жалобами на боль в полости рта, у этих пациентов отмечается повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна, плаксивость, чувство страха, канцерофобия (Г.И. Ронь. 1994; М.Н. Пузин, П.И. Скуридин, 2010).

Считается, что провоцирующими моментами в возникновении СЖПР являются местные факторы: травмирование слизистой оболочки полости рта некачественно изготовленными пломбами и ортопедическими конструкциями (В.Ю. Курляндский, Л.Д. Гожая, 1974; И.Е. Матусов с соавт., 2000; Е.С. Михайлова, 2007; Л.Д. Гожая, 2010), разнородность металлов в стоматологических ортопедических конструкциях (С.Т. Пырков, 1990; К.А. Лебедев с соавт., 2010), снижение окклюзионной высоты при патологической стираемости или потери зубов (М.А. Рубина, 1974).

Так, по данным В.М. Безрукова (2001) при изучении психоэмоционального и неврологического статуса 58 больных глоссалгией установлено, что в возникновении заболевания ведущую роль играет стресс. Нейрофизиологический анализ ЭЭГ у этих больных выявил выраженные генерализованные перестройки ритмической активности головного мозга.

По данным Л.В. Вдовиной (2001) у пациентов с глоссалгией в слюне изменяется ферментативная активность лактатдегидрогеназы, обусловленная увеличением анаэробов над аэробными микроорганизмами. Зависимости между соматическими заболеваниями и активностью фермента автором не выявлено.

По данным Т.С. Степановой и Э.П. Дегтяревой (1988) у больных глоссалгией при исследовании головного мозга путем электроэнцефалографии (ЭЭГ) определяются биоэлектрические сдвиги, свидетельствующие о глубокой дезорганизации его деятельности.

В проведенных исследованиях А.Д. Соловьева, (1989), Н.В. Гришина, (1999), Л.Г. Турбина с соавт., (2006), R. Marino et al, (2009) выявлена постоянная ревербация возбуждения с выраженным дисбалансом нейромедиаторной системы головного мозга, высоким активационным сдвигом на ковоксимальной ЭЭГ.

Однако, подобные изменения биоэлектрической активности головного мозга наблюдаются при психо-невротических состояниях (Э.Г. Борисова, 1995), эпилепсии (Г.С. Бурд, 1998), вегетативной дистонии (В.Е. Гречко, 1994), астено-фобическом, астенодепрессивно - ипохондрическом, неврастеническом синдромах (Ю.А. Курако, 1989; Ю.А. Александровский, 1995; В.Ф. Матвеев, 1998).

Таким образом, в настоящее время глоссалгия остается до конца не изученными заболеваниями слизистой оболочки рта. Возникает множество вопросов и противоречий в терминологии, диагностике данных поражений языка. При диагностике большое внимание следует уделять консультациям смежных специалистов для сбора более полного анамнеза.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ДЕТЕЙ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Ризаев Ж.А., Ахтамов Ш.Д., Хазратов А.И., Камариддинзода М.К.

*Самаркандский государственный медицинский институт
alisherxazratov@mail.ru*

Психоэмоциональное состояние пациента перед операцией определяется его характерологическими особенностями, в том числе такой чертой характера,

как тревожность. Тревога в норме — это защитная реакция, позволяющая адаптироваться в условиях повышенной опасности. Степень тревожности как личностной характеристики психоэмоционального состояния определяет степень ситуативной тревоги перед предстоящим оперативным вмешательством в условиях общей анестезии, тревоги о дальнейшей судьбе после установления серьезного диагноза, о неизвестности прогноза болезни, в связи с различными видами обследования. Неадекватную премедикацию считают анестезиологическим осложнением, так как предоперационное эмоциональное напряжение в отсутствие антистрессовой защиты негативно сказывается на практически всех функциях организма, увеличивая степень операционного риска и риска развития периоперационных осложнений.

Существует лечебная и профилактическая премедикация: лечебная премедикация предусматривает предоперационную коррекцию нарушенных жизненно важных функций, а профилактическая направлена на профилактику возможных осложнений предстоящего оперативного вмешательства в условиях общей анестезии.

В нашем исследовании мы использовали препарат «Тенотен». Он представляет собой противотревожный препарат, обладающий широким спектром психотропной и нейротропной фармакологической активности.

Цель работы. Сравнительное изучение эффективности препаратов «Тенотен» и «Ново-пассит» для премедикации при проведении операций в ротовой полости.

Материалы и методы исследования. В наблюдениях приняли участие 64 пациента в возрасте от 10 до 18 лет. Из них была отобрана группа в количестве 51 человек, 80% (32 девочек и 19 мальчиков), у которых были выявлены проявления эмоционального стресса: негативное поведение, беспокойство, страх, повышенная двигательная и вербальная активность. Пациенты с сопутствующей патологией и с отсутствием тревоги в данное исследование не включались.

В исследовании использовали клинический и психологический методы. Клинический метод включал наблюдение, опрос и измерение вегетативного статуса (ЧД, А/Д, ЧСС до и после премедикации). В качестве психологического метода использовали шкалу MDAS (Modified Dental Anxiety Scale). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS.

В шкале MDAS по бальной системе оценивалось поведение до лечения и после премедикации через 30 минут: 1 балл - позитивное поведение; 2 балла - нейтральное поведение; 3 балла легкие признаки негативного поведения; 4 балла средние признаки негативного поведения; 5 баллов - сильные признаки негативного поведения. Поведение больных оценивалось по выражению лица, речевой активности, скорости подхода и расположению в кресле, наличию двигательных реакций.

По результатам проверки гипотезы о равенстве физиологических показателей, а также показателей по методике MDAS в разных группах с использованием непараметрического критерия для нескольких независимых выборок Краска – Уоллиса, непараметрического критерия для двух

независимых выборок Манна – Уитни можно заключить, что гипотеза о равенстве физиологических показателей (пульс, ЧД, АД) и показателей по методике MDAS не подтвердилась, следовательно, можно принять альтернативную гипотезу о наличии различий измерявшихся показателей.

При сравнении групп испытуемых, принимавших тенотен и ново-пассит было обнаружено, что у пациентов, получавших тенотен, показатели пульса и ЧД до и после приема препарата были значимо выше («до» – соответственно $p=0,004$ и $p=0,002$, «после» – $p=0,02$ и $p=0,01$). Из этого можно сделать вывод, что ново-пассит оказывает более выраженное положительное действие, чем тенотен.

Однако после приема ново-пассита у 39% пациентов наблюдались побочные эффекты в виде мышечного расслабления, сонливости, замедления скорости рефлекторного ответа. На фоне премедикации тенотена такие побочные эффекты не наблюдались.

Таким образом, сравнительная оценка эффективности препаратов ново-пассит и тенотен в качестве средства премедикации на стоматологическом приеме показала, что тенотен обладает более высоким анксиолитическим эффектом. Препарат хорошо переносился. Наблюдаемая под влиянием препарата тенотен надежная корреляция психоэмоционального статуса пациента помогает выстроить обстановку психологического комфорта для пациента и врача, избежать осложнений в процессе лечения и после него. Препарат эффективен, безопасен, его можно рекомендовать для широкого применения в стоматологической практике в качестве дневного транквилизатора пациентам со средней и выраженной степенью боязни и страха в дозе 2+1 таблетка.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД МЕТОДИКИ ЛИКВИДАЦИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

Сабилов Э.Э., Боймуратов Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

sabirov.elyor@tma.uz

Актуальность. Рецессия десны встречается по разным данным до 77,2% и даже 99,2% случаев, в основном у пациентов с тонким биотипом. Из факторов, способствующих развитию и прогрессии формирования рецессий, наиболее значимыми являются: общесоматические заболевания (в первую очередь сердечно-сосудистой системы, шейный остеохондроз), наличие травматических уздечек и выраженных мышечных тяжей, травмирующие движения при чистке зубов, присоединившийся вторичный пародонтит, неправильное проведение разрезов на десне, зубо-альвеолярное удлинение, ортодонтические аномалии положения зубов и окклюзии. Поэтому, говоря о прогнозе сохранения функции зубов и закрытия рецессий, мы предпочитаем учитывать не столько классификационные моменты, но данные проведенного комплексного обследования конкретного пациента.

Цель исследования. Определить наиболее эффективные и менее травматичные методы лечения рецессии десны.

Материал и методы исследования . Проведено клиническое обследование 60 больных (2018-2021 г) с рецессией десны обратившихся в стоматологическую отделение 2 клиники ТМА и в 2 детскую стоматологическую поликлинику Юнусабадского района. Всем больным проводили клинико-лабораторные методы исследования. Клинический осмотр включал расспрос жалобы, анамнез заболевания и жизни больных, осмотр полости рта, выявления причины рецессии. Всем больным измеряли уровень рецессии десны перед началом ортодонтического лечения и в динамике на 14, 21, сутки, через 3 и 6 месяцев. В зависимости от примененных методов лечения больных разделили на 3 группы:

1 –ю группу составили 20 больных, была проведена операция по закрытию рецессий ССТ с эпителиальной краевой полоской по конвертной методике.

2-ю группу составили 20 больных, с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба с применением ССТ в сочетании в коронарным смещением лоскута

3-ю группу составили 20 больных, которым коронально смещенного лоскута + соединительно-тканного трансплантата (СТТ) с уздечку.

Результаты исследования. 1 –я группа. Хирургическое лечение рецессий 1–2 класса по Миллеру наиболее эффективно при использовании ССТ с сохранённой эпителиальной краевой полоской по конвертной технике и приводит к хорошему эстетическому результату и функциональной стабильности с эффективностью 90,7%.

2 –я группа. Использование ССТ в сочетании с коронарно смещённым слизистым лоскутом даёт хороший эстетический результат и позволяет закрыть рецессии 1–2-го и в некоторых случаях 3-го класса по Миллеру глубиной не более 3 мм в 93,5% случаев, особенно в переднем отделе нижней челюсти и в боковых отделах верхней челюсти, где выражены натяжения околотротова мимических мышц.

3 –я группа. Описана хирургическая методика, которая позволяет успешно устранить одиночную рецессию десны. Получение ССТ в области верхней уздечки губы в ряде случаев позволяет совместить две плановые хирургические процедуры в одну: закрытие рецессии десны (94,5%) и френулоэктомию. Получение ССТ в области верхней уздечки губы позволяет избежать забора трансплантата с неба, что ведет к меньшему послеоперационному дискомфорту и уменьшает риски осложнений.

АЛМАШИНУВ ТИШЛОВЛИ БОЛАЛАРДА АРАЛАШ СЎЛАК ЭЛЕМЕНТ ТАРКИБИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Саидов А.А., Бободўстов У.К.

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон
akbar_saidov_1980@mail.ru*

Ҳозирги кунда Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан ер қураси аҳолиси орасида кузатилаётган касалликлар номенклатурасида қатор ўзгаришларни, жумладан янги турдаги касалликларнинг аниқланиши, касалликлар клиникасидаги симптоматик номутаносибликлар ёки янгича

этиоомилларнинг асоратидан организм химоя тизимидаги ўзгаришларни санаб ўтишимиз мумкин. Сўнгги йилларда олиб борилган изланишлар тиш-жағ аномалияларидаги морфофункционал ўзгаришларига нафақат танадаги умумий касалликлар ёки экологик салбий омиллар балки, оғиз бўшлиғи микробиоценозидаги ўзгаришлар, гомеостатик мувозанатни бузилишига ва айнан макро-микроэлемент кўрсаткичига таъсири ҳам сабаб бўлишини кўрсатмоқда.

Тиш-жағ аномалиялари мавжуд бўлган 7 ёшдан 14 ёшгача бўлган 16 нафар соғлом болада ва тиш жағ тизими нуқсонлари мавжуд бўлган 54 нафар болаларда оғиз бўшлиғи суюқлиги таркибида - Са, Fe, К, Mg микдорини аниқланди. Тиш-жағ аномалиялари бор барча беморлар клиник текширувни ўз ичига оладиган кўриқдан ўтказилиб анамнез йиғилди ва аномалияларни Энгль таснифи бўйича ташхисладик. Шунингдек барча ўсмир ва болаларда юз ва бошнинг антропометрик текшируви ва жағнинг диагностик моделларини таҳлили ўтказилди.

Тишлар ўлчамининг ўзоро мослиги ва тиш қаторларинг кенгиги Pont бўйича, сагиталь ўзгаришлар Korkhaus усули бўйича, тиш ёйи сигменти ўзоро муносабати ва тиш қаторлари шакли ва муносабати Gerlach бўйича ўрганилди, тиш қаторидан ташқари тишларнинг сагиттал, трансверсал ва вертикал текисликдаги ҳолати баҳоланди. Ҳар бир текширилувчидан оғиз бўшлиғи суюқлигини таркибий қисмидаги кўзғатилмаган - Са, Fe, К, Mg микдорини ўрганиш учун сўлак йиғиш поликлиникада эрталаб соат 8 дан то 9 гача оч қоринда олиб борилди. Барча гуруҳдаги текширилувчи беморларни тишлари олдиндан сифатли тозаланди ва беморлардан сўлак ажралишини кўзғайдиган муолажалар олиб борилмаслиги тўғрисида тушинтирилди. Элемент таркибини ўрганиш жараёнида 0,9 мл оғиз бўшлиғи суюқлиги кўзғатилмаган қисми бевосита оғиз бўшлиғидан йиғилиб аралаш сўлак 8000 об/мин тезликда 15 дақиқа центрифугаланди. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг кўзғатилмаган қисмидан ҳосил бўлган чўкмаси махсус пробиркага қуйилиб 30 °С ҳароратда сақланди.

Оғиз бўшлиғи суюқлигини кўзғатилмаган қисми элементлар таркибини ўрганиш «БиоХимМак» (Россия) фирмасининг коммерция наборлари реактивлари ёрдамида автоматик биохимиявий анализаторда амалга оширилди.

Олинган тадқиқот натижалари «Microsoft Excel XP», «Statistica 6.0» дастурида статистик ишлов берилди, Стьюдент меъзонида ҳисобланди, фарқлар орасидаги ҳаққонийлик коэффиценти кореляцион таҳлил қилинди ва фарқлар орасидаги $p < 0,05$ эътиборга олинди.

Текширилган мактаб болалари оғиз бўшлиғи суюқлиги микроэлемент таркибини ўрганиш натижалар шуни кўрсатадики, тиш-жағ аномалиялари мавжуд текширилган мактаб болалари сўлагига К элементи ионлари микдори ўртача 1,9 мартага ошган. Оғиз бўшлиғи суюқлигида кўзғатилмаган Са элементи ионларининг ошиши тиш-жағ тизимининг элементга юқори эҳтиёждан далолат беради, чунки Са ионларининг сўлакдаги концентрацияси қондаги Са концентрациясига боғлиқ.

Худди шундай ўхшаш ўсиш сурати нисбатан К ионларига ҳам кузатилиб, оғиз бўшлиғи суюқлигидаги кўзгатилмаган концентрацияси ўртача 1,6 мартага ошади. Бу ҳолатни тиш-жағ тизими ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати калий ионларига нисбатан эҳтиёжи ошиши билан сўлак безлари калий ионларини сўлакга секрециясини ошириши билан изохлаш мумкин. Хужайра метоболити бўлган Mg ионлари назорат гуруҳи билан таққослаганда ўртача 36% га пасайиши кузатилади. Ҳолатни Mg ионларининг оғиз бўшлиғи суюқлигидаги бундай ўзгариши, унинг қондаги паст концентрацияси билан боғлиқ бўлишлиғи ва натижада нерв хужайраларидаги метаболик жараёнларнинг бузилишига олиб келиши билан изохлаш мумкин.

Тиш-жағ аномалиялари мавжуд мактаб болаларининг оғиз суюқлигида сезиларли даражада Fe моддасини экскрециясини ошиши ва магний миқдорини камайиши, оғиз бўшлиғида оксидатив стрессни фаоллаштиради ва бу аралаш сўлакдаги макроэлементлар дисбалансини тезлашишига олиб келувчи сабаблардан бири бўлиб, иммунопатологик ҳолатга олиб келувчи мойилликнинг шаклланишига сабаб бўлади.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Сафоев М.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
muhammadnodir.safoyev@gmail.com*

Нарушения, происходящие в микроциркуляторном русле тканей пародонта, являются ведущими в ходе развития заболеваний пародонта. Наибольшие изменения выявляются на уровне капилляров: снижение тонуса и эластичности сосудов, снижение скорости кровотока и развитие гипоксии тканей пародонта и, как следствие, развитие состояния гиперкоагуляции и усиление тромбообразования в сосудах пародонта.

Ведущими компонентами патогенеза воспалительного процесса при хроническом пародонтите являются структурные и функциональные повреждения стенки сосудов, сопровождающиеся развитием эндотелиальной дисфункции, нарушениями трофики и репаративной регенерации тканей пародонта. Однако до настоящего момента малоизученной остается роль нарушений антиагрегационной, антикоагулянтной, фибринолитической активности внутрисосудистого компонента в патогенезе развития и прогрессирования воспалительного процесса в тканях пародонта, их взаимосвязь с системной активацией процессов липопероксидации, недостаточностью антирадикальной защиты клеток крови и тканей пародонта.

При изучении характера нарушений агрегации тромбоцитов у пациентов с умеренной формой ИПП было обнаружено дальнейшее нарушение их функциональной активности, проявляющееся увеличением максимальной степени агрегации, максимальной скорости агрегации, максимального размера образовавшихся агрегатов тромбоцитов и максимальной скорости образования наиболее крупных агрегатов тромбоцитов по сравнению с данными пациентов с

легкой степенью тяжести ИПП и аналогичными значениями контрольной группы лиц.

Повышение агрегационной активности тромбоцитов при ПДП средней степени тяжести развивалось на фоне недостаточных антитромбогенных свойств сосудистой стенки, что выражалось в снижении показателей антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности сосудов по сравнению с таковыми у сосудов. контроль и у пациентов с легкой степенью PDP.

Полученные данные свидетельствуют о прогрессировании процессов повреждения эндотелиальных клеток, развитии эндотелиальной дисфункции как одного из патогенетических факторов развития микротромбоза при развитии умеренных форм PDP.

Как известно, повреждение эндотелия сосудов и обнажение субэндотелиальных слоев запускают реакции агрегации, коагуляции, предотвращают кровопотерю, вызывают развитие спазма сосудов, который не устраняется даже при денервации сосуда. Прекращается образование антиагрегантов. При кратковременном действии повреждающих агентов эндотелий продолжает выполнять защитную функцию, предотвращая кровопотерю. Но при длительном повреждении эндотелия он начинает играть ключевую роль в патогенезе ряда системных патологий.

Обобщая полученные результаты в целом, следует сделать вывод, что развитие быстро прогрессирующего пародонтита происходит на фоне системных нарушений обмена веществ, фазовых изменений агрегационной способности тромбоцитов и прогрессирующей недостаточности тромборезистентности сосудистой стенки.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРПАРАТА АСКОЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА

Сыздыкаева С.М., Сулейменова С., Мухамадиева А., Садыкова А., Изгуттинова А.

*НАО «Медицинский университет Семей»
syzdykaeva-sayrangul@mail.ru*

Актуальность: Слизистая оболочка полости рта и пародонта заселена множеством микроорганизмов. При ослаблении иммунитета равновесие между местной бактериальной флорой и защитными силами организма нарушается, что способствует развитию инфекционного процесса в слизистой оболочке полости рта и пародонта. Поэтому лечебные мероприятия у таких больных должны быть направлены не только на ликвидацию клинических симптомов воспаления, но и на усиление факторов местной и общей иммунной защиты

Целью работы явилась клиническая и лабораторная оценка эффективности применения препарата «АСКОЦИН» в составе комплексного лечения заболеваний слизистой полости рта и пародонта

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 29 больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени

тяжести в стадии обострения воспалительного процесса, с язвенным гингивитом (10 мужчин и 19 женщин в возрасте от 31 до 55 лет, основная группа. Все пациенты с обострением ХГП были выделены в две подгруппы: «А» – 15 больных получали стандартное комплексное пародонтологическое лечение без использования «Аскоцина»; «В» – 14 больных, помимо такого же стандартного лечения, для активации воспалительных заболеваний слизистой оболочки ротовой полости и пародонта успешно применялся препарат АСКОЦИН с приятным апельсиновым вкусом от группы компаний «Кусум». В зависимости от характера и течения заболевания препарат назначался внутрь после еды по 1 таб. 2 раза в сутки в течении 14-20 дней. АСКОЦИН содержит рациональную комбинацию компонентов, представленную 500 мг аскорбиновой кислоты (в чистом виде и в виде ее солей), а также 15 мг цинка.

Для оценки гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта рассчитывали клинические индексы. В рамках лабораторного исследования в смывах из полости рта и в десневой жидкости оценивали количество лейкоцитов, определяли фагоцитарную активность нейтрофилов В ротовой жидкости оценивали содержание секреторного иммуноглобулина А (sIgA).

Результаты исследования: После проведенного комплексного лечения к концу месяца исследования объективно отмечено улучшение состояния тканей пародонта. Показатели гигиенического индекса снизились на 48,4 и 56,7% соответственно в подгруппах «А» и «В» ($p < 0,05$). Среднее значение индекса РМА уменьшилось в подгруппе «А» на 79,4%, а в подгруппе «В» – на 83,9% ($p > 0,05$). Уменьшилось число пациентов с симптомом кровоточивости десны.

Выводы: Включение в схему комплексного лечения пациентов с заболеваниями полости рта и пародонта «Аскоцина» приводит к активации фагоцитоза нейтрофилов и усилению эмиграции лейкоцитов, более быстрому исчезновению клинических проявлений заболевания и позволяет рекомендовать препарат АСКОЦИН в комплексном лечении заболеваний полости рта

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ

С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ташкенбаева И.У.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
itashkenbayeva@inbox.ru*

Детям с детским церебральным параличом (ДЦП) состоянию полости рта не уделяется должного внимания, так как тяжесть основного заболевания отесняет его на второй план. Нарушения двигательной функции при ДЦП затрудняют проведение качественной чистки зубов детьми, а поскольку наличие зубного налета является фактором риска возникновения основных стоматологических заболеваний (кариес, болезни пародонта), то особую актуальность приобретает оценка гигиенического состояния полости рта у

детей с ДЦП с последующими рекомендациями по ее коррекции. Недостаточная гигиена полости рта, неблагоприятные условия для самоочищения зубов, нахождение зубов в неполной окклюзии, болезни и нарушения функционального состояния внутренних органов, прием противосудорожных препаратов являются факторами риска развития заболеваний маргинального периодонта. В последние годы появилось множество современных средств гигиены полости рта, которые разработаны с целью повышения качества ежедневной чистки зубов, а также помогают родителям и врачам-стоматологам детским сформировать мотивацию детей к гигиене полости рта. Одним из последних достижений являются электрические щётки в комплекте с интерактивным приложением для смартфона. В зарубежных источниках встречаются единичные данные о влиянии современных средств гигиены на формирование мотивации к гигиене полости рта (А.Toratti, К.Rasmus, 2017),

Формирование методов мотивации детей к гигиене полости рта с применением современных средств гигиены, в том числе интерактивных, является важной и актуальной для современного общества проблемой.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики кариеса и формирования мотивации к ежедневной гигиене полости рта у детей с помощью современных средств гигиены и методики мотивационного интервьюирования.

Материал и методы: Проведено стоматологическое обследование 75 детей возрасте от 4-7 лет которые были разделены на три группы.

1-я группа (25 человек) – на протяжении исследования дети использовали электрическую зубную щётку.

2-я группа (25 человек) – на протяжении исследования дети с ДЦП использовали электрическую зубную щётку и интерактивное приложение.

3-я группа (25 человек) – группа сравнения. Дети с ДЦП использовали мануальную зубную щётку.

Перед началом исследования всех детей обучали правилам ухода за полостью рта и проводили контролируемую чистку зубов. Повторный осмотр, урок гигиены и контролируемую чистку зубов проводили через 2 недели использования зубной щётки, через 1 месяц и через 6 месяцев.

Для оценки разового очищающего действия различных зубных щёток учитывалось изменение гигиенического индекса Федорова -Володкиной, которое определяли до и сразу после чистки зубов.

Результаты и их обсуждение:

Анализ изменения показателей индекса гигиены после чистки зубов у детей выявил хороший разовый очищающий эффект электрической зубной щетки – 75%.

Во второй группе исследования (дети, использующие электрическую зубную щётку с мобильным приложением) через две недели медиана значений индекса гигиены снизилась на 61,54% и стала равна 0,5 (ИКР 0,25-0,7) $p=0,000$.

В группе детей, использующих мануальную зубную щётку, через 2 недели после начала исследования не было отмечено статистически значимых изменений индекса гигиены ($Me = 1,0$ (ИКР 0,45-1,7), $p=0,072$).

Выводы: Интерактивное приложение к зубной щётке оказывает положительное влияние на отношение детей к процессу чистки зубов и, следовательно, на улучшение гигиены полости рта. К концу исследования количество детей, которым нравилось чистить зубы увеличилось на 40%, также все дети, использующие в ходе исследования электрическую зубную щётку с мобильным приложением, через 1 год после начала исследования стали чистить зубы каждый день.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ИСКРИВЛЕННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА 3D-МОДЕЛЯХ ЗУБОВ

Тоока М.А., Манак Т.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет
mushrekm@gmail.com*

Лечение пульпитов и апикальных периодонтитов основано на тщательной механической и медикаментозной обработке корневых каналов зубов, а также их полноценной obturации. Разработка и научное обоснование эффективности новых способов и инструментов для механической обработки корневых каналов (особенно искривленных) являются актуальным направлением научных исследований и первоначально апробируются в эксперименте (в том числе на 3D-моделях зубов).

Исследование проводилось на 40 моделях зубов, разработанных нами и изготовленных на 3D-принтере из прозрачной пластмассы “Standart Clear”, соответствующей дентину зубов по физическо-механическим характеристикам, с заранее заданной геометрией корневых каналов. Каждый из 4 каналов модели зуба имел размер апикального сужения – 020 и конусность .02 (общее количество каналов 160).

Системы Proglider + Race и Pathfile + Protaper показали меньшее изменение ангуляции корневых каналов после их инструментации.

Сложность анатомии системы корневых каналов напрямую влияет на количество ошибок и осложнений во время проведения механической обработки корневых каналов. Так, в каналах с выраженной ангуляцией наблюдалось большее количество осложнений, чем в каналах с незначительной ангуляцией.

Использование ProGlider + Race дало лучшие результаты в вопросе количества возникших осложнений во время механической обработки корневых каналов (1 случай поломки инструмента). Худший результат показало применение стандартных файлов (9 случаев образования уступов, 2 случая поломки инструмента и 5 случаев перфорации стенки корневого канала). Однако данные результаты не говорят о качестве инструментов, а лишь указывают на то, что каждый инструмент должен использоваться в соответствующей клинической ситуации. Так, в каналах с ангуляцией до 25°

включительно не было выявлено ни одного случая возникновения осложнений при использовании стандартных стальных файлов, что говорит о полной пригодности стандартных файлов в данной клинической ситуации. В то же время при работе с каналами, имеющими ангуляцию 35° и выше, согласно результатам нашего исследования, рекомендуется использовать файлы системы ProGlider + Race или Pathfile + Protaper.

Наилучшие результаты в вопросе изменения ангуляции корневого канала показали Proglider + Race и Pathfile + Protaper, следовательно, данные системы файлов наиболее пригодны для использования в каналах с высокой ангуляцией, что позволит предотвратить потенциальные осложнения.

АНДИЖОН ШАХРИДАГИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА “КАРИЕС” КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ.

Умарова О.Н

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Тиш кариеси (Caries dentis) тиш ёриб чиккандан сўнг содир бўлувчи кўп факторли, тиш каттик тўкималарининг жадал деминерализацияси билан кечувчи ва охир окибатда тишда бўшлик кўринишидаги нуксон хосил бўлиши билан характерланувчи патологик жараён хисобланади. Ҳозирги вақтда инсоният орасида “ Тишлар кариеси” энг кенг тарқалган касаллик хисобланади. Иктисодиёти юкори ривожланиш босқичида бўлган мамлакатларнинг аҳолиси орасида касалланиш кўрсаткичи 95-98% гача етганлиги тўғрисида кўп сонли маълумотлар мавжуд. Бундан келиб чиқадики, кариес билан касалланиш бутун дунё бўйлаб ўсиб бормокда. Хатто 6-7 ёшда 80-90% болаларда кариоз тишлар мавжуд. Маълумки тишларнинг кариес билан зарарланиши бир канча омилларга боғлиқ, яъни тиббий- географик омиллар ва яшаш тарзи, куёш радиацияси ҳамда сув ва атроф муҳитдаги фтор микдори, организм ҳолати, овқатланиш характери ва оғиз бўшлиғининг парваришlash даражаси. Юкорида айтиб ўтилганлар кариес ривожланишига туртки булса, унинг юзага келишида оғиз бўшлиғидаги микроорганизмлар, улар орасида стрептококкларлар етакчи ўринда туради, асосий этиологик фактор хисобланади.

Тадқиқот мақсади: аҳоли орасида, асосан мактаб ёшидаги болаларда “Кариес” касаллигининг кенг тарқалишини ва келиб чиқиш сабабларини ўрганиш. Аҳоли орасида “Кариес” касаллигининг олдини олиш.

Тадқиқот ўтказиш жойи: АДТИ Болалар стоматологияси кафедраси ўқув базаси хисобланган Андижон вилоят болалар стоматологик поликлиникаси.

Тадқиқот ўтказиш қондаси: Андижон вилоят болалар стоматологик поли клиникасига мурожаат қилган мактаб ёшидаги 80 нафар бола текширилди ва “Кариес” касаллигининг ҳар ҳил босқичлари 8 (10%) болада чуқур кариес, 16(20%) болада ўрта кариес, 25 (31,25%) болада юза кариес, 12 (15%) болада доғ босқичидаги кариес борлиги аниқланди. 8 (10%) боланинг оғиз бўшлиғи соғлом деб баҳоланди. 11(13,75%) нафар болада перфоратив (асоратланган кариес) аниқланди. Бундан ташқари 3 (3,75%) болада афтоз стоматит, 8(10%) болада

сурункали катарал гингивит, 4(5%) нафар болада ювенил гингивит кузатилган. 5(6,25%)нафар болада тиш каторида тишларнинг ўта зич жойлашиши аникланди. Болалар ва ота-оналардан сўровнома ўтказилганда-ЎРВИ (ўткир респиратор вирусли инфекция)га чалиниш кўплиги, оғиз- халқум соҳасида сурункали инфекция ўчоқлари мавжудлиги ,тиш ювиш давомийлиги ва мунтазамлигига риоя қилмаслик ҳамда тиш тозалаш коидаларини билмасликлари(эрталаб юзини ювиш вақтида тиш ювиши,тиш тозалашда горизонтал харакатларнинг устунлиги), ширинликка ружу куйиш, стоматолог кўригидан ўз вақтида ўтмаслик маълум бўлди. Шу билан биргаликда ўсаётган организм учун истъемол қиладиган овқат рационидида оксиллар, витаминлар ва микроэлементлар, айниқса, фтор,кальций ва фосфор етишмовчилиги ҳам асосий фактор ҳисобланади.

Хулоса: шундай қилиб, аҳоли орасида болалар ёшида стоматологик касалликлар ичида “Кариес” касаллиги ҳозирги вақтда жуда кўп учрамоқда. Бунга асосий сабаб тишлар учун муҳим бўлган озиқ-овқатларда витаминлар етишмовчилиги, оксиллар балансининг бузилиши, сувда фтор ва бошқа элементлар камлиги, оғиз бўшлиғида кариесоген муҳитнинг мавжудлиги,ретенцион нукталарда углеводли овқат колдикларининг узок вақт қолиб кетиши ва оғиз гигиенасининг коникарсиз холати юқори даражани эгаллаган.

Тавсиялар: аҳоли орасида тарғибот-ташвиқот ишларини йўлга қўйиш, асосан мактабгача муассасалар ва мактаб ёшидаги болаларни тез-тез стоматолог кўригидан ўтказиш .Болалар онгига соғлом турмуш тарзи ва соғлом овқатланиш кўникмаларини, “Углевод истеъмоли маданияти” тушунчаларини ҳамда оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси кўникмаларини сингдирииб бориш.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХГП С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Усманова Ш.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
shoira.usmanova.1980@gmail.com*

Индукцируемая инсулино резистентностью нейропатия приводит к развитию системных и местных (органных и тканевых вазоконстрикторных) реакций и заканчивается развитием эндотелиальной дисфункции. Для почек это означает спазмы артериол клубочков, нарушения трофики почки, почечного кровотока, микроциркуляции и клубочковой фильтрации, гипоксию и ишемию почечной паренхимы. Ренальная висцеральная нейропатия, длительное время протекающая бессимптомно или с минимальными клиническими проявлениями со стороны почек, обычно не диагностируется, так как доступных методов нейрофизиологического исследования почек в урологической практике в настоящее время просто нет. Однако именно она вызывает начальные нарушения тонуса верхних мочевых путей и почек, которые впоследствии могут оказаться важными причинами развития уростаза и формирования почечных камней.

Материал и методы исследования. Для сравнения лабораторных показателей была взята контрольная группа, состоящая из 18 человек, имеющая здоровую полость рта и не имеющая патологии почек. На начальном этапе каждый пациент был информирован о характере исследования. При согласии пациента определяли критерии включения в ту или иную группу. Критерии исключения из группы: больные в возрасте 35-55 лет, имеющие заболевания других органов и систем в стадии декомпенсации. Для комплексной клинической оценки стоматологического статуса пациентов применяли следующие методы: опрос больного, осмотр полости рта с оценкой состояния тканей пародонта, использованием индексов - комплексного пародонтального индекса (КПИ), упрощенного гигиенического индекса гигиены полости рта (ОHI-S) по Грину- Вермиллиону.

Результаты исследований и их обсуждение. Для оценки состояния тканей полости рта были использованы следующие индексы: гигиены по Green - Vermillion (1964) (ИГР-У), папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА) в модификации Parma (1960), кровоточивости (SBI) по Mühlermann H.R. (1971) и КПУ - сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов. Оценивали степень подвижности зубов и глубину пародонтальных карманов. Для объективной оценки субъективных ощущений пациентов проводилось анкетирование по разработанным нами анкетам. Воспалительные процессы в тканях пародонта у больных с хронической болезнью почек ассоциированной ИР характеризуются длительным хроническим течением без обострений заболеванием пародонта и проявляются в виде пародонтита средней степени тяжести.

Вывод. Таким образом наличие ИР, как состояния с высоким риском развития метаболического синдрома, создает предпосылки к формированию воспалительно- деструктивных поражений пародонта, а также функциональных нарушений в почках, о чем свидетельствует общность ряда патогенетических механизмов развития этих заболеваний.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Утешева И.З., Исломова С.З.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
iroda-islomova@mail.ru*

Актуальность. Особое внимание уделяется дальнейшему развитию современной качественной стоматологической помощи, совершенствованию профилактических мер и раннему выявлению заболеваний. А также повышаются эффективность, качество и доступность высококвалифицированной стоматологической помощи населению. Наряду с этим, в стоматологической службе определились положительные моменты: развитие многоукладных форм стоматологической помощи, внедрение новых технологий, расширение источников финансирования, повышение ответственности специалистов, широкий и свободный выбор материалов и инструментов для практики, быстрое развитие информатики. Основой

эффективности здравоохранения при ограниченных ресурсах финансирования является профилактика (Шевченко О.В., 2000), когда минимальные затраты труда и средств дают максимальный эффект (Леонтьев В.К., Аврамова О.Г., 2006; Леус П.А., 2007; Леонтьев В.К., 2008).

Материалы и методы: Мониторинг стоматологической заболеваемости, проводимый в городе Ташкент с 2019 по 2020 годы, выявил: интенсивность кариеса постоянных зубов по индексу КПУ зубов снизилась у детей 6-летнего возраста с $0,58 \pm 0,03$ до $0,2 \pm 0,03$, у 12-летних - с $4,01 \pm 0,11$ до $3,1 \pm 0,17$, у 15-летних - с $6,3 \pm 0,1$ до $2,1 \pm 0,12$; Распространенность заболеваний пародонта в возрасте 15 лет уменьшилась с 87,2% до 33,9% при увеличении количества секстантов со здоровым пародонтом с $2,01 \pm 0,6$ до $4,2 \pm 0,2$. Оценка популяционных факторов риска развития основных стоматологических заболеваний свидетельствует о том, что отмечается дефицит фторидов в питьевой воде ($0,09-0,22$ мг/л). Частота приема углеводистой пищи и подслащенных напитков в течение суток у детей школьного возраста равна 8,6 раза, из них 4,2 раза — кариесогенный режим, что представляет опасность возникновения кариеса зубов в условиях значительного дефицита фторидов.

Результаты и выводы: Дети школьного возраста, имеющие низкий риск развития кариеса, должны наблюдаться у детского стоматолога с кратностью 1-2 раза в год. Комплекс профилактических мероприятий А включает: мониторинг осведомленности по вопросам профилактики, кариесмониторинг (КПУ зубов, КПУ поверхностей), оценку гигиены полости рта (ОНИ-S), пародонтального статуса (КПИ), обучение гигиене полости рта, стоматологическое просвещение по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний, использование фторидсодержащих зубных паст (1000 ppm), рекомендации по питанию. Санация полости рта у детского стоматолога.

РОЛЬ ГАЛЬВАНИЗМА В РАЗВИТИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Фазилбекова А.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Akmarsuyundikova39@gmail.com*

Лейкоплакия – это потенциально злокачественное заболевание слизистой оболочки полости рта, имеющее хроническое течение. [Машкиллейсон А.Л., 1970, Bagan J., 2010, Feller L., 2011]. Основным признаком лейкоплакии является образование очагов гиперкератоза в местах не склонных к этому. [Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N., 2011].

Анализ проведенных научных исследований, посвященных этиологии, патогенезу и диагностике различных форм лейкоплакии свидетельствует об неоднозначном понимании в интерпритации многими авторами полученных данных [van der Waal I., 2010, Shen X., 2013, Varun B.R., 2013].

Известно, что основными факторами вызывающие лейкоплакию являются хронические травмы. Сюда относится курение, химические и механические травмы и в особенности электрохимические процессы, в частности гальванизм

полости рта. [Amagasa T., 2011, Ray J.G., 2013, Singh G.B., 2011]. В последнее время выявлена взаимосвязь между наличием в ротовой полости протезов с разными потенциалами и возникновением лейкоплакии ротовой полости. [Ballmann M., 2009, Feller L., Lemmer J., 2012].

В связи с вышеизложенным, проведение измерения биопотенциалов в ротовой полости в комплексе с общеклиническими обследованиями позволило обосновать новый подход к диагностике гальванического синдрома при лейкоплакии полости рта.

Цель работы: изучить роль гальванизма в патогенезе лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

Методика исследования: Распространенной жалобой при гальванизме является жжение языка. До настоящего времени этот симптом рассматривали только с позиции неврологии (неврастения, глоссалгия, психосоматическая проблема) (Жаров М. Н., 2010, Скудин П. И., Сорокаумов П. Л., 2010), гастроэнтерологии, эндокринологии (климакс, сахарный диабет) (Артушкевич В. Г., 2010, Ибрагимов Т. И., Сергеева Н. А., Плоткина А.В., 2008). Гальваноз по проведенным исследованиям Л.Д. Гожой в 2000 г. Имеет электрохимическую природу. Микротоки возникающие при этом и являются причиной хронической травмы. Раздражаются и такие нервные волокна как (n hipoglossus, n trigeminus). Импульс, который возникает при этом передается в ЦНС и обратно доходя до слизистой оболочки рта, превращается в чувство жжения и покалывания. Чувство жжения возникает через 1-2 месяца после установления несъемных протезов и усиливается во время жевания за счет окклюзионных контактов. Разность потенциалов, возникшие при этом, зависит от микроэлементного состава слюны. Если сравнить лица с гальванозом содержание примесей Fe, Ni, Cr, Mn, Ti в слюне с лицами без данного заболевания, то можно с уверенностью высказаться в пользу электрохимической природы коррозии металлов зубных протезов с разнородными металлами. Рн среды при гальванозе становится кислым (рн = 6,5—5,5), что ведет за собой повышение разности потенциалов от 50 до 150 мв и выше. Рн слюны у больных без гальваноза составляет (рн = 6,7—6,8), в норме без протезов рн = 7,05 ± 0,38. Так как кислотность слюны при гальванозе повышается то и меняется активность ферментов, действие лактатдегидрогеназы при гальваноза повышается в 2 раза, кислот фосфатазы и щелочной фосфатазы в 3 раза, вследствие повреждаются клеточные структуры такие как, цитоплазмные и лизосомные мембраны (Арунов Т. И., Вавилова Т. П., Гожая Л. Д., 2010). Было доказано стойкое повышение К и Na в слюне у людей с гальванозом, что является причиной повышения проницаемости слизистой оболочки полости рта для микропримесей Fe, Ni, Cr, Mn, Ti и др., выделенных при электрокоррозии. Результатом является возникновение деструктивно-воспалительных заболеваний СОПР. При диагностике гальваноза мы использовали прибор биопотенциалометр-БПМ-03, предварительно адаптировав к полости рта. Прибор измеряет электрохимический потенциал между разнородными металлами. В норме значение разности потенциалов не превышает 74—80 мв. Так же мы специально разработали карту для удобства

введения и обработку данных. В карте кроме стандартных данных есть графа, куда вводится время протезирования, тяжесть симптомов гальваноза. Это все дает возможность для оценки данных в динамике и составить план лечения. Мы предложили пациентам с гальванозом индивидуальный подбор металлов для протезирования. Метод подбора металлов посредством иллюминации дает возможность не только избежать возникновения гальваноза но и предотвратить риск возникновения аллергии.

Клинический пример: Пациент О.Ш.Ш 67 года, обратился в клинику ТГСИ с жалобами на жжение и кровоточивость десен при приеме пищи. По словам пациента он протезировался 2 года назад, а симптомы появились через месяц-полтора. У данного пациента было проведено измерение в полости рта электропотенциалов ортопедических конструкций. Самые высокие показатели изменения биопотенциалов наблюдалось при конструкциях сделанных из нитрид титана— 750—800 мв, которые превышали показатели нормы в 10 раз (74—80 мв). После клинического обследования был поставлен диагноз: состояние после протезирования частичная вторичная адентия, на верхней челюсти 2 класс по Кеннеди, 2 подкласс, на нижней челюсти 1 класс, 1 подкласс. Непереносимость конструкционных материалов. Гальваноз полости рта.

Пациентку О.Ш.Ш. были даны следующие рекомендации:

- снятие цельнолитых ортопедических конструкций в области 13, 12, 11, 22, 23 и 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов;
- повторное обследование полости рта для определения электрохимических потенциалов;
- рациональное протезирование с изготовлением комбинированных цельнолитых ортопедических конструкций;
- постоянная фиксация конструкций после дополнительного обследования пациента на явление гальваноза полости рта.

После снятия ортопедических конструкций пациентку О.Ш.Ш вновь проведено измерение электрохимических потенциалов. Максимальная разность не превышала 59 мв, что соответствует показателям нормы (74—80 мв). Жалобы отсутствуют.

Состояние пациента удовлетворительное.

Объективно: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без признаков воспаления и жжения.

Пациент находится на этапе комплексного лечения с последующим изготовлением съемных и несъемных ортопедических конструкций.

Заключение с каждым годом увеличивается обращаемость пациентов по поводу гальваноза полости рта. На основании клинических наблюдений и собранной литературы по данному вопросу было составлено несколько рекомендаций.

– применение штамповано-паяных конструкций из нержавеющей стали, разнородные сплавы металлов, нитрид-титановое покрытие, напыление, анкерные штифты, припой создают возможность возникновения гальваноза до 30 % осложнений и более;

– нарушение технологии работы со сплавами: режим плавки, литье, окисные пленки, недостаточная механическая обработка отлитых конструкций, неудовлетворительная полировка конструкций

— обеспечивают до 15 % возникновения осложнений в виде гальваноза;

– несоответствие стандарту структуры сплава для литья по элементному составу как исходного материала, так использование «вторичного» материала является причиной осложнений до 5—10 %. Сложность диагностики, тяжесть клинических проявлений и лечения требуют пристального внимания врачей стоматологов и иммунологов к данной проблеме.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ НА ФОНЕ ФАГОТЕРАПИИ

Фомичёв Е.В., Олейник Н.А

*Федеральное государственной бюджетное образовательное учреждений
высшего образования Волгоградский государственный медицинский
университете министерства здравоохранения РФ,
кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ.*

nadezhda-oleynik@bk.ru

Введение: Актуальность проблемы изучения гнойно-воспалительных заболеваний полости рта обусловлено существенным ростом числа этих больных и изменением клинического течения заболеваний челюстно-лицевой области [1,2]. К тому же назначение антибактериальной терапии, даже с учетом чувствительности микрофлоры, все чаще не приносит ожидаемого эффекта. Это в свою очередь, обусловлено особенностями связи между иммунной, нервной и кровеносной системами, которые регулируют защитные реакции организма [3, 4].

Цель: Изучить динамику показателей местного иммунитета полости рта после удаления ретинированных зубов мудрости на фоне фаготерапии.

Материалы и методы. Всем пациентам произведено атипичное удаление ретинированного третьего моляра с трепанацией кортикальной пластинки бором. Пациентам первой группы назначалась антибактериальная терапия, десенсибилизирующая терапия, противовоспалительная терапия, антисептическая местная обработка. Пациентам второй группы назначался Секстафаг, десенсибилизирующая терапия, противовоспалительная терапия, антисептическая местная обработка (ротовые ванночки раствором Секстафага). В качестве материала для исследования использовали ротовую жидкость.

Результаты и обсуждение. При оценке содержания противовоспалительных цитокинов, проведенной методом ИФА, выявили статистически значимое снижение концентрации IL-1 β как на фоне антибиотикотерапии, так и на фоне применения бактериофага, при этом статистически значимые межгрупповые различия в величине данного показателя отсутствовали ($p > 0,05$). В ходе терапии содержание IL-10 статистически значимо повышалось ($p < 0,001$), причем на фоне применения бактериофага увеличение данного показателя было более выраженным, чем на фоне антибиотикотерапии. Концентрация TNF α на

фоне антибиотикотерапии существенно не изменялась, в то время как к 10 дню фаготерапии данный показатель снижался более, чем в 2 раза ($p < 0,001$ при сравнении с исходным значением показателя).

Снижение концентраций провоспалительных цитокинов (IL-1 β и TNF α) и повышение концентрации противовоспалительного цитокина (IL-10) свидетельствует об изменении иммунной реактивности в области воспаления и о снижении интенсивности последнего, что, очевидно, было обусловлено элиминацией патогенных микроорганизмов. Таким образом, определение в десневой жидкости уровня противовоспалительных цитокинов является показателем эффективности терапии у лиц с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Уровень IgA существенно не изменился, однако на 3 сутки фаготерапии данный показатель статистически значимо возрастал ($p < 0,05$ при сравнении с показателем, зарегистрированным на фоне антибиотикотерапии). Уровень IgG, как следует из графика, существенно не изменился. Повышение уровня иммуноглобулинов основных классов IgA, IgG в десневой жидкости на фоне одонтогенных воспалительных заболеваний, является следствием их местного синтеза в воспаленной десне, а также транссудации из пораженных тканей пародонта в десневую жидкость. IgG, отвечающий за активацию системы комплемента, связывается с некоторыми антигенами поверхности клеток, делая тем самым эти клетки более доступными для фагоцитоза. Уровень gM снижался как на фоне фаготерапии, так и на фоне применения амоксициллина с клавулановой кислотой, при этом межгрупповые различия отсутствовали, что демонстрирует спад острого периода воспаления.

Таким образом, изучение местного иммунитета полости рта в контексте современной биомедицины открывает перспективы для персонализированного подбора лекарственной терапии.

ОЦЕНКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Хабибова З.

Ташкентская медицинская академия

Согласно современной точке зрения воспалительные заболевания пародонта относятся к инфекционным хроническим воспалительным заболеваниям, поэтому нормализация микрофлоры полости рта является неотъемлемым условием их рациональной терапии

В связи с этим **цель** исследования изучить зависимость формирования дисбиоза полости рта в динамике развития беременности и раннем послеродовом периоде при различном клиническом состоянии пародонта.

Материалы и методы. Для получения репрезентативных результатов анализ осуществлен у одних и тех же женщин в динамике развития беременности: 132 женщины в I триместре; 110 - во II триместре; 95 - в III триместре и у 90 женщин в раннем послеродовом периоде. Группы сравнения составили небеременные женщины. Исследована ротовая жидкость, которую собирали в стерильные пробирки, после разведения физиологическим

раствором производили высевы на жидкие и агаризованные питательные среды: агар, Эндо, кровяной агар, молочно-солевой, среда МРС-4, сред Сабуро и др.

Результаты и обсуждение. При помощи бактериологического метода исследования в ротовой жидкости контрольной группы были определены микроорганизмы, относящиеся к резидентной флоре здоровой полости рта.

В ходе исследования осуществлен сравнительный анализ тяжести дисбиотических нарушений полости рта у беременных и небеременных женщин с различным клиническим состоянием пародонта в динамике развития беременности.

Так, если у беременных женщин со здоровым пародонтом в 90,0±6,81% случаев зарегистрирован нормоценоз (группа контроля), а в 10,0±1,08% - дисбиотический сдвиг, то у беременных женщин со здоровым пародонтом в I триместре нормоценоз обнаруживался лишь в 73,33±0,07% случаев, дисбиотический сдвиг - в 20,0±7,3% и дисбактериоз I-II степеней - в 11,11±6,65%; а у 7,4±5,04% беременных женщин со здоровым пародонтом зарегистрирован дисбактериоз III степени (P<0,05).

Дисбиотические изменения были более выражены у женщин с гингивитом. Так, у небеременных женщин нормоценоз обнаружен в 60,0±10,95% случаях; в 30,0±10,25% регистрировался дисбиотический сдвиг; дисбактериоз I-II и III степеней - в 5,0±4,87%. Еще более выраженные дисбиотические нарушения зарегистрированы у беременных женщин с гингивитом.

На основании изучения изменений микробиоценоза полости рта можно сделать следующие **выводы:**

– у беременных без патологии пародонта установлено качественное и количественное нарушение микробиоценоза полости рта в виде снижения численности индигентной микрофлоры, повышения активности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;

– воспалительные и воспалительно-деструктивные заболевания пародонта у беременных сочетаются с усугублением дисбиоза полости рта, нарушением баланса в микробиоценозе, изменения его качественного и количественного состава у беременных статистически значимо (P<0,05) превосходят соответствующие изменения микробиоценоза небеременных женщин.

Развитие и прогрессирование дисбиоза полости рта находится в прямой зависимости от тяжести поражения пародонта: у беременных женщин со здоровым пародонтом дисбиоз встречается в 10,0 - 77,37%; с гингивитом - в 11,54-51,61%; ГПЛС - 8,0-13,79% ; с ГПСТ и ГПТС - в 100% случаев.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ПЛЕКСОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА

Хасанов И.Р., Хайдаров Н.К., Пулатова Б.Ж.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
islomgasanov@gmail.com*

Актуальность темы. Атипичные лицевые боли среди нейростоматологических заболеваний в среднем составляют 6,4%. Возникновению атипичных лицевых болей чаще всего приводит патология пульпы. Боль при пульпите является одной из самых сильных и доставляет больному страдания, однако страх перед приёмом стоматолога заставляют длительно терпеть эту боль, использовать самолечение, являющееся временным и неэффективным. Необходимо исследование, которое позволило бы стоматологу рассматривать боль при пульпите не как только симптом стоматологического заболевания, но и как системный синдром, при котором страдает нервная система, психика больного, его трудоспособность и качество жизни.

Цель исследования: оценить роль стоматоневрологического исследования больных пульпитом с болевым симптомом.

Материалы и методы исследования

Стоматоневрологическое обследование проведено у 57 больных с пульпитом, обратившихся на кафедру Факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.

Все 57 больных, осмотренные нами, нуждались в санации полости рта. Стоматоневрологическое обследование включало: оценку ЭОД показателей, оценку гигиенического состояния полости рта с помощью индекса по Федорову – Володкиной; поражения нервной системы оценивались по субъективным и объективным признакам дентальной невралгии.

Результаты исследования

У всех 37 больных: 15 женщин (40,5%) и 22 (59,5%) мужчин больных было выявлено неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

Заболевания пародонта диагностированы у 29 (78,4%) больных, несостоятельность ортопедических конструкций при потере зубов отмечена у 14 из 37 протезированных пациентов (37,8%); патология прикуса выявлена у 28 (75,7%) из числа всех обследованных. Распространенность кариозного процесса у обследованных составила 100%.

У всех больных ведущей жалобой являлся болевой симптом различной продолжительности, локализации и интенсивности.

Болевые пароксизмы возникали с различной частотой: от 3 раз в день до 5 - 7 приступов в час. Локализация боли соответствовала поражённому дентальному сплетению. Наиболее часто боль локализовалась в молярах (61,1%) и премолярах (36,1%), реже в клыках (0,9%) и резцах (1,9%).

Во время приступа боль иррадиировала по альвеолярному сплетению, а также распространялась на твердое небо, область щеки и виска. При поражении нижнего сплетения боль охватывала дно полости рта, щечную и околоушную область. Выявленная при обследовании длительность существования болевого симптома у больных колебалась от 3 суток до 7 месяцев. Детальное неврологическое обследование больных с болями при пульпите позволило выявить симптомы поражения нервной системы. Наиболее частыми симптомами являлись шум и звон в ушах, снижение слуха, головокружение системного и несистемного характера, головная боль, шаткость при ходьбе, тошнота и рвота.

Шум в ушах разной тональности отмечался у 71,0% больных, звон различной интенсивности - у 69,2% пациентов. Снижение слуха разной степени выраженности беспокоило 67,3% больных. Головные боли (у 72,9% больных) были самого разнообразного характера, продолжительности, интенсивности и локализации. Отмечались сжимающие, пульсирующие, ноющие и распирающие головные боли. У 30,8% больных головные боли носили постоянный характер, у 42,1% - периодический. Описанная субъективная симптоматика в значительном числе случаев была непостоянной и возникала периодически, что давало основание предполагать ее сосудистый характер.

Все неврологические симптомы, появились, на фоне воспалительного процесса в пульпе зубов. Причем, выраженность неврологических проявлений зависела от длительности заболевания.

Помимо вышеизложенной субъективной симптоматики у обследованных больных выявлялась и объективная симптоматика. Наиболее часто наблюдались изменения тройничной иннервации, проявляющиеся снижением корнеальных рефлексов (48,6%) и нарушением чувствительности на лице по сегментарному (36,4%) и периферическому (5,6%) типам.

Неврологическое обследование позволило выявить гиперестезию (11,2%), гипестезию (69,1%) в области иннервации дентального сплетения (зуб, десна), а также болезненность при давлении на пораженное сплетение.

Выводы: 1. Полученные результаты свидетельствуют о том, что степень выраженности дентальной невралгии положительно коррелирует ($r = +0,58 \pm 0,06$) с тяжестью неврологической симптоматики.

2. Неврологическая патология у больных с пульпитными болями характеризуется симптомами вегетативно-сосудистой дистонии, сопровождается рассеянной церебральной микросимптоматикой и очаговым поражением головного мозга, сочетающимся с дентальной плексопатией различной степени выраженности.

3. Полученные данные свидетельствуют, что боль при пульпите, являясь одной из самых сильных, серьезно сказывается на неврологическом и психическом состоянии больных. Это самым серьезным образом сказывается не только на трудоспособности больного, но и на качестве его жизни.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА С БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ

Хасанов И.Р., Пулатова Б.Ж., Хайдаров Н.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность проблемы. Среди нейро-стоматологических заболеваний атипичные лицевые боли в среднем составляют 6,4%. К возникновению атипичных лицевых болей может привести патология пульпы, которая, чаще всего проявляется хроническим пульпитом. Известно, что боль при пульпите является одной из самых сильных и доставляет больному страдания. Часто она не дает спать, полноценно пережевывать пищу, делает, человека раздражительным и вспыльчивым. Несмотря на длительное изучение

проблемы, одонтогенных лицевых болей, до сих пор не выяснены клинические и патофизиологические особенности атипичных лицевых болей при пульпите. Такое исследование позволило бы стоматологу рассматривать боль при пульпите не как только симптом стоматологического заболевания, но и как системный синдром, при котором страдает нервная система, психика больного, его трудоспособность и качество жизни.

Цель исследования явилось изучение комплекса клинических и иммунологических показателей у больных при пульпите.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 107 пациентов с болями в области лица, вызванными воспалением пульпы зубов, в возрасте от 18 до 64 лет. Средний возраст составил $36 \pm 1,2$ лет. Основную массу обследованных (87,9%) составили пациенты в возрасте от 20 до 49 лет, меньше было пациентов в возрасте до 20 лет (3,7%) и после 50 лет (8,4%). Соотношение мужчин и женщин составило 48 (44,9%) к 59 (55,1%). Боли в области лица наиболее часто выявлялись с правой стороны - в 60,7% случаев.

Методы иммунологического исследования

Они включали в себя определение в сыворотке крови уровня антител к миелопероксидазе (МПО) и антител к основному белку миелина (ОБМ) с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Для этого использовали тест-системы фирмы «Navina» (Россия). Содержание миелопероксидазы определяли с применением моноспецифических поликлональных антител в твердофазном иммуноферментном анализе.

Полученные данные подвергали статистической обработке на компьютере с процессором «Pentium-IV» с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты и их обсуждение.

Результаты клинического исследования

Все 107 пациентов с болевым симптомом, осмотренных нами, нуждались в санации полости рта. У всех обследованных проводили оценку гигиенического состояния полости рта с помощью гигиенического индекса по Федорову - Володкиной.

У всех больных ведущей жалобой являлся болевой симптом различной продолжительности, локализации и интенсивности. С прогрессированием воспалительного/процесса в пульпе зубов боль усиливалась, становилась ноющей и мучительной, локализовалась в области проекции пораженного зубного сплетения. Боль охватывала зуб, десну и альвеолярный отросток. В большинстве случаев (53,7%) страдало верхнее зубное сплетение. На фоне ноющих болей, у 19,6% пациентов отмечалось, приступообразное усиление болей длительностью от нескольких секунд до 1 минуты.

Болевые пароксизмы возникали с различной частотой: от 3 - 4 раз в день до 5 - 7 приступов в час. Локализация боли соответствовала пораженному дентальному сплетению. Наиболее часто боль локализовалась в молярах (61,1%) и премолярах (36,1%), реже в клыках (0,9%) и резцах (1,9%).

Во время приступа боль иррадиировала по альвеолярному сплетению, а также распространялась на твердое небо, область щеки и виска. При поражении нижнего сплетения боль охватывала дно полости рта, щечную и околоушную область. Во время приступа больные* были пассивны, принимали горизонтальное положение и прикладывали тепло к щеке. По окончании приступа боль локализовалась в области соответствующего зуба, где располагалось пораженное дентальное сплетение. Выявленная при обследовании длительность существования болевого симптома у больных колебалась от 3 суток до 7 месяцев.

Детальное неврологическое обследование больных с болями при пульпите позволило выявить симптомы поражения нервной системы. Наиболее частыми симптомами являлись шум и звон в ушах, снижение слуха, головокружение системного и несистемного характера, головная боль, шаткость при ходьбе, тошнота и рвота.

Обследованные больные предъявляли жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), повышение температуры тела ($37,1^{\circ}$ - $37,7^{\circ}\text{C}$) снижение его массы.

У части больных с длительным болевым симптомом мы отмечали (как субъективно, так и объективно) нарушения саливации. В ряде случаев была выявлена гипосаливация, при которой больные жаловались на сухость во рту. Однако, наоборот, большая часть таких пациентов отмечала повышенное слюноотделение, особенно во время приступа боли. **Результаты иммунологического исследования**

Нами проведено определение содержания антител к миелопероксидазе в сыворотке крови у больных с субъективными и объективными признаками дентальной невралгии (основная группа). Полученные результаты сравнивались с таковыми в группе сравнения.

Иммунологические исследования выявили достоверное повышение показателей у больных с атипичными лицевыми болями- по сравнению с данными группы сравнения. Различие составило 6,2 раза.

Наиболее высокие показатели антител к миелопероксидазе отмечались при поражении дентального сплетения моляров. Поражение дентального сплетения сопровождается высоким титром антител к миелопероксидазе, что указывает на воспаление микрососудов.

О наличии экссудативного и продуктивного васкулита при гистологическом исследовании пульпы у больных свидетельствуют данные микроскопического исследования.

Установленное повышение титров антител к миелопероксидазе у больных дентальной невралгией свидетельствует о наличии у них системного васкулита, так как данные антитела являются одним из маркеров воспалительного повреждения мелких сосудов.

Таким образом, дентальная невралгия явилась результатом системного сосудистого процесса, протекающего по типу васкулита, обусловленного аллергизацией к инфекционно-аллергическим факторам.

Заключение

1. Воспаление в пульпе зубов у обследованных больных сопровождается не только болевой симптом, особенности которого обусловлены рядом патофизиологических процессов, но и нарушения со стороны иммунной, нервной системы, проявляющиеся у 42,1% больных синдромом вегето-сосудистой дистонии, 24,3% - очаговыми поражениями головного мозга, сочетающимися с дентальной плексопатией.

2. Изученные иммунологические показатели имеют прямую статистически значимую зависимость от длительности и фазы заболевания, величины дентального сплетения.

ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ.

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация. Гельминтозы, как сопутствующая патология ХРАС, оказывают колоссальное воздействие на СО ротовой полости, усиливая воспалительные процессы в мягких тканях полости рта, усиливают жалобы пациентов с ХРАС и приводят к более частым обострениям. Причем они не просто учащают обострения, но и увеличивают тяжесть течения обострений .

Гельминтозлар СРАСнинг йулдош патологияси сифатида оғиз бушлигининг ОШКга катта таъсир курсатиб, оғиз бушлиги юмшок тўқималарида яллигланиш жараенларини кучайтиради, СРАСли беморларнинг шикоятларини оширади ҳамда тез тез зурикишларга олиб келади. Бунда, улар нафакат зурикишларни тезлаштиради, балки зурикишларни кечиш оғирлигини ҳам орттиради

Ключевые слова: хронический рецидивирующим афтозный стоматит, гельминтозы, слизистая оболочка полости рта

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это инфекционная патология, возникающая при взаимодействии трех факторов: окружающей среды, микро- и макро- организмов. Для ХРАС характерно частое рецидивирование афт на СОПР и с нарушением целостности эпителия, местным воспалением и выраженной болью . Гельминтная инвазия по праву признается одним из самых распространенных заболеваний в Узбекистане, она составляет больше 90% от всех паразитарных заболеваний. Ежегодно, в Узбекистане выявляется больше 200 000 заболевших. Например, в 2006 году из 7 580 703 обследованных на гельминтозы, диагностировано 263 167 больных гельминтозами (3,5%)

Целью нашего исследования явилось разработать и оценить эффективность метода комплексной терапии поражений слизистой оболочки полости рта у больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом у пациентов с гельминтозной инвазией

Материалы и методы исследований. Для выполнения поставленных задач нами было обследовано 97 больных ХРАС в возрасте 23 – 46 лет (средний возраст 36,4±3,3 лет), из них мужчин было 43, женщин – 54. Средний возраст наблюдаемых мужчин составил 34,7±3,1 года, женщин – 39,2±3,2 года.

Все больные были разделены на I и II группы (49 и 48 человек соответственно). К I группе мы отнесли больных, у которых во время исследования было выявлено наличие гельминтозов. Распределение по видам было следующим: Энтеробиоз был выявлен у 27 человек, что составило 55,1%, аскаридоз – у 15 (30,6%) пациентов, лямблиоз констатировали у 7 (14,3%) больных. Также у 8 обследуемых выявлено наличие двух паразитов, и у двоих больных выявили сочетание всех представленных паразитов.

В связи с отсутствием референтных величин и разноречивостью данных литературы, для определения показателей у здоровых лиц была сформирована группа контроля (III группа), в которую вошли 22 практически здоровых лица с интактной слизистой оболочки полости рта, средний возраст которых определен как $32,1 \pm 1,4$ лет, без нарушения зубной дуги и формулы, и изменений в полости рта и десен.

Пациентам I группы (49 человек, 50,51%) проводили патогенетическое лечение гельминтозов, на фоне стандартного лечения ХРАС. Всем 48 пациентам (49,49%) II группы проводилось стандартное лечение ХРАС.

Обе группы были разделены в процессе лечения, так в IA подгруппе применяли препарат «Масляный экстракт чеснока» местно и внутрь «Мекретин», в IIА – применяли препарат «Масляный экстракт чеснока» местно на фоне стандартной терапии.

У пациентов всех групп тяжесть воспалительного процесса в тканях СОПР была одинаковой, различными были проводимые лечебные мероприятия.

Выводы:

1. Функциональное состояние полости рта у пациентов с ХРАС на фоне гельминтоза достоверно более худшее по всем параметрам, что связано со снижением общего иммунного статуса пациентов и хронического воспаления слизистой оболочки полости рта.

2. Клиническое течение ХРАС у пациентов с гельминтозами более тяжелое как субъективно, так и объективно по индексу ИОТ, частоте и тяжести рецидивирования.

3. Наличие гельминтной инвазии у пациентов с ХРАС достоверно ухудшает микробиоценоз слизистой оболочки полости рта еще более, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, при этом у 90% пациентов ХРАС с гельминтозами и у 67% без гельминтозов констатирован дисбактериоз той или иной степени, то же касается и дисбактериоза кишечника.

4. У больных ХРАС на фоне гельминтозов, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, достоверно значительно более снижены такие показатели местной неспецифической резистентности как IgA и IgG, sIgA, Ксб и лизоцима, а уровни сиаловых кислот, щелочной и кислой фосфатаз достоверно более высоки. Также все эти показатели имеют идентичную тенденцию изменений относительно здоровых людей контрольной группы у всех пациентов ХРАС, более выраженную у пациентов с гельминтозами.

5. Применение в комплексной терапии ХРАС на фоне стандартного и, при необходимости, противогельминтного этиопатогенетического лечения, препаратов «Масляный экстракт чеснока» и «Мекретин» при минимальных

экономических затратах значительно увеличивает эффективность проводимого лечения и уменьшает частоту и длительность рецидивов ХРАС, улучшая тем самым качество жизни пациентов.

ФЕРМЕНТЫ АНТОКИСЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Хен Д.Н.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан. Кафедра стоматологии, детской стоматологии и ортодонтии.

e-mail. hdn75@mail.ru

Введение. В стоматологии используются различные методы исследования ротовой жидкости и каждая из них обладает определенной информативностью.

Целью настоящего исследования явилось изучение активности ряда ферментов антиокислительной системы ротовой жидкости в процессе адаптации больных к зубным протезам.

Материалы и методы исследования. В ротовой жидкости больных с вторичной частичной адентией, имеющих большие дефекты зубного ряда, изучена активность супероксиддисмутазы (СОД) и суммарная антиперекисная активность (АПА). Контрольную группу составили лица с интактным зубным рядом. В каждой группе, число обследованных составило от 10 до 19 пациентов. Состояние антиокислительной системы ротовой жидкости у лиц контрольной группы было в пределах значений справочной литературы. В то же время у больных АПА была ниже уровня контроля соответственно в 1,37 раза. Активность СОД ротовой жидкости у лиц контрольной группы составляла 2,34 ммоль адреналина/мг белка*мин. У больных с частичной вторичной адентией активность данного фермента антиокислительной системы была в 1,64 раза ниже значений контрольной группы.

Выводы. Дефект зубного ряда сопровождается снижением активности СОД и ферментов составляющих АПА. Вероятно, для оценки процесса адаптации больных после протезирования диагностическое значение имеет изучение состояния антиокислительной системы ротовой жидкости.

СОВРЕМЕННАЯ ЭНДОДОНТИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Шамсиева Ш.Ф., Алимова С.Х., Хайдаров А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

sevara36@mail.ru

Введение. Приведенные данные литературы свидетельствуют, что на прогноз эндодонтического лечения оказывают влияние внутри- и внекорневые факторы. В дополнение к традиционному препарированию перспективно использование препаратов йода и физических факторов как при проведении первичного, так и повторного эндодонтического лечения.

Эндодонтия считается одной из наиболее успешных направлений в стоматологии. При тщательной очистке, формировании, санации и obturation

системы корневого канала, возможно достигнуть успешного исхода при первичном лечении приблизительно в 94% случаев. При повторном эндодонтическом лечении без признаков апикального периодонтита это возможно в 89-96%, а при их наличии в 60-74%. В современной литературе успешный долговременный прогноз эндодонтического лечения связывают с внутри- и внекорневыми факторами. К внутрикорневым факторам относят сложность эндодонтической анатомии, инфицирование, разнообразие микрофлоры в системе корневого канала, ее устойчивость и способность к организации в биопленку. К внекорневым причинам относят экстракоронарную инфекцию, «истинные» кисты, наличие эндодонтических поражений, резорбции корня, реакцию периапикальных тканей на инородное тело (эндогенного или экзогенного происхождения) и ятрогенные факторы (возникающие в процессе препарирования, ирригации корневого канала), токсическое и раздражающее свойства используемых препаратов.

Разнообразие микрофлоры подтверждается выделением бактериальной ДНК, PCR-диагностикой. Определены их ассоциации, отличия в составе при первичном и повторном эндодонтическом лечении, способности непатогенных микроорганизмов поддерживать инфекцию в корневых каналах за счет выделения факторов роста патогенной микрофлоры, синтезу и распаду биопленки, главная масса которой располагается в области апикальной дельты. Обнаружен большой процент грибковой инфекции при первичном, повторном эндодонтическом лечении, в дентинных канальцах и в периапикальных тканях. Большинство выделяемых грибов были *Candida albicans*, которая также показала способность колонизировать стенки канала, проникать в дентиновые трубочки.

Экстракорневая инфекция может быть представлена как острый периапикальный абсцесс (как ответ на внутрикорневую инфекцию), в форме структур, подобных биопленке на апикальной части корня, как колонии (чаще всего) в пределах периапикального воспалительного поражения. Для воздействия на экстракорневую инфекцию использование внутриканальных медикаментов цитотоксично, а антимикробный эффект (в частности гидроокиси кальция) может быть нейтрализован тканевой жидкостью]. Предлагается различное сочетание ирригационных растворов и последовательность их применения. Решающими факторами для всех используемых ирригантов являются: диаметр канала, поверхностное натяжение или вязкость раствора, расположение орошающей иглы и объем орошения в ходе эндодонтической обработки.

Общепризнанными ирригантами являются: гипохлорит натрия, хлоргексидин, ЭДТА, йод-содержащие препараты. Доказана эффективность антимикробного действия различных концентраций гипохлорита натрия и хлоргексидина, изучена их токсичность. Следует отметить, что низкая концентрация используемых препаратов быстрее всего подвергается инактивации в канале и требует чаще замены. Изучение эффективности ирригантов на колонии *E. faecalis*, организованные в виде биопленки на стенках канала, взвеси и конгломерата показало, что доступность микроорганизмов для

дезинфицирующего раствора уменьшается с достоверной разницей (p) в следующей последовательности: взвесь микроорганизмов → биопленка → конгломерат.

Полученная эффективность 0,2% раствора хлоргексидина биглюконата ниже, чем у 3% раствора гипохлорита натрия и 10% раствора йодиола. Йодный раствор йодида калия, как наиболее распространенный, в силу небольшой продолжительности действия (около 2 дней) применяется для ирригации корневого канала, для временной obturации используют йодоформ. Следует добавить, что ирригационные растворы на основе йода эффективны только после удаления смазанного слоя. Необходимо помнить, что аллергия на йод - не редкость, поэтому перед тем, как применять препараты, содержащие йод, следует тщательно собрать анамнез. Гидроокись кальция создает в dentine pH от 8 до 10. Его ионы диффундируют в dentin корня. Поскольку количество диссоциированных гидроксильных ионов (определяющих значение pH) в результате химических реакций непрерывно уменьшается, для обеспечения продолжительного антибактериального действия гидроокись кальция должна быть в избытке или рекомендовано проводить замену препарата. Для улучшения дезинфекции в пределах корневого канала и dentinных канальцев, воздействия на устойчивую флору, в литературе предлагается применение комбинаций ирригационных препаратов между собой и с гидроокисью кальция.

Диффузия, следовательно и дезинфицирующее действие препаратов, ограничена поверхностным натяжением, детритом, смазанным слоем, перекрытием корневого канала и\или возникшими осложнениями во время механической обработки, остатками пломбирочного материала при повторном эндодонтическом лечении. Поскольку бактерии присутствуют и в dentinных канальцах, лекарственный препарат должен плотно контактировать со стенками канала. Учитывая преимущества и недостатки ирригационных растворов, осложнения, возникающие при применении ирригантов и их комбинаций, ведутся поиски альтернативных ирригантов и режимов дезинфекции. Используется создающая отрицательное апиальное давление ирригационная система EndoVac и полностью автоматический метод обработки и пломбировки корневого канала, электрохимически активированная вода.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют, что на прогноз эндодонтического лечения оказывают влияние внутри- и внекорневые факторы. Неполная очистка пульпарного пространства после препарирования, устойчивость, способность микрофлоры поддерживать апиальный воспалительный процесс, синтезировать интра- и экстраадикалярную биопленку, инактивация медикаментов в корневом канале диктует необходимость поиска альтернативных ирригантов и режимов дезинфекции. В дополнение к традиционному препарированию перспективно использование препаратов йода и физических факторов как при проведении первичного, так и повторного эндодонтического лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРЧАТКОЙ

Шорасулов Ш.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы: На сегодняшний день хронический генерализованный пародонтит, наблюдаемый совместно с заболеваниями внутренних органов, препятствует достижению изменений в тканях пародонта, соответствующих патогенезу различных системных заболеваний, также достижению полной ремиссии.

Хотя на сегодняшний день в дерматологической практике доля пузырчатки составляет всего лишь 0,6–1%, но проблема ранней диагностики и оптимизации системы лечения заболевания, профилактика осложнений является актуальной задачей современности.

Цель работы: заключается в изучении патогенетических особенностей развития пародонтита у больных пузырчаткой и разработке метода его комплексного лечения с помощью уникального энтеросгеля.

Методы исследования: В основу работы положены результаты обследования 49 больных в возрасте от 30 до 50 лет. В большинстве своем это были женщины, так как именно в этом возрасте они больше всего обращают внимание на состояние полости рта. Работа выполнена в период 2020-2021 гг. и проводилась на базе Ташкентского Государственного стоматологического института на кафедре Госпитальной терапевтической стоматологии, и Республиканской кожно-венерологической клинической больницы. В обследование были включены, в основном, больные с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне пузырчатки и 20 человек с интактным пародонтом. Клинические (анамнез, визуальный осмотр, пальпация, флюоресценция) и гистологические.

Результаты исследования В результате проведенных исследований установлено положительное влияние проведенного лечения на клиническое состояние пародонта. Значительно уменьшалось количество жалоб при изучении общего самочувствия больных.

Анализ показателей клинических индексов показал, что более высокий клинический эффект был получен в основной группе. Так, степень воспалительно-деструктивного поражения пародонта уменьшилась в контрольной группе – на 27,45% ($P<0,01$); в основной – на 51,56% ($P<0,01$); соответствующие снижения интенсивности воспаления пародонта (индекс ПМА) составили – 46,18% ($P<0,01$) и 83,97% ($P<0,01$); гигиены ротовой полости (ОНИ-S индекс) – 45,55% ($P<0,01$) и 80,91% ($P<0,01$) и индекса кровоточивости – 34,52% ($P<0,01$) и 55,88% ($P<0,01$)

Заключение Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются одной из интенсивно изучаемых проблем современной стоматологии. Несмотря на заметный прогресс в изучении патогенеза, разработке новых методов диагностики и лечения генерализованного пародонтита, его распространенность и тяжесть поражения продолжают неуклонно возрастать. Средняя суммарная клиническая эффективность лечения пародонта в основной

группе превышала эффективность лечения в контрольной группе более чем на 27,79%. При этом, длительность лечения в основной группе составила $18,5 \pm 0,5$ дней; в контрольной – $23,6 \pm 0,62$ дня, а длительность ремиссии – соответственно $6,3 \pm 0,22$ и $3,60 \pm 0,18$ ($P < 0,01$) месяцев. Данный метод лечения является инновационным и впервые применяется в Узбекистане и Средней Азии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АФТЫ СЕТТОНА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Шукурова У.А., Камилова С.Р., Мусашайхова Ш.К., Нурмухамедова Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
shua1981@mail.ru*

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) на фоне сопутствующих общесоматических заболеваний представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии вследствие трудностей в диагностике и лечении.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта (от 5 до 60%) является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), он составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике — это хроническое воспалительное заболевание СОПР, характеризующееся возникновением афт (язв) и протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями. В общей популяции распространенность данной патологии составляет 10-20%, а при воспалительных заболеваниях кишечника возрастает до 40-50% [3,10].

ХРАС является достаточно распространенной патологией. В течение последних лет наблюдается неуклонный рост к развитию осложнений данного заболевания. У всех больных обнаружены нарушения иммунологического статуса местного и общего характера, коррелирующие с тяжестью клинического течения заболевания [1,2,5].

Различные авторы предлагают классификации и формы афтозного стоматита. Байкова Р.А. с соавт. (2005) предлагают рассмотреть проявления при ХРАС, основываясь на клинико-морфологической закономерности развития патологического процесса, и скомпоновали 6 форм ХРАС [7].

Язвенная (рубцующаяся) форма – афта Сеттона. Глубокие, большие, с неровными краями, болезненные при пальпации. Заживление происходит с образованием рубца. Эпителизация завершается к 20-25 дню. Затронуты общее состояние – адинамия, апатия, головная боль, недомогание, температура поднимается до 38°C [4].

Типичная форма – афта Микулича. Количество афт минимально, локализуются по переходной складке и дорсальные поверхности языка, малоболлезненные. Частота встречаемости высокая. Общее состояние пациента не страдает. Заживают в течение 10 дней [1,8,10].

Деформирующая форма – характеризуется всеми признаками рубцующейся формы ХРАС, разрушающие внутренние конфигурационные изменения

соединительнотканной базы слизистой оболочки, в процесс вовлекается не только собственная слизистая, но и подслизистый слой. Заживления язв происходит с плотными, глубокими рубцами, изменяющие слизистую оболочку нёбных дужек, мягкого нёба, кончика и боковой поверхности языка, углов рта, вплоть до микростомии. Общее состояние: адинамия, температура 38-39°C, апатия, головная боль. Афты затягиваются медленно - 1,5 – 2 месяцев.

Фибринозная форма – появление от 3 до 5 афт. Очаговая гиперемия, через нескольких часов происходит выпот фибрина без образования единой пленки. Далее развитие может идти по двум путям: процесс примет обратное действие или наступит следующая фаза — деструкция эпителия, возникновение афт, сверху каждой эрозии и язвы, выпот фибрина, эпителизация в течение 7-10 дней.

Лихеноидная форма – очень схожа с красным плоским лишаем. На слизистой оболочке ограниченные участки гиперемии, окружены едва различимым беловатым валиком гиперплазированного эпителия - очаговая десквамация слизистой оболочки. В будущем слизистая эрозируется, образуется 1 или несколько афт.

Гландулярная форма – разрушение происходит в самой стенке выводных протоков или паренхиме малых слюнных желез. При перестройке паренхимы желез появляется выбухание слизистой оболочки полости рта с изъязвлением данного участка. Повреждение стенки выводного протока малой слюнной железы следствием этого является увеличение слюнной железы, выводное отверстие резко округляется и зияет. Через некоторое время возникает афтозная и язвенная стадии развития. Локализация процесса встречается в участках слизистой оболочки, где в под эпителиальной зоне присутствуют малые слюнные железы [2,7,9,10].

По данным зарубежных авторов, ХРАС имеет три основных проявления: малые афты (афты Микулича), размером не более 10 мм, большие афты (болезнь Сеттона), герпетиформные язвы — множественные афты. ХРАС может быть одним из симптомов генерализованного афтоза (большой афтоз Турена) и признаком болезни Бехчета [6,8,9].

При изучении детального анализа ХРАС у беременных не выявил особенных, свойственных только этому периоду клинических проявлений. Клинически на слизистой появились эрозивно-язвенные элементы в виде афт, представляющие собой глубокое, очаговое, фибринозное воспаление слизистой с выраженным разрушением эпителия. Анализ клинических проявлений ХРАС позволил дифференцировать различные варианты его течения, определяемым количеством афт, степенью фибринозно-некротических изменений слизистой, а также выраженностью симптомов общей интоксикации [7].

На сегодняшний день очень часто встречается Афты Сеттона и в отличие от ХРАС, при этом почти всегда единичные элементы высыпаний являются отличительным признаком, тропизмом Афты Сеттона к малым слюнным железам. Совершенно иная нозологическая принадлежность – афтоз Турена относится к вариантам болезни Бехчета [3,8].

Отличительной чертой Афты Сеттона является то, что афта – вторичный элемент, возникший из узелка, который затронут, был поверхностным центральным некрозом. Сливаясь, афты образуют глубокую, с подрывными инфильтрированными краями язву. Существуют язвы до двух месяцев, не исчезающие бесследно, оставляя рубец. Особенностью можно назвать хроническим упорным течением. Сложно поддается лечению. Афты Сеттона обычно одиночные, на широком основании. При локализации на щеках и губах кратерообразный дефект тканей по мере заживления уплощается, заполняется грануляциями с периферии, приобретает сходство с афтой. Слизистая оболочка щек и губ отекает, бледной окраски с некоторой мраморностью за счет утолщения эпителиального покрова, на ощупь слегка бугристая.

Афта Сеттона преобладает у женщин. Имеет величину большую, чем афта Микулича, заживает неделями, оставляет после себя рубец. Инфильтрат располагается вокруг малой слюнной железы. Часты рецидивы. Предвестниками являются парестезия слизистой оболочки, иногда локализованная лимфаденопатия, субфебрильная температура, отек чаще языка, слизистой. Клиническое течение, длительное, волнообразное, присутствует существенная деформация слизистой оболочки. Количество поражений от двух до десяти. Исходя из вышесказанного, на сегодняшний день Афта Сеттона представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. На современном этапе существует большое количество средств и методов лечения афтозного стоматита, однако полный алгоритм комплексной терапии не разработан, отсутствуют методики поддерживающей терапии, что по-прежнему остается актуальной задачей стоматологии и требует дальнейших научных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашидзе Н.О. Иммуноморфологические аспекты дифференциальной диагностики рецидивирующего афтозного стоматита и стоматита Сеттона / Н.О. Абашидзе [и др.] // Пародонтология. - 2006. - № 3.- С. 77-86.
2. Азимбаев, Н. М. Этиология и причины возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы) / Н. М. Азимбаев. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 26 (130). — С. 189-193.
3. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогнитальной инфекции: автореф. дис. ... док. мед. наук: Нижний Новгород, 2015. 28 с.
4. Шукурова У.А. Особенности клинического течения и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 –Ташкент. 2009. С. 23.
5. Arakeri, G. Role of drinking water copper in pathogenesis of oral submucous fibrosis: a prospective case control study / G. Arakeri, S. Hunasgi, S. Colbert et al // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2014. – 52. – Pp. 507–512.
6. Baharvand, M. Comparison of burning mouth syndrome prevalence and its related factors between menopausal and non-menopausal women / M. Baharvand, M. Eshghpour, H. Mortazavi, Z. Fallah // J Dent Mater Tech. – 2014. – 3. – Pp. 16–22.

7. Carpenter, S. Post-transcriptional regulation of gene expression in innate immunity / S. Carpenter, E.P. Ricci, B.C. Mercier et al // Nat Rev Immunol. – 2014. – 14(6). – Pp. 361–376.

8. De Santana Sarmiento, D.J. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia / D.J. de Santana Sarmiento, M.C. da Costa Miguel, L.M. Queiroz et al // Int J Dermatol. – 2014. – 53. – Pp. 466–472.

9. Kudur, M.H. Rebamipide: A novel agent in the treatment of recurrent aphthous ulcer and Behcet's syndrome / M.H. Kudur, M. Hulmani // Indian J Dermatol. – 2013. – 58. – Pp. 352–354.

10. Recurrent aphthous stomatitis / L. Preeti, K. Magesh, K. Rajkumar [et al.] // J. Oral Maxillofac. Pathol.- 2011.- Vol. 15, № 3.- P. 252-256.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Шукурова У.А., Яхёева М., Рахмонова Д.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
shua1981@mail.ru*

Актуальность работы. Заболевания пародонта являются одной из серьезных проблем современной стоматологии, так как наблюдается неуклонный рост заболеваемости среди населения молодого и среднего возраста: более 50% жителей нашей страны к 25-30 годам имеют разнообразные клинические проявления. Последнее время отмечается тенденция к увеличению частоты распространенности заболевания пародонта, имеющие агрессивное, практически непрерывно рецидивирующее течение. Общеизвестно, что самыми эффективными способами профилактики заболеваний пародонта приняты индивидуальные. Наиболее эффективной программой является проведение профессиональной гигиены полости рта, включающей снятие зубных отложений, при необходимости применение местных лечебных средств, обучение индивидуальной гигиене полости рта и контроль за качеством ее выполнения.

На данный период времени фитотерапия широко применяется в стоматологии как в нашей стране, так и за рубежом в связи с выявленными ее положительными свойствами. А именно: присутствие целой совокупности терапевтических свойств, минимальные токсичные и побочные эффекты, отсутствие ограничений на прием других медикаментозных препаратов, минимальная вероятность развития резистентных штаммов, доступность и простота использования препаратов. Фитокомпозициям свойственен сложный химический состав и, соответственно, спектр биологического действия будет достаточно широк. Недаром одно и то же средство на растительной основе может оказывать патогенетическое, иммуномодулирующее действие, а фитотерапию можно рассматривать и в качестве аддитивной терапии. Особенно хочется отметить такое свойство фитопрепаратов как восстановление и нормализация тканевого метаболизма наряду с повышением эффективности

лечения основного заболевания, что особенно ценно при лечении патологий тканей пародонта.

Поиск альтернативных средств, для повышения эффективности лечения заболеваний пародонта воспалительного генеза, и по настоящее время является достаточно актуальной задачей. В связи с этим, местное использование терапевтических свойств активных компонентов растительных препаратов в качестве альтернативы является актуальным и доступным с экономической точки зрения.

Цель исследования: провести оценку клинической эффективности фитопрепарата при местном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 28 пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (ХГПСТ), обратившихся в поликлинику терапевтической стоматологии ТГСИ. Все обратившиеся проживали в Ташкенте или Ташкентской области. Диагноз был поставлен в соответствии с Модифицированной классификацией заболеваний пародонта (2001).

Клиническое исследование пациентов с хроническим пародонтитом включало опрос и осмотр. При опросе выясняли жалобы пациентов, наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний, аллергических реакций, наследственной отягощенности, профессиональной вредности, а также вредных привычек.

Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью индекса Силнес-Лое (Silness J., Loe H., 1962). Данный индекс был использован для определения налёта и его количества в придесневой зоне у каждого зуба.

Индекс Мюллемана (Muhlemann H.R., 1971) в модификации Коуэлл (Cowell I., 1975) использовали для оценки степени кровоточивости зубодесневой борозды. Глубину пародонтальных карманов определяли при помощи зондирования пуговчатым градуированным зондом от эмалево-цементного соединения до дна кармана, при этом ориентируясь на ощущаемое сопротивление тканей пародонта. Для оценки степени подвижности зубов использовали шкалу Миллера в модификации Фрезара (Miller M., Fleszar P., 1980). С целью уточнения предварительного диагноза, а также для оценки состояния костной ткани после лечения, проводилось рентгенологическое обследование, включавшее ортопантограмму, а также проведение внутривисочной прицельной рентгенограммы по показаниям.

Характеристика используемого геля Ламифарэн – пищевой гель из бурых морских водорослей (ламинарии). Эффективность Ламифарэна обусловлена наличием в его составе морских полисахаридов: альгинаты, фукоидан, ламинарин, а также набора витаминов, микро- и макроэлементов, близких к содержанию и потребностям организма человека. Водоросли в виде геля содержат полезные для человека вещества. Биогель упакован в полипропиленовую банку, позволяющую в течение всего срока годности сохранить первозданные свойства продукта.

Результаты и обсуждения. Клиническая оценка эффективности проводимого лечения в группах сравнения позволила выявить достоверное улучшение состояния тканей пародонта на основании значений гигиенических и пародонтологических индексов. Оценивая уровень гигиены пациентов, степень кровоточивости зубодесневой борозды, достоверно более низкие значения получены у пациентов группы, которым были назначены фитогель «Ламифарэн», который применялся последовательно и комбинированно ($p < 0,05$). Клиническая оценка эффективности лечения пациентов с применением фитогеля «Ламифарэн» показала статистически значимое улучшение клинических показателей состояния тканей пародонта по данным индексной оценки на основных этапах исследования.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Шукурова У.А., Гаффорова С.С., Шарапова З.Р. Ешжанова А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

shua1981@mail.ru

Актуальность работы. В результате научных исследований было установлено, что материалы, обладающие эффектом хамелеона – будущее эстетической реставрации, так как за счет своих свойств значительно упрощают работу врачу стоматологу и позволяют достичь желаемого эстетического эффекта. С помощью опроса выявили самые популярные реставрационные системы и критерии, на которые опираются стоматологи, выбирая стоматологический материал.

В современных условиях самыми распространенными стоматологическими пломбировочными материалами являются фотокомпозитные материалы в виду их положительных эстетических и механических характеристик, но такие материалы тоже являются несовершенными, происходит их перманентное усовершенствование. В условиях возрастания требований к биологической безопасности стоматологических материалов (как медицинских изделий) и распространения норм международных стандартов, в процессе проведения пре-маркетинговых исследований возникают вопросы касательно методологии клинической оценки таких материалов.

Бурное развитие современных реставрационных технологий на стоматологическом рынке, широкое внедрение превосходных пломбировочных масс в лечебный процесс требуют от докторов готовности работать по всем правилам искусства. Вышеуказанные факты диктуют необходимость установления влияния отечественного композитного светоотверждаемого материала на состояние полости рта.

Целью исследования является, оценка качества композитного пломбировочного материала «Firuze-Grand».

Материалы и методы. В исследовании участвовали 120 пациентов с диагнозами поверхностный кариес и средний кариес; из них - 78 женщин и - 42 мужчины в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты были разделены на 3 группы:

1-группа; 36 человек, в качестве пломбировочного материала использовали композит «Лателюкс» (Latus, Украина).

2-группа; 46 человек, в качестве пломбировочного материала использовали композит «Filtek Ultimate» (3M ESPE, США).

3-группа; 48 человек, в качестве пломбировочного материала использовали композит «Firuze-Grand» (Dentals Pharma GmbH, Узбекистан).

Композитный пломбировочный материал «Firuze-Grand» (Dentals Pharma GmbH, Узбекистан), начал производиться с 2019 года в Заминской свободной экономической зоны Джиззакской области по немецким технологиям. Firuze Grand – наногибридный композитный материал светового отверждения для реставрации фронтальных и боковых зубов.

Оценка качества реставрации определялась по бальной оценке качества пломб, отражающими функциональные и эстетические качества пломб (Камилов Х.П., Муллажанова У.З. 2009).

Результаты и обсуждения. При лечении всех видов кариеса был достигнут высокий клинический результат, представляющий собой замещения дефекта твёрдых тканей зуба пломбировочным материалом с восстановлением их анатомической структуры и физиологической функции. Нами не обнаружено ни одного случая неудовлетворительного пломбирования. Сразу после проведения реставрации, пломбы, поставленные по поводу поверхностного и среднего кариеса, получили оценку 4 балла – великолепный результат лечения. У 6 (5,36%) пломб из Реставрина и 2 (4,17%) пломб, поставленных по поводу глубокого кариеса, не удалось достичь идеального совпадения цветовых оттенков пломбы и тканей зуба, что и определило общую оценку их качества в 3 балла (приемлемый результат).

Хотелось бы отметить, что при реставрации зубов из среднего кариеса композитом Filtek Ultimate, у 5 пациентов (6,67%) не удалось достичь идеального совпадения цвета пломбы и тканей зуба. Цветовая «ранжировка» пломб не соответствовала оттенкам естественных тканей зуба, что понижало общее эстетическое впечатление и определило общую клиническую оценку всех пломб из Filtek Ultimate – 3 балла (удовлетворенный результат лечения). Аналогичный показатель был определен при реставрации зубов композитом Firuze-Grand, что еще раз подтверждает, новый отечественный композит не уступает аналогам зарубежных производителей.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что качество лечения зависит не только от пломбировочного материала, на его результат в значительной степени влияют исходный диагноз и положение зуба в зубном ряду.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Эсонов Б.Ю.

*Андижанский государственный медицинский институт
ganiev1957@mail.ru*

Цель исследования: оценка эффективности применения реминерализующей терапии кальцийсодержащим гелем в домашних условиях для лечения начальной формы кариеса зубов у детей.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном с участием 35 детей в возрасте от 1 до 3 лет, нами осуществлялось лечение кариеса в стадии меловидного пятна с применением геля «R.o.c.S. Medical Minerals». Клиническое обследование полости рта проводили по стандартной схеме с заполнением индивидуальной карты. Интенсивность деминерализации при кариесе оценивали методом окрашивания меловидных пятен 2%-ным раствором метиленового синего по 10-балльной шкале Аксамита. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс для оценки зубного налета у детей раннего возраста [6]. Кроме того, визуально определяли наличие или отсутствие явлений катарального гингивита.

По показаниям им был назначен следующий комплекс консервативных лечебно-профилактических мероприятий:

1. Улучшение гигиенического состояния полости рта.
2. Нормализация характера и режима питания (устранение углеводного фактора).
3. Местная реминерализующая терапия с использованием геля R.o.c.S. Medical Minerals (в домашних условиях).
4. Диспансерное наблюдение.

Обучение родителей маленьких пациентов принципам гигиены полости рта и способу применения высокоадгезивного геля «R.o.c.S. Medical Minerals» происходило в условиях стоматологического кабинета; применение геля осуществлялось в домашних условиях. Маленьким пациентам после вечерней ежедневной гигиены гель наносился на зубы другой щеткой, втирался и оставлялся на ночь, по завершении процедуры рекомендовалось сплевывать остатки геля, не ополаскивая полость рта. Для гигиенического ухода в период лечения рекомендовали детскую зубную пасту, не содержащую фтор, «RocSbaby, аромат липы». На контрольных осмотрах каждый месяц в течение года оценивались площади очагов деминерализации эмали временных зубов.

Результаты и обсуждения. При клиническом обследовании полости рта пациентов через месяц после назначенного комплекса консервативных лечебно-профилактических мероприятий мы отметили отсутствие прироста новых кариозных полостей и очагов деминерализации; на имеющихся меловидных пятнах происходило восстановление блеска, наблюдался положительный симптом скольжения зонда.

До исследования меловидные пятна при прокрашивании 2%-ным раствором метиленового синего окрашивались в темно-синий цвет (от 6 до 9 баллов), через месяц профилактических мероприятий меловидные пятна сохранялись, но окрашивания не происходило (0 баллов). Среди других позитивных изменений следует отметить исчезновение признаков катарального гингивита и удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у всех пациентов.

В результате лечения отмечено восстановление структуры эмали временных зубов у всех обследованных детей. Таким образом, использование реминерализующего геля «R.o.c.S. Medical Minerals» для лечения кариеса в стадии меловидного пятна временных зубов является эффективным и безопасным методом. В результате применения геля происходит насыщение эмали кальцием, что способствует реминерализации зубов и повышению их устойчивости к действию кариесогенных факторов. Кроме того, залогом успешного лечения кариеса в стадии меловидного пятна является строгое соблюдение гигиены полости рта. Проведенное исследование продемонстрировало высокий уровень эффективности предложенного метода и получило высокую оценку родителей наших пациентов.

Повышение уровня информированности родителей о новых методах лечения и профилактики кариеса зубов у малышей может способствовать повышению уровня своевременной диагностики заболеваний зубов у детей младшего возраста.

Выводы. Профилактика кариеса зубов у детей является залогом стоматологического здоровья на всю жизнь. Грамотное применение специальных детских средств гигиены полости рта поможет сформировать ребенка мотивацию к чистке зубов с первых лет жизни. Сочетание реминерализующего и противомикробного действия в аппликационном геле «R.o.c.S. Medical Minerals» позволяет сократить количество посещений стоматологического кабинета в предложенной нами схеме лечения, что существенно облегчает ее выполнение у детей раннего возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАМИСТАД БЭБИ –ГЕЛЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Эшкулова Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
eshkulovashaxzoda@gmail.com*

Прорезывание зубов особенно молочных, различные острые и хронические травмы СОПР является одной из наиболее актуальных и часто встречающихся проблем детской терапевтической стоматологии. В практике врача стоматолога преобладают изменения слизистой как физиологического характера (Прорезывание зубов), так патологические изменения (травмы механического, физического и других факторов). В Настоящее время хорошо изучены вопросы физиологического процесса как прорезывание зубов, так и этиопатогенеза воспаления в пародонте и слизистой оболочке полости рта, что позволяет проводить целе направленную профилактику, диагностику, этиотропную и патогенетическую терапию воспалительных процессов слизистой и пародонта у детей. Для этих целей в практической стоматологии мы предлагаем использовать специальный комплексный противовоспалительный, обезболивающий препарат местного характера Камистад бэби гель. И тем самым определить эффективность терапевтического действия вышеуказанного препарата.

Цель исследования: определить эффективность обезболивающего воздействия, терапевтического действия препарата «Камистад бэби –гель» в прорезывание зубов, при хронических травмах, воспалении слизистой оболочки полости рта у детей.

Материал и методы: Проведено стоматологическое обследование 25 детей возрасте от 6-12 месяцев до 12-14 лет с явлениями прорезывания молочных и постоянных зубов, хронических травм слизистой сопровождающиеся зудом, болью, отеком и гиперемией десен, слизистой оболочки катарального характера, к которым был применен препарат Камистад бэби –гель, имеющий обезболивающий и противовоспалительный эффект.

Выводы: Таким образом, после получения результатов исследования слизистой оболочки полости рта у детей с проявлениями поражения различного характера, показало максимальную эффективность применения препарата **Камистад Бэби** гель, имеющий щадящий эффект и пролонгированное противовоспалительное и длительное анальгезирующее воздействие и может быть использован широко в стоматологической практике у детей.

ПРОФИЛАКТИКА ПАРОДОНТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Юлдашева Н.А.

Профилактические меры и лечение острых воспалительных процессов необходимо проводить у беременных настолько рано, насколько возможно. Диагноз, включая рентген необходимый для лечения, может быть обеспечен безопасно в любом гестационном периоде. Согласно рекомендациям специалистов здравоохранения США период с 14 до 20 недель беременности (II триместр) расценивается как оптимальное время для лечения полости рта.

Цель исследования: определить клиническую эффективность профилактики и лечения генерализованного пародонтита средней степени тяжести у беременных.

Материал и методы. Женщины с генерализованным пародонтитом средней тяжести (ГПСТ) в разные периоды беременности. Лечение заболеваний пародонта проводили в период между во II триместр беременности, поскольку к этому времени уже закончен органогенез плода, заканчивается формирование плаценты, функционирует ферроплацентарное кровоснабжение, стабилизирована гемодинамика, улучшились показатели иммунологического статуса. После клинического обследования для каждой беременной индивидуально составляли план лечения, учитывая местный статус, характер лечения и длительность заболевания пародонта. Обучали навыкам индивидуальной гигиены на 4 посещениях с интервалом 2-3 дня. Контроль гигиены полости рта проводили в динамике через 2, 7, 14 дней.

Качество чистки зубов контролировали с помощью раствора фуксина или эритрозина для полоскания. Обращали внимание на гигиенические навыки беременной по уходу за полостью рта: время, количество в день чисток зубов, какие пасты использует, как часто их меняет.

1 основная подгруппа (n=29) (средний возраст $26,55 \pm 1,31$ лет) дополнительно назначали актовогиновую мазь в виде аппликаций на десневой край под защитно-фиксирующую повязку;

2 основная подгруппа (n=28) (средний возраст женщин - 27,00±1,31 лет): дополнительно осуществляли дистанционную фототерапию очагов поражения аппаратом «Дюна - Т», обеспечивающего чередование воздействия красными и инфракрасными светодиодами;

3 основная подгруппа (n=30) (средний возраст - 26,76±1,23 лет). После гигиенических мероприятий осуществляли бесконтактную дистанционную фототерапию очагов поражения аппаратом «Дюна-Т», затем аппликации актовегиновой мази.

Стандартные курсы лечения составляли 10 дней. Критериями ремиссии пародонта служили отсутствие болевого синдрома, кровоточивости, экссудации из пародонтальных карманов, глубины пародонтальных карманов, уменьшение подвижности зубов, наличие нормального тургора десны, отсутствие мягких и твердых над - и поддесневых зубных отложений, а также показатели индексов.

Результаты и обсуждение. До начала лечения в сравниваемых группах регистрировалась однотипная картина генерализованного пародонтита средней тяжести. После лечения, включающее индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта, отмечалось улучшение клинического состояния полости рта. Все беременные отмечали снижение кровоточивости десен при чистке зубов, исчезновение неприятного запаха изо рта, ощущение свежести, снижение или исчезновение болевых ощущений и явлений парестезии в деснах. Альвеолярная десна приобретала бледно-розовый цвет, а десневые сосочки правильную конфигурацию, уменьшались или исчезали зубодесневые карманы и отделяемое из них.

Выводы: Сочетанное применение актовегиновой мази и фототерапии с использованием профилактически-гигиенических мероприятий оказывают максимально выраженный клинический эффект, проявляющийся в купировании воспаления, снижении кровоточивости, уменьшении патологической подвижности зубов, улучшения гингивального состояния полости рта. Лечение хорошо воспринималось больными, побочных эффектов не наблюдалось. Ремиссия достигнута у 96,0% беременных.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Юнусходжаева М.К., Рустамова М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Анализ стоматологической заболеваемости ВОЗ показывает четкую тенденцию к росту числа микотических поражений в течение последнего десятилетия. К 1995 году микозами страдало 20% населения планеты, в начале XXI века этот показатель вырос вдвое и продолжает расти. Истинная заболеваемость кандидозом СОПР в Узбекистане неизвестна, поскольку официально не регистрируется и обращают внимание на проблему лишь при его обострении.

Целью работы было изучение возникновения кандидоза у пациентов с длительным и бесконтрольным временем приема антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов, с сопутствующими заболеваниями (ВИЧ, эндокринопатии,

патология ЖКТ), повышенным уровнем глюкозы крови, неудовлетворительным состоянием гигиены полости рта, наличием гальванизма, возраст старше 40 лет и прочее.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинике ТГСИ находились 45 больных с хроническим атрофическим кандидозом полости рта. При постановке первичного диагноза и контроле результатов лечения руководствовались общеклиническими данными (типичные жалобы больных, анамнез, клиническая картина заболевания), показателями лабораторных исследований (общий анализ крови и кровь на сахар, мазок или соскоб для микроскопии и культуральной диагностики) и данными консультаций других врачей. Лабораторные исследования крови проводились на базе ЦКДЛ клиники ТМА. Микроскопия мазков и культуральные исследование в лаборатории кафедры микробиологии ТГСИ.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты наших исследований показали, что в большинстве случаев (68,9%) у больных грибы рода *Candida* выделены в ассоциациях с другими микроорганизмами. Этот факт значительно усложняет лечение и требует комплексного и дифференцированного подхода к терапии заболевания. Поэтому всем больным назначалось этиологическое лечение антимикотиками широко спектра действия, специализированными препаратами в зависимости от ассоциации с другими микроорганизмами, а также гипосенсибилизирующая, иммунокорректирующая терапия, биотерапия, витаминно-белковая диета, санация полости рта и необходимый гигиенический уход. Наблюдение за диспансерной группой показало, что у пациентов (61,5%), у которых возбудителем было обнаружен *C. albicans*, через 2-3 года после проведенного комплексного лечения диагностирован рецидив болезни. По нашему мнению, это обусловлено факторами патогенности данного вида гриба. *Candida albicans*-единственный среди возбудителей микозов вид, существующий в диплоидном состоянии. В зависимости от условий среды *C. albicans* переходит от дрожжевой формы до плесневой и наоборот, то есть происходит полиморфизм.

Местно использовали полиеновые антибиотики (нистатин, леворин.) которые, по данным литературы, увеличивают проницаемость цитоплазматической мембраны чувствительных микроорганизмов, предоставляют доступ к клетке другим лекарственным средствам и имеют самый широкий спектр противогрибковой активности *in vitro* среди антимикотиков. Их целесообразно использовать в виде суспензий, растворов, мазей. Рекомендовали преимущественно разжевывание таблеток, так как ротовые полоскания менее эффективны, в связи с меньшим сроком контакта. С учетом чувствительности грибов всем опытным больным назначали полоскания (5-10 мл в течение 1 минуты 4 раза в день) или аппликации (1 мл 4-6 раз в сутки) водной суспензии (раствора) одного из полиеновых антимикотиков (нистатина 100 000 ЕД/ мл, леворина 20 000 ЕД / мл, 2,5% пимафуцина, 1% канестена) или таблетки для разжевывания (по 250 000 – 500 000 ЕД 4 раза в день). Всем больным объясняли, что средства для местного лечения должны оставаться в полости рта как можно дольше. С этой же целью использовали

противогрибковые мази с преимущественно 2% содержанием активного вещества, которые наносились на слой ваты или марли и размещались на участках поражения. Параллельно применяли антисептики с противогрибковым действием к которым относятся: 1-2 % растворы анилиновых красителей, раствор Люголя, 10-20% раствор буры в глицерине для смазывания СОПР. А также полоскания щелочными средствами, изменяющими среду полости рта и губительно действующими на грибковую флору (2% р-н борной кислоты, 2% р-н натрия гидрокарбоната). Местные антисептики рекомендовали использовать поочередно.

Для уменьшения сухости в полости рта и дополнительного воздействия на грибковую флору назначали 2-3% р-н йодида калия по 1 ст. ложке внутрь 2-3 раза в день после еды. Таким образом, мы использовали фунгистатические свойства йода, проявляющиеся в период выделения через кожу, слизистую оболочку рта и слизистые железы, а также стимулировали саливацию. С целью системной терапии (которая показана при хронических формах кандидоза, комбинированных поражениях и рецидивах болезни) назначали флуконазол (по 50-100 мг в сутки), итраконазол (по 100-200 мг в сутки), вориконазол (по 200-400 мг в сутки) в течение 10 дней. Наибольший спектр действия имеют Вориконазол и Итраконазол. Оба отличаются от других азолов наличием активности по отношению к плесневым грибам.

Всем пациентам проведена разъяснительная работа о взаимосвязи характера питания с состоянием иммунной системы. Рекомендовано исключить или свести к минимуму продукты, которые стимулируют рост грибов. Для гигиенического ухода за полостью рта всем пациентам назначена зубная паста, содержащая триклозан «President Active», рекомендовано использовать зубные щетки со скребком для языка.

Вывод: Комбинированная терапия значительно оптимизирует схему комплексного лечения больных кандидозом при хронических формах заболевания, комбинированных поражениях и рецидивах болезни. При назначении антимикотиков необходимо учитывать чувствительность бактериальной флоры и отдавать предпочтение препаратам, которые действуют в синергизме.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСЩИХ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.

Юсупалиходжаева С.Х., Усмонов Б.А., Турдиев А.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

syx76.76@mail.ru

Здоровье населения выступает в качестве показателя, который интегрирует демографические, социальные и биологические процессы, свойственные обществу[1,3] , отражает уровень его экономического и культурного развития, состояния медицинской помощи. В качестве главных причин многих заболеваний выступают не столько возбудители, сколько социально-экономические условия[2].

Цель исследования. Изучение социального статуса у пациентов перенесших короновирусную инфекцию с клиническими проявлениями в полости рта.

Материал и методы. Проанализировали социально-демографические причины 30 пациентов, обратившихся в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ на основании результатов анкетирования проведенных в соответствии со стандартным алгоритмом сбора жалоб и анамнеза. В зависимости от состояния СОПР пациентов разделили на 2 группы: основную группу составили 16 пациента и контрольная группа 14 пациентов с клиническим, микробиологическим и иммунологическим подтвержденным диагнозом перенесших COVID 19.

Результаты. Большинство пациентов сравниваемых групп имели среднее профессиональное образование: 9(56,07±3,77%) пациенты перенесших короновирусную инфекцию (ПКИ) против 8(54,67±4,06%) ($P \geq 0,05$) в группе контроля. Но доля выпускников ВУЗов была достоверно ниже в группе с пациентом ПКИ по сравнению с группой сравнения: 4(24,86±3,75%) против 8(54,67±4,06%) ($P < 0,05$); не было установлено статистически значимых межгрупповых отличий по доле опрошенных со средним образованием 5 (2,89±1,27%) и 3(2,0±1,14%) ($P \geq 0,05$) в основной и контрольной группах. В то же время с пациентом ПКИ в группе пациентов в 2,5 раза чаще регистрировались пациенты с начальным образованием по сравнению с их долей в контрольной группе: 3(15,60±2,76%) против 1 (4,66±1,72%) ($P < 0,05$) соответственно. По роду деятельности пациенты основной группы в 54,91±3,78% (9 случаев) ($P \leq 0,01$) были заняты в сфере обслуживания против 66,60±3,85% (14 пациентов) в группе контроля. Среди служащих основной группы руководящие посты занимали 3,15±1,33% (3 пациента) анкетизируемых, в то время как 71,58±3,43% (7 пациентов) были представлены специалистами различного профиля (врачами, педагогами, бухгалтерами, учеными и т.д.). На долю собственно служащих, к которым относили исполнителей осуществляющих подготовку и оформление документации, хозяйственное обслуживание (секретари-машинистки, статистики, табельщики) в рассматриваемой категории приходилось 25,26±3,30% (2 пациента). Так, среди 14 пациентов группы контроля с руководящим различных уровней относились 22,0±4,4 % (3) пациентов, что более чем в 6,9 раза превышало долю управленцев в основной группе ($P < 0,001$). Большая часть служащих (70,0±3,74%; 10 пациентов) была также представлена различными профилями. Однако, служащие с низкой квалификацией в контрольной группе встречались в 3,15 раза реже (8±2,71%; 2 пациентов) по сравнению с основной группой ($P < 0,001$). Основная и контрольная группа были сопоставимы по доле учащихся которые составляли 21,56±3,13% (3) и 20,67±3,31% (3) соответственно ($P > 0,05$). Инвалидность имели 5,78 ±1,77% (2) основной группы, против 3,33±1,46(1) пациентов группы контроля.

Выводы. К ведущим факторам определяющим характер клинического течения у пациентов ПКИ относятся: отсутствие высшего образования, работа

связанная с физическим трудом, стрессом, болезни системы кровообращения, анемия, эндокринные нарушения, заболевания пародонта.

Литература

1. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2017. – С. 13-16.
2. Yusupalikhodjaeva S. H., Bekjanova O. E. Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus // European science review. – 2016. – №. 1. – С. 134-135.
3. Yusupalikhodjaeva S. H., Bekjanova O. E. Factors for persistence of candida albicans, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity// European Science Review.- 2018.-№7-8.- С. 187-190

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА

Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х., Патхиддинова М.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Syx76.76@mail.ru

Чаще всего воспалительный процесс в периодонте обусловлен поступлением инфекционно-токсического содержимого корневых каналов через верхушечное отверстие. При этом вирулентности микроорганизмов придают меньшее значение, чем влиянию на околоверхушечные ткани эндотоксина, образующегося при повреждении оболочки грамположительных бактерий. Попадание эндотоксинов в периодонт ведет к образованию биологически активных продуктов, усиливающих проницаемость сосудов. В результате этого резко увеличивается количество мононуклеарных лимфоцитов и макрофагов, лизосомальных ферментов, которые активизируют деятельность остеокластов. Это ведет к деструкции периодонта и костной ткани [1,2,4].

Разными исследователями было обнаружено разнообразное количество микроорганизмов: а-гемолитические стрептококки, энтерококки, микрококки, стафилококки, лактобациллы, кишечные палочки, грибы рода *Candida*, нейссерии, бактерии рода *Veillonella*, которые могут вызывать периапикальные заболевания. При пульпарно-периапикальных заболеваниях преобладают облигатные анаэробы. На начальных стадиях развития воспалительного процесса в пульпе выявляются факультативно анаэробные стрептококки и стафилококки. Однако ко времени формирования периапикальных очагов корневые каналы всегда инфицированы, а микрофлора почти всегда состоит из облигатных анаэробов, включая бактериоиды, фузобактерии и некоторые грамположительные палочки[2,3,5].

Материалы и методы исследования. Исследования проведены в 2020-2021 гг. на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.

В исследование включено 66 больных с сочетанными поражениями пародонта. У пациентов обеих групп проводились клинические, микробиологические и рентгенологические методы исследования.

До начала лечения всем 66 пациентам осуществлялась санация полости рта, местное обезболивание, антисептическая обработка пародонтальных карманов (ПК) раствором Фурасол, удаление над и поддесневых назубных отложений и кюретаж ПК, временное шинирование и избирательное пришлифовывание зубов. Всем больным была назначена антимикробная терапия с трихопол содержащими мазями. Также всем пациентам проводилось эндодонтическое лечение зубов с хроническими периодонтитами. После проведения эндодонтической процедуры пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы.

Больным 1-ой группы корневые каналы медикаментозно обрабатывались антисептиком 3% хлоргексидином, у больных 2-ой группы проводилась антисептическая обработка корневых каналов с раствором Фурасол. У пациентов 2 группы дополнительно получали проводилось физиотерапевтическое лечение при помощи аппарата МИЛ-терапии «Согдиана».

В корневых каналах до антисептической обработки у пациентов с хроническим апикальным периодонтитом микробиологический пейзаж, представлен главным образом 90% анаэробной флорой, относящейся к трем группам: грамположительные кокки и спорообразующие, грамотрицательные палочки, грибы. Из факультативно-анаэробных микроорганизмов, выделенных до лечения, первое место заняла группа микроорганизмов -представителей рода *Streptococcus*, на втором месте были *Escherichia coli* и *Candida albicans*.

Результаты и обсуждения. После антисептической обработки корневых каналов с Фурасолом доля пациентов, у которых высевали *Staphylococcus aureus*, составила 29,6%, *Actinomyces spp.* 44,7%, *Escherichia coli* 52,3%, *Candida albicans* 40,2%, *Streptococcus intermedius* 58,0%, *Actinomyces Israeli* 34,0%., *Enterococcus spp.* 28,3%, *Streptococcus spp.* 28,9%. После антисептической обработки корневых каналов, проводимой в первое посещение, сохранилась высокая обсемененность микроорганизмами корневых каналов пациентов с деструктивными хроническими формами апикального периодонтита. Количество штаммов, высеваемых в среднем у одного пациента, до лечения было равно $3,89 \pm 0,01 (p < 0,05)$, после первой антисептической обработки - $2,97 \pm 0,01 (p < 0,05)$, а после эвакуации первого временного вложения в основной группе, среднее количество штаммов, высеваемых с помощью культурального метода составило всего 0,6.

В группах сравнения результаты были существенно хуже: 1,8 в первой группе наблюдения и 2,6 во второй группе наблюдения ($p < 0,05$). После недельной экспозиции наибольшая положительная динамика, о чем свидетельствовало уменьшение показателя КОЕ, была в основной группе наблюдения: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Actinomyces spp.*, *Streptococcus intermedius* снизился, а колонии *Actinomyces Israeli*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Candida albicans* не дали роста. Это подтверждает

эффективность применяемых антибактериальных препаратов в отношении этих патогенов. В группах сравнения показатель менялся незначительно.

Выводы. Применение фурасола и магнитно-инфракрасно-лазерного излучения в комплексном лечении сочетанных поражений пародонта, снижает бактериальную обсемененность эндо-пародонтальных очагов, уменьшает воспалительную реакцию в тканях десны и в области периодонта, а также увеличивает сроки ремиссии у пациентов с эндо-пародонтальными поражениями.

Литература

4. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2017. – С. 13-16.

5. Галанова, Т.А. Отдаленные результаты лечения хронического апикального периодонтита / Т.А. Галанова, Т.Е. Щербакова // Эндодонтия Today. - 2010. -№ 2. - С. 73-78.

6. Миронова, В.В. Современные методы диагностики и лечения хронического верхушечного периодонтита /В.В. Миронова, Г.Г. Физюкова, Н.Н. Соломатина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2011. - № 3.- С. 96-101.

7. Yusupalikhodjaeva S. H., Bekjanova O. E. Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus //European science review. – 2016. – №. 1. – С. 134-135.

8. Yusupalikhodjaeva S. H., Bekjanova O. E. Factors for persistence of candida albicans, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity// European Science Review.- 2018.-№7-8.- С. 187-190

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТЫ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИКА ОБОБЩЕННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ УМЕРЕННОЙ ТЯЖЕСТИ **Яхёева М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воспалительные заболевания пародонта - одно из серьезных проблемы современной стоматологии, так как наблюдается неуклонный рост заболеваемости среди молодого и среднего возраста населения: более 50% жителей г. В нашей стране к 25-30 годам наблюдаются самые разные клинические проявления. В последнее время, появилась тенденция к увеличению частоты распространения пародонта. Заболевания, которые имеют агрессивное, практически непрерывно рецидивирующее течение. Это хорошо известно, что наиболее эффективными способами профилактики заболеваний пародонта являются: индивидуальный. Самая эффективная программа - это выполнение профессионального устного гигиена, в том числе удаление зубных отложений, при необходимости использование местных лекарственных средств, обучение индивидуальной гигиене полости рта и контроль качества ее реализация.

За это время фитотерапия получила широкое распространение в стоматологии как в нашей стране и за рубежом благодаря выявленным положительным свойствам. А именно: наличие весь набор лечебных свойств, минимальные токсические и побочные эффекты, отсутствие ограничения на прием других лекарств, минимальная вероятность развития устойчивые штаммы, доступность и удобство применения препаратов. Фитокомпозиции бывают характеризуются сложным химическим составом и, соответственно, спектром биологическое действие будет довольно широким. Особо хотелось бы отметить такое свойство фитопрепаратов как восстановление и нормализация тканевого обмена с повышением эффективности лечения основного заболевания, которое особенно ценно при лечении патологий тканей пародонта.

Поиск альтернативных средств повышения эффективности лечения заболеваний пародонта воспалительного генеза остается актуальной задачей. В этом с учетом местного применения лечебных свойств активных компонентов травяных препараты как альтернатива актуальны и доступны с экономической точки зрения посмотреть.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность фитопрепарата в местном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Материалы и методы: обследование и лечение 28 больных с диагностика хронического генерализованного пародонтита средней степени (ХГПСТ) обращений в клинику терапевтической стоматологии ЦНИИ. Все заявители проживали в г. Ташкенте или Ташкентской области. Диагноз хронического генерализованный пародонтит средней степени тяжести производился в соответствии с модифицированная классификация заболеваний пародонта (2001 г.). Клиническое обследование больных хроническим пародонтитом включало анкетирование и экспертиза. Во время обследования жалобы пациентов, наличие предшествующих и сопутствующие заболевания, аллергические реакции, наследственная отягощенность, вредность труда, а также были выяснены вредные привычки. Гигиеническое состояние полости рта было оценивается с использованием индекса Силнесса-Ло (Silness J., Loe H., 1962). Этот индекс использовался для определения налета и его количества в прикорневой зоне каждого зуба.

Результаты и обсуждения. Клиническая оценка эффективности лечение в группах сравнения выявило значительное улучшение состояния тканей пародонта по значениям гигиенических и пародонтальных показателей. Оценка уровня гигиены пациентов, степени кровоточивости зубочелюстных суставов борозды, достоверно более низкие значения были получены у пациентов группы назначили фитопрепарат «Ламинарин Сердцевит А», которым пользовались последовательно и в комбинации ($p < 0,05$). Клиническая оценка эффективности лечение пациентов с применением фитопрепарата «Ламинарин Сердцевит А» показали статистически значимое улучшение клинических показателей состояние тканей пародонта по оценке индекса на основных этапах исследования.

**POST COVID-19 OSTEOMYELITIS ON UPPER JAW: DIAGNOSIS
AND TREATMENT.**

Azamatov Sh.

Shaxzodstom97@gmail.com

Many patients with mild or severe COVID-19 do not make a full recovery and have a wide range of chronic symptoms for weeks or months after infection, often of a neurological, cognitive or psychiatric nature. The epidemiological evidence, diagnostic criteria and pathogenesis of post-COVID-19 syndrome are reviewed.

Post covid osteomyelitis on upper jaw is a rare, life-threatening disorder that can complicate facial infection, sinusitis, orbital cellulitis, pharyngitis, or otitis or following traumatic injury or surgery, especially in the setting of a thrombophilic disorder. Early recognition of cavernous sinus thrombosis which, often presents with fever, headache, eye findings such as periorbital swelling, and ophthalmoplegia, is critical for a good outcome. Despite modern treatment with antibiotics and anticoagulation, the risk of long-term sequelae, such as vision, diplopia, and stroke, remains significant. This activity examines when cavernous sinus thrombosis should be considered, how to properly evaluate this condition and the role of the interprofessional team in caring for patients with this condition.

The optimal diagnostic test is neuroimaging with either contrast-enhanced computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI). CT venogram (CTV) and contrast-enhanced MR venogram (MRV) are highly sensitive, whereas non-contrast CT and time-of-flight MRV may miss the diagnosis. Non-contrast CT of the head, although not ideal for a cavernous sinus thrombosis diagnosis, may reveal several subtle abnormalities such as engorgement or dilation of the superior and/or inferior ophthalmic veins, bulging of the lateral margins of the cavernous sinus, exophthalmos, and possibly the presence of sphenoid or ethmoid sinusitis, or mass lesions near the sphenoid or pituitary gland. Contrast-enhanced MRI brain shows bulging of the cavernous sinus, increased dural enhancement, and absent flow void is seen.

Screening for thrombophilia may give false results during anticoagulation therapy and should be delayed until after treatment is completed.

Because of the rarity of diagnosis, no randomized controlled trials are available, and expert opinion guides treatment. In general, antimicrobial and antithrombotic therapies are primary considerations.

Corticosteroids are often given but without demonstrated efficacy. The potential benefit would be decreased inflammation and vasogenic edema surrounding cranial nerves and orbital structures. Steroids are necessary, however, for cases of hypopituitarism. The International Study on Cerebral Veins and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT) reported steroid use in 24% of cerebral thrombosis with no evidence of improvement.

No surgical interventions are recommended for the cavernous sinuses themselves. However, some patients might require sphenoidectomy, ethmoidectomy, maxillary antrostomy, mastoidectomy, abscess drainage, craniotomy (subdural empyema), orbital decompression, or ventricular shunt placement.

USEFULLNESS OF LASER IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

Azimov I.M.

Tashkent state dental institute

Abstract. Lasers have revolutionized dental treatment since three and a half decades of the twentieth century. Theodore Maiman in 1960 invented the ruby laser, since then laser is one of the most captivating technologies in dental practice. Lasers have been used in initial periodontal therapy, oral surgical procedures, and also in implant treatment. Further research is necessary so that laser can become a part of the dental armamentarium. This paper gives an insight towards the uses of laser in Oral and Maxillofacial Surgery.

Introduction. Laser systems and their application in dentistry and especially oral surgery are rapidly improving today. The specific advantages of lasers are incision of tissues, coagulation during operation and postoperative benefits. Semiconductor diode lasers (Gallium arsenide (GaAs), gallium-aluminum-arsenide (GaAlAs)) are portable compact surgical units with efficient and reliable benefits. They are assigned according to economic and ergonomic consideration and offer reduced costs in comparison to other modern hard laser devices⁽¹⁾. This laser can be used in a continuous or pulsed mode of operation through contact or noncontact application on tissues according to the clinical approach and treatment method. The noncontact delivery is utilized to focus the emitted photons on tissue in order to create larger spot diameter, lower fluency, lower energy and gain for coagulation of superficial lesions, for example in removing the vascular tissues. Diode laser with wavelengths ranging from 810 to 980 nm in a continuous or pulsed mode was used as a possible modality for soft tissue surgery in the oral cavity. Based on the photo thermal effect of the diode laser, the lesions of the oral mucosa are removed with an excision technique, or by ablation/vaporization procedures^(1, 2, and 3).

Conclusion. Lasers have shown rapid strides in technological advances since its inception in 1960's. The emergence of lasers with variable wavelengths and its wide application in the management of oral lesions may influence the outcome of treatment and treatment planning of patients. The exponential progress in laser technology has enabled oral & maxillofacial surgeons to treat lesions that were previously deemed untreatable and produced poor results. Thousands of patients including children have been benefitted with laser technology. In the future, it is likely that continued improvements in laser technology will bring about revolutionary change in the approach towards managing oral lesions.

All rights reserved by Lal K, Parthiban J, Sargunar B, Prakash C.A., Anandh B. Usefulness of Laser in Oral and Maxillofacial Surgery. Biomed Pharmacol J 2015;8(October Spl Edition)

YUZ SKELET SUYAKLARINI QO'SHMA JAROHATLARIDA GEMOSTAZ TIZIMINING MIKROTIRKULYATOR VA KOAGULYATSION BO'G'INLARINING HOLATI.

Boymurodov Sh. A., Narmurotov B.Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

bahtiyor.normuradov1968@gmail.com

Yuz-jag' jarohati bo'lgan bemorlarni davolashni tashkil e'tish yanada rivojlantirishni talab qiladi, chunki mavjud yondashuvlar qo'shma jarohat patogenezining barcha jihatlarini to'liq qamrab olmaydi va natijada bunday bemorlarni reabilitatsiya qilishning yuqori samaradorligini ta'minlaydi. Birgalikda yuz-jag' sohasi jarohati bilan og'rigan bemorga yordam ko'rsatish vaqti va joyini aniqlashda aniq strategik yo'nalish bo'lmasa, bitta mutaxassisning bir nechta shikastlangan anatomik tuzilmalarni bartaraf etishda ishtirok etishini to'liq va etarli darajada samarali deb hisoblash mumkin emas.

Materiallar va usullar. Biz 120 nafar yuz-jag' sohasi qo'shma jarohatlari bo'lgan bemorda trombositlar agregatsiyasi faolligi va qon tomir devorining antiaggregatsiya qobiliyatini o'rganib chiqdik.

Olingan natijalar. Davolash boshlanishidan oldin mandibulaning sinishi bo'lgan bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan trombositlarning yuqori funktsional faolligi kuzatiladi, bu trombositlar agregatsiyasining maksimal tezligini $56,5 \pm 9,2$ ga ($p_1=0,01$) statistik jihatdan sezilarli darajada oshirishda namoyon bo'ladi, ularning yig'ilishning maksimal darajasi $50,7 \pm 10,1\%$ gacha ($p=0,01$), maksimal yig'ish tezligiga erishish vaqti bir vaqtning o'zida $684,3 \pm 125,2$ soniyagacha ($p_1=0,01$) va maksimal darajaga erishish vaqti. agregatsiya darajasi $55,3 \pm 4,2$ soniyagacha ($p_1 = 0,03$) tashkil e'tdi.

Davolash boshlanganidan 3-5-kunida trombositlarning funktsional faolligining yanada oshishi davom etadi, bu agregatsiyaning maksimal tezligini $75,1 \pm 12,6$ ($p_1=0,01$; $p_2=0,02$)ga oshirish bilan birga keladi, ularning yig'ilishning maksimal darajasi $74,7 \pm 11,4\%$ ($p_1=0,01$; $p_2=0,01$), maksimal yig'ish tezligiga erishish vaqtini $932,1 \pm 158,4$ soniyagacha ($p_1=0,01$; $p_2 = 0,01$), maksimal yig'ish darajasiga erishish vaqti e'sa $110,2 \pm 13,4$ soniyagacha ($p_2=0,01$; $p_2=0,01$) tashkil e'tdi. Davolashning 10-12-kunida trombositlarning funktsional xususiyatlarining faqat qisman tiklanishi sodir bo'ladi, bu trombositlar agregatsiyasining maksimal tezligining $42,6 \pm 5,1$ ($p_1=0,04$; $p_2=0,05$) ga pasayishi bilan tasdiqlanadi, ammo nazorat guruhidagi ko'rsatkichlar darajasiga ($31,6 \pm 4,6$) erishmaydi, trombositlar agregatsiyasining maksimal darajasining $35,2 \pm 5,9\%$ gacha pasayishi ($p_1=0,024$; $p_2=0,01$), maksimal agregatsiya tezligiga erishish vaqti $618,5 \pm 87,9$ soniya ($p_1=0,01$; $p_2=0,03$)ni tashkil e'tdi, ammo ularning qiymatlari nazorat guruhidan sezilarli darajada yuqori bo'lib qolmoqda. Shu bilan birga, trombositlar agregatsiyasining maksimal darajasiga erishish vaqtining normallasishi qayd etildi ($p_1=0,15$).

Ushbu toifadagi bemorlarda davolanishning 3-5 kunida qon tomir devorining antiaggregator faolligi pasayishda davom etadi va qabul qilingan ma'lumotlarga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qilmaydi ($p_2=0,37$), lekin sezilarli darajada ($p_1=0,07$) nazorat guruhi bilan solishtirganda kamaydi. Bemorlarni davolashning 10-12-kunlarida davolash vaqtida tomir devorining antiaggregatsiya

qobiliyati tiklandi, nazorat guruhi ma'lumotlaridan deyarli sezilarli darajada farq qilmaydi ($p=0,14$). Binobarin, yuz skeletining qo'shma jarohatlari bo'lgan bemorlarda trombotsitlarning adgeziyasi va agregatsiyasi uchun qulay sharoit yaratadi.

Qon tomirlari devorining antiagregatsion, antikoagulyant va fibrinolitik faolligini, trombotsitlarni agregatsiya qilish qobiliyatini, yuz-jag' sohasi qo'shma jarohatlari bo'lgan bemorlarda prokoagulyant gemostaz omil ko'rsatkichlarini an'anaviy davolashdan so'ng qisman tiklanish, bu kasallikni klinik belgilarining yo'qolishi davriga to'g'ri keladi.

BOLALARDA PASTKI JAG` SINISHLARINI DAVOLASH SAMARADORLIGI

Dusmuxamedov M.Z., Ikramov G.A., Ibragimov D.R., Olimjonova G.G.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Yuz skeleti suyaklarining sinishi umumiy jarohatlar sonining 3,2% -5,8% ni tashkil qiladi. Yuz suyaklari shikastlanishining asosiy ulushi pastki jag'ning sinishi bilan bog'liq bo'lib, jabrlanganlarning 77,0% dan 90,0% gacha bo'lgan qismi ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalariga murojaat qiladi. Yuz-jag' travma holatlarining o'sishini hisobga olgan holda, Pastki jag'ning sinishi uchun to'liq va har tomonlama ixtisoslashtirilgan yordam muammosi dolzarbligicha qolmoqda. Ushbu toifadagi bemorlarni davolash konservativ (ortopedik) va jarrohlik usullari bilan amalga oshiriladi; ixtisoslashtirilgan davolashning ushbu ikki asosiy turining kombinatsiyasi ko'pincha qo'llaniladi.

Ma'lumki, yuz skeletining suyaklari va, xususan, pastki jag'ning shikastlanishlarini davolashda osteosintezning dinamik rivojlangan usullari ishlab chiqilgan. Shu bilan birga, holatlarning 87% gacha bo'lgan ortopedik davolash usullari keskin o'zgarishlarga duch kelmadi.

Pastki jag' sinishlarni ortopedik davolash usullari bo'yicha takliflar, asosan, tuzatiladigan tish tuzilmalari bilan cheklangan. Biroq undan foydalanish har doim ham tishlarning yetarli emasligi va tremalar tufayli mumkin emas, xamda ularning konstruktiv elementlari, fiksatsiya uchun ligatura, rezina halqalar oziq-ovqat qoldiqlari kirib qoladigan joylari hisoblanadi. Bu esa og'iz bo'shlig'i gigienasi holatini qoniqarsiz holatga olib keladi va zararlangan hududda yallig'lanish hodisalarining rivojlanishi uchun qulay sharoitlar yaratadi.

Klinik amaliyotda eng keng tarqalgan ortopedik usullar og'iz bo'shlig'i shinalari, asosan, jag'lararo tortishishli simli tishlar yordamida pastki jag'ning bo'laklarini mahkamlash va immobilizatsiya qilishni ta'minlaydi. Ko'pincha, bu 1915 yilda Tigershtedt S.S. tomonidan taklif qilingan individual shinalar yoki Vasilyev standart shinalari. Ular tishlarga ligatura sim yordamida bo'yin qismlariga o'rnatiladi. Shu bilan birga, quyidagi faktni ta'kidlash kerak: shinalarni mahkamlash vaqtida, ular og'iz bo'shlig'ida bo'lgan butun vaqt davomida ham periodontal kompleksning marginal qismining muqarrar shikastlanishi sodir bo'ladi. Vaziyat og'iz bo'shlig'ining an'anaviy gigienasi vositalarining samaradorligi keskin pasaygan jag'lararo fiksatsiya mavjudligi bilan og'irlashadi. Og'iz bo'shlig'ining gigiyenik holatining sezilarli darajada yomonlashishi, mahkamlash tuzilmalarining travmatik ta'siri bilan birga,

marginal parodont sohasida patologiyaning rivojlanishiga olib keladi yoki mavjud bo'lganini og'irlashtiradi.

Periodontda yallig'lanish jarayoniga ta'sir qilishning umumiy qabul qilingan terapevtik va profilaktik usullari, ayniqsa jag'lararo fiksatsiyaning og'ir sharoitlarida, hali ham bu muammoni hal qila olmaydi, shuning uchun bu maqsad uchun yanada samaraliroq vositalar va usullarni ishlab chiqish dolzarb bo'lib qolmoqda va uni yanada rivojlantirishni talab qiladi.

Tadqiqot maqsadi: Bolalarda pastki jag' sinishlarida davolash samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Pastki jag'ning tish qatorlari sohasidan singan ikki guruh bolalar tekshirildi. I guruh bimaksillar standart Vasilyev shinasidan foydalangan holda (n-20), II guruh bimaksillar individual Tigershtedt shinasidan (n-20) foydalangan holda. Barcha bolalar klinik, mikrobiologik (izolyatsiya qilingan mikroorganizmlarning madaniy va biologik xususiyatlarini o'rganish bilan umumiy qabul qilingan bakteriologik usul) o'tkazildi.

Pastki jag'ning sinishi bilan og'rigan bemorlarni ortopedik va jarrohlik usullar bilan davolashda marginal parodontning holati to'g'risidagi ma'lumotlar yangilandi. Ortopedik davolash usullarini qo'llashda marginal parodontal o'zgarishlarning xususiyatlari, tabiati, intensivligi va klinik ko'rsatkichlari aniqlandi. Tish simli shinalarning marginal parodont holatiga salbiy ta'siri ob'ektiv ravishda tasdiqlangan.

Marginal parodontning yallig'lanishi tabiiy ravishda ortopedik muolajadan o'tgan (tish shinasi taqilgan) pastki jag'i singan barcha bemorlarda (100%) uchraydi. Dastlabki gingivit va parodontit bilan og'rigan ushbu toifadagi bemorlarda yallig'lanish va destruktiv jarayonlarning rivojlanishi 85,17% da qayd etilgan. Marginal parodontda yallig'lanish va destruktiv hodisalarning paydo bo'lishi va Tigershtedt bimaksillar shinalaridan foydalanish o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik aniqlandi. Davolash kursini tugatgandan so'ng va shinalar olib tashlangandan so'ng, barcha tekshirilgan bemorlarda gingivit va parodontit belgilari aniqlandi, ular kasalxonaga yotqizilgan paytda parodonti buzilmagan bo'lgan. 89,1% hollarda bu parodontal o'zgarishlar doimiy bo'lib, operatsiyadan keyingi kech davrda 6 oy davomida ahamiyatsiz ijobiy dinamika bilan davom etadi. Tigershtedt bimaksillar shinalar yordamida davolash o'tkazilgan, jag' suyagi sinishi bo'lgan bemorlarni stomatolog-parodontolog bilan kuzatish zarurati isbotlandi. Pastki jag'ning sinishi bo'lgan bemorlarni tekshirish va davolash re'jasi yallig'lanish jarayonlarining paydo bo'lishini aniqlash uchun marginal parodont to'qimalarining holatini kuzatishni o'z ichiga olishi kerak.

Xulosalar: Bemorlarning marginal parodonti holatining obyektiv ko'rsatkichlarini qiyosiy tahlil qilish Tigershtedt bimaksillar shinalar va ularning strukturaviy elementlarini marginal parodontda yallig'lanish va destruktiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan asosiy omil sifatida aniqlash imkonini beradi. Metall osteosintez jarayonida intraoral kirishning shakllanishi marginal parodontda o'zgarishlarga olib kelmasligi aniqlandi.

Pastki jag'ning immobilizatsiyasini qo'llamasdan jarrohlik usullaridan (metall osteosintez) foydalangan holda pastki jag'ning tish qatorlaridagi sinishi bo'lgan bolalarda parodontal holat dinamikasini o'rganish asosida operatsiyadan keyingi

davrda parodontda o'zgarishlar sodir bo'lmaydi. Davolashning jarrohlik usuli (osteosintez) eng oqilona hisoblanadi.

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROBIOTICS IN COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH FACIAL BOILS

Ikramov G.A., Khalmanov B.A., Abdurakhmonova L.Sh., Olimjonova G.G.

Tashkent State Dental Institute

The problem of purulent infection in maxillofacial surgery has been and remains relevant, which is explained by an increase in the number of patients with inflammatory processes in the maxillofacial region, an increase in the number of cases of severe generalized infections.

Despite the widespread introduction into clinical practice of such methods of treatment as local and general surgery, the use of antibacterial drugs and chemotherapeutic agents, detoxification and corrective therapy, therapy of concomitant diseases, modern physiotherapeutic agents, inflammatory diseases of the maxillofacial region continue to pose a threat to health and human life.

There is also a change in the clinical picture of the course of acute and chronic inflammatory diseases in the maxillofacial region, an increase in the number of complications such as sepsis, mediastinitis, brain abscess, thrombophlebitis of the facial veins and cavernous sinus, bacterial shock. This is accompanied by a change in the virulence of microflora, the emergence of antibiotic-resistant and antibiotic-dependent strains of microorganisms, a decrease in immune defense, which increases against the background of dysbiosis of the gastrointestinal tract during antibacterial treatment of pyoinflammatory diseases maxillofacial region, which complicates the course of the disease and complicates the treatment of patients.

Existing diagnostic methods, including clinical ones, do not always allow adequate monitoring of the pathological process, which does not give the doctor a timely, effective correction of the patient's treatment. This applies to microbiological, laboratory diagnostic methods.

These patterns in the course of purulent-inflammatory processes in the maxillofacial region and their clinical laboratory aspects indicate the need to improve the existing methods of treatment and diagnosis. All of the above suggests that the problem of infection in patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region and neck remains relevant. This makes it necessary to search for new effective treatments that affect various links in the pathogenesis of inflammation and provide a prediction of the course of the disease.

However, along with the development of diagnostic methods, it seems relevant to further develop the complex therapy of boils and carbuncles of the maxillofacial region with the inclusion of factors that have their own specific focus both on individual pathogenetic links of purulent inflammation, and on the pathological process and the patient's body as a whole. This creates more favorable conditions for recovery. It follows that the remedies must be compatible with the macroorganism and must have a minimum of contraindications. As such, various biologically active compounds can be considered that have a positive multifactorial effect, both on the

pathological process and on the patient's body as a whole. For this purpose, we used probiotic preparations "Bactalor" and "Florbiolact" in our work.

Objective of the study: To substantiate the effectiveness of the use of probiotics in the complex treatment of boils of the maxillofacial region

Research objectives: To carry out a comparative analysis of microbiological studies using probiotics "Bactalor" and "Florbiolact" after opening a purulent focus.

Research materials: Examined 3 groups of children after after opening purulent foci. I-group. With the use of traditional postoperative wound care (n-20), II-group of traditional postoperative wound care using probiotics Bactolor (n-20) and III-group Florbiolact (n-20) in the form of washing and ingestion after surgery.

Research methods: clinical, immunological and microbiological (a generally accepted bacteriological method with the study of the cultural and biological properties of isolated microorganisms).

The microflora of the purulent focus was studied in patients with boils of the maxillofacial region using probiotics "Bactalor" and "Florbiolact". In patients with boils of the maxillofacial region after surgery, a significant shift in the qualitative composition of the microflora towards pathogenic species was revealed, as well as quantitative changes in the normal stabilizing microflora of a purulent wound. The use of probiotics "Bactalor" and "Florbiolact" in the form of ingestion and washing the wound in patients after surgery had an antagonistic effect against opportunistic and pathogenic microorganisms, including staphylococci, Proteus and enteropathogenic Escherichia coli and contributed to the restoration of bacteriocenosis of the severity of purulent wounds inflammatory process caused by dysbiosis, which creates optimal conditions for wound healing.

Conclusions: 1. Comparative analysis of the effectiveness of various antiseptic drugs for treating purulent wounds (furacilin, chlorhexidine, dioxidin, levomekol, dioxycol, miramistin) with the probiotic Bactolor, carried out on the basis of the results of a microbiological study, made it possible to identify the most effective means for treating purulent wounds in the maxillofacial region.

2. The use of the developed medical and diagnostic technique for the treatment of purulent wounds of the maxillofacial region in the complex treatment of patients with boils of the maxillofacial region makes it possible to reduce the duration of their treatment in patients with mild severity of the disease - by an average of 1.5 days, in patients with moderate severity - by 3 day.

CHANGES IN SALIVA IN PERSONS WITH SEVERE COVID-19

Jabbarova F.U.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Republic of Uzbekistan

RELEVANCE: The available data have not yet identified an effective and safe pharmacological therapy against COVID-19, and the available potential antiviral drugs lead to adverse reactions. Therefore, acute COVID-19 infection and associated therapeutic interventions can contribute to adverse oral health outcomes. Oral signs and symptoms associated with COVID-19 are known to include taste disturbances,

nonspecific mouth ulcers, desquamative gingivitis, petechiae, and coinfections such as candidiasis.

However, it is still not clear whether these manifestations can be a true clinical picture resulting from direct infection with SARS-CoV-2, or systemic consequences, given the possibility of coinfections, weakening of local immune reactivity and adverse reactions to therapy.

Since the prevalence of clinical manifestations is still not fully understood, the spectrum of manifestations of COVID-19 in the oral cavity is considered a subject of wide and current interest, therefore, a live systematic review approach is needed that will allow continuous monitoring of recently published studies through periodic searches to include new relevant information, especially on a topic that is constantly being updated in the context of COVID-19.

In recent years, much attention has been paid not to the study of cellular and humoral factors of systemic immunity, but most of all the emphasis is on the factors of local immunity, especially depending on the clinical features of the course of the disease, which gives a broader and more correct understanding of changes in local immunity, especially against the background of the course of infectious pathology. This paper will present the main immunological parameters of local immunity and blood, which are important in the immunopathogenesis and course of respiratory infectious pathology associated with the course of COVID-19. The factors of innate immunity will be investigated. These factors include such values as humoral factors: cytokines, interferons, immunoglobulins and circulating immune complexes of various sizes.

The purpose of the study. Study of the features of local mucosal immunity of the oral cavity and systemic immunity in persons with severe COVID-19.

Material and Research Methods. In the city of Tashkent, Zangiotinsky district, 70 patients with coronavirus infection (moderate to severe, severe) and without disease were examined.

Results and its Discussion. Results shows the immune factors studied in saliva. Thus, it was revealed that the content of secretory IgA in saliva in the control was 12.45 ± 0.41 g / l, while in persons with moderate course of Covid-19 - 5.42 ± 1.5 g / l, and in severe patients - 1.22 ± 0.11 g / l, which was significantly reduced in both study groups of patients with COVID-19. It can be seen that in the group of moderately severe patients the level of secretory immunoglobulin A was suppressed by 2.3 times compared with the control values, and in the group of severe patients the level of secretory immunoglobulin was reduced 10 times compared to the control values. So, it can be seen from the table that there are also differences between the groups of patients; it can be seen that the group of persons with severe COVID-19 has the lowest content of secretory immunoglobulin A in saliva. Thus, the analysis of the sIgA content revealed the presence of reliable suppression in the saliva of persons with moderate and severe COVID-19. Moreover, a pronounced suppression of sIgA was noted in the group of persons with a severe course of COVID-19 ($p > 0.05$). Further, the concentration of IFN-alpha, which is a potent antiviral cytokine protein, was studied. As can be seen from the table, the content of IFN-alpha in saliva in the control was 24.27 ± 1.50 ng / ml, while in persons with moderate COVID-19 it was

14.7 ± 2.13 ng / ml, and in severe patients - 3.36 ± 0.82 ng / ml, which was also significantly reduced in both study groups of patients with COVID-19.

Thus, we have studied the main two pro-inflammatory cytokines TNF- α and IL-1 beta, which are pro-inflammatory in nature. The analysis showed that the comparative analysis revealed an increase in proinflammatory cytokines in comparison with the control values. It is known that the cytokine TNF- α is of cellular origin, that is, it is produced mainly by cells of the immune system and is a product of monocytes / macrophages, in special cases - activated T-lymphocytes. It was found that the inducers of TNF- α formation are microorganisms and their products, the process of phagocytosis itself. Its level increases with virus infection. It is obvious that TNF- α is involved in the implementation of the cytotoxic action of natural killer cells and LAK cells, which play an important role in anti-infectious and antitumor immunity. These factors explain the T-cell immunodeficiency that is observed in coronavirus infection. Consequently, TNF-alpha is a cytokine, which, in terms of properties and spectrum of biological action, is a product of macrophages. In coronavirus infection, especially in severe cases, it was revealed that there is lymphopenia with suppression of the cellular link of immunity, humoral immunity factors and an increase in TNF-alpha, which in turn supports the inflammatory process.

Conclusions: Antiviral local immunity in salivary fluid in patients with Covid-19 with moderate and severe course is characterized by decreased IFN-alpha values by 1.7 times and 7.2 times, respectively. The lowest content of IFN-alpha in saliva is typical for persons with severe COVID-19, also pro-inflammatory potential is presented by studying the content of IL-1 beta and TNF-alpha in salivary fluid in persons with moderate and severe COVID-19. Thus, in the group of moderately severe individuals, the concentration of IL-1 beta was increased by 2 times, and in the group of severe patients - by 2.7 times, which indicates the current inflammatory process. The concentration of TNF- α in saliva was increased in the group of persons with moderate and severe COVID-19 by 2.8 times and 4.9 times, respectively.

SURGICAL CORRECTION OF CONGENITAL CLEFT MOUTH IN CHILDREN.

Jafarov M.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

The **aim** of this study was to study the surgical correction of macrostomy in children.

Material. In 4 years, 2,375 children with various pathologies were admitted to the Department of Plastic Surgery of the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute, for make plastic surgery operation. Among them, 6 children were operated with a diagnosis of macrostomy. Two were boys and four were girls. The average age of the patients was 5 years. The patients differed depending on the diagnosis: right-sided congenital lateral cleft mouth (67%) and bilateral congenital lateral cleft mouth (33%). Comorbidities included right-sided cleft lip and palate (33%), right-sided anotia (33%), hearing loss (33%), mental retardation (50%), strabismus (50%), skin

outgrowths (50%), asymmetry face (67%), syndactyly of the fingers and toes (33%) and congenital alopecia (33%).

Research methods. All operations were performed under general anesthesia. Preoperatively, all patients were made design from the healthy side and proportions of the face. Subsequently, these geometrical dimensions are drawn from the side of the crevice. An incision was made and the muscles of the mouth were exposed. The mouth muscle was sutured up to the planned point. Further, the restoration of the skin and mucous membranes by applying cosmetic sutures to the wound. At the same time, the location of the wound on the mucous membrane of the corner of the mouth was avoided. An aseptic bandage was applied to the face. The postoperative recovery was uneventful. Postoperative care for patients - dressing of a postoperative wound and rinsing with antiseptic solutions and antibacterial drugs. The sutures were removed for 6-7 days. Patients got physiotherapeutic treatment and postoperative wound treatment with "Kelo-cote" cream.

Results. Re-examination was performed 1, 3 and 6 months after the operation. The postoperative area was examined and compared with preoperative photographs. Complete closure of the lateral cleft mouth was observed. The asymmetry of the corners of the mouth completely disappeared after the operation. Restriction of mouth movement was not observed. The Cupid's line, which separates the skin of the lip from the red border, has acquired a clear shape. The growth of hypertrophic scar and keloid tissue at the incision sites was not observed. Violation of the chewing and swallowing movements was not identified. It is necessary to note the positive aesthetic and psychological state of the parents after the operation in comparison with the state before the operation.

Conclusions. The results obtained show what a congenital pathology is with other concomitant congenital diseases. Long-term results after 1, 3 and 6 months show the effectiveness of surgical treatment of this disease in childhood. During surgery, it is necessary: the geometric proportions of the healthy side of the face, the presence or absence of a hidden cleft of the circular muscle of the mouth, restoration of the anatomical integrity of the muscles of the mouth and not finding a wound in the corner of the oral mucosa.

CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC LESIONS OF THE SOFT TISSUE OF THE ORAL MUCOSA IN PRESCHOOLERS

Kamalova M.K., Sharipova G.I.

*Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino
[mexriniso.stomatolog@mail](mailto:mexriniso.stomatolog@mail.ru), gulniholsharipova@mail.ru*

As already mentioned, the mucous membrane of the mouth has good protective properties, and weak mechanical and physical influences do not have a pronounced effect on it. When exposed to a strong traumatic factor, a response occurs in the form of inflammation. Distinguish between mechanical, chemical, physical injuries. Combined injuries are also distinguished.

Mechanical injury. This injury can be acute when a violation of the integrity of the mucous membrane occurs with a single strong impact, and chronic - with prolonged exposure to a weak stimulus.

Acute mechanical trauma manifests itself as a hematoma (bruise), erosion, or ulcer. With a hematoma at the site of the injury, pain is noted, which passes rather quickly, but if the integrity is damaged, painful erosion is formed. In case of repeated infection, the wound turns into long-term non-healing ulcers. With hematomas, erosions and small wounds, a sufficiently thorough antiseptic treatment of the damaged area and the entire oral cavity is sufficient. For deep wounds, stitches are applied.

Chronic mechanical trauma is common. A traumatic factor can be: sharp edges of teeth, bridges and removable dentures, tartar, spicy and hot food, bad habits, etc. Damage to the mucous membrane under the influence of chronic irritants is more often observed in older people.

Changes in the mucous membrane in chronic mechanical trauma may not bother the patient for a long time, but often there is a feeling of discomfort, slight soreness, and swelling. In this case, simultaneously with a mechanical injury, the mucous membrane is exposed to microbes in the oral cavity, which often leads to inflammation of the injured area.

Elimination of the irritant and the treatment carried out lead to a rapid elimination of the lesion. If untreated, a traumatic ulcer is formed, which is also called decubital.

Traumatic ulcers can be complicated by fusospirochetosis or candidiasis, with a prolonged course (2-3 months or more) they can become malignant. With traumatic ulcers, treatment is reduced to eliminating the irritant, antiseptic treatment of the ulcer and rinsing the mouth. With a sharp soreness of the ulcer, applications with painkillers are indicated. Prescribe applications of vitamins A and E, rosehip oil, etc. A thorough sanitation of the oral cavity is performed.

Chemical damage. Such damage occurs as a result of exposure to the mucous membrane of chemicals in a highly damaging concentration. For example, some patients, trying to get rid of a toothache on their own, apply alcohol, acetylsalicylic acid and other substances to the tooth, and along the way to the mucous membrane, which often leads to burns.

With such a lesion, a sharp pain occurs, as a rule, immediately and is localized at the site of the ingress of a chemical. The clinical picture depends on the nature of the damaging substance, its amount, and the time of action. Either coagulation (acid burn) or colliquation (alkali burn) necrosis may develop.

Treatment. After contact of a chemical substance on the mucous membrane, it is necessary to remove it as quickly as possible. You should immediately start rinsing the mouth with a weak solution of a neutralizing agent.

With an acid burn, it is soapy water, a 0.1% solution of ammonia (15 drops per glass of water), a 2% solution of baking soda (1 teaspoon of baking soda for 2.5 glasses of water). With alkaline - 0.5% solutions of citric and acetic acids (25% teaspoon of acid in a glass of water). If there are no neutralizing substances at hand, then rinse abundantly with water. Thus, it is possible to stop the further penetration of the chemical into the tissues.

Further treatment of patients with chemical burns: pain relievers are used, weak solutions of antiseptics in the form of oral baths and rinses, again vitamins A and E,

aevit. Recommended non-irritating high-calorie pureed food, cold (ice cream), inside multivitamins.

Conclusions. Traumatic lesions of the oral mucosa have a very diverse picture: from catarrhal inflammation to ulcerative or hyperplastic manifestations. The cause of damage can be both external traumatic factors and local defects and deformations of the dentition. Also Careless dental practice or restless behavior of the patient influence possible etiologically. Young children require special attention, in whom the diagnosis and treatment of diseases of oral mucosa are significantly difficult.

THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT FOR POST-TRAUMATIC DEFORMITIES OF THE NOSE

Khalmatova M.A.

Tashkent State Dental Institute.

matlubahalmatova27@gmail.com

Relevance. The aesthetic and functional significance of the external nose gives special relevance to the treatment of its injuries. The establishment of an accurate diagnosis is necessary to determine the tactics of treatment, issue a reliable conclusion. To clarify the diagnosis, many medical institutions have a large selection of diagnostic equipment (devices for radiography, CT, MRI, MSCT, ultrasound and endoscopic examination). A rationally selected research algorithm leads to timely diagnosis, adequate and full-fledged therapeutic measures, and ensures economic efficiency. Restoring the shape of the external nose is a particularly important task; there are professions for which the appearance of an employee is important (Rusetsky Yu.Yu. et al., 2019).

The prevalence of post-traumatic nasal deformities (PD) among the population determines the further improvement of approaches to their treatment, contributing to the effectiveness of treatment of patients.

The purpose of the study. To increase the effectiveness of surgical treatment of patients with PD.

Material and methods. Under our supervision there were 36 patients with PD who were on inpatient treatment in the department of maxillofacial surgery of the TSSI. The age of the patients ranged from 22 to 46 years. The first group included 30 patients with an injury duration of less than 14 days, in whom the repositioning of the nasal bones was performed. The second group included 6 patients with an injury duration of more than 2 months, in whom the restoration of the shape of the nose was carried out by the type of early closed rhinoplasty or rhinoseptoplasty. Clinical and laboratory examination of all patients included: clarification of complaints, collection of anamnesis, examination of a maxillofacial surgeon, an otorhinolaryngologist, an anesthesiologist, CT or MSCT examination, a general blood test. When repositioning the bones of the nose, a Volkov elevator was used simultaneously to raise the slope of the nose and external finger pressure to eliminate lateral displacement. In order to fix the fragments and hemostasis, nasal tamponade was performed with gauze turunda with Levomekol ointment.

The results of the study. Of the 30 patients in the first group, it was possible to restore the shape of the nose in 26 people (86.7%), in 4 people the shape of the nose

was only improved (13.3%). In group 2 patients, it was possible to restore the shape of the nose in 2 people (33.3%), in 4 people the shape of the nose was only improved (67.7%).

Conclusion. Thus, the effectiveness of the treatment for deformity of the external nose depends on the prescription of the injury. Providing assistance at an earlier time brings more pronounced cosmetic and functional results.

ANALYSIS OF THE MICROBIAL PROFILE IN CHILDREN WITH GINGIVITIS

Mamanazarov A.N.

Tashkent state dental institute

It is known that gingivitis is accompanied by inflammation of the gum mucosa, which becomes easily vulnerable and bleeding. With further progression of the disease, teeth mobility and loss occur. Gingivitis is catarrhal, hypertrophic, ulcerative and mixed. Quite often, gingivitis is only a sign of periodontitis or periodontal disease.

Purpose: characterization of the microbial profile of saliva (MPS) in children with chronic catarrhal gingivitis (CCG).

Material and methods. MPS was studied in 36 children with CCG aged 9 to 18 years. The representative control group consisted of 16 healthy children of the same age who did not have pathology from the dental organs. To study MPS, the contents of the swabs were thoroughly suspended in test tubes in Schedler's broth, then plated in sectors on general and differential diagnostic nutrient media to isolate and identify aerobic and anaerobic bacteria.

Results: analysis of MPS data showed that in patients with HCG in culture, the total microbial contamination on average was 7.14 ± 0.33 lg CFU / ml (in control 5.84 ± 0.21 lg CFU/ml ($p < 0.001$)), and the overall seeding rate was 100% of cases. In this group, the number of streptococci, in particular *Str. pyogenes*, was 5.92 ± 0.19 lg CFU/ml in 100% of children. Contents *St. aureus* in saliva was 6.60 ± 0.36 lg CFU/ml (in control - 6.82 ± 0.27 lg CFU/ml), *Str. epidermidis* - 2.25 ± 0.44 lg CFU/ml ($p < 0.01$). In the control group of 16 children, 12 (80%) had *St. aureus*, in 8 (53.3%) - *St. epidermidis*. In the saliva of healthy children, fungi of the genus *Candida* were sown in 5 children (33.3%) and their number was 1.18 ± 0.30 lg CFU/ml (in patients with CCG - 2.7 ± 0.16 lg CFU/ml). The study of MPS in patients with mild and moderate CCG revealed dysbiotic changes in saliva of varying degrees. The data showed that in patients with CCG, there is a significant increase in the total microbial contamination in comparison with the data of the control group.

Conclusions: revealed a peculiar spectrum of MPS in children with CCG, namely, a decrease in *Staphylococcus aureus* with a simultaneous increase in total microbial contamination and an increase in the number of *Candida* fungi. The data obtained will constitute a kind of benchmark for the targeted pathogenetic treatment of CCG in children.

CHARACTERISTICS OF THE CHANGE IN THE RHEOLOGICAL PROPERTIES OF BLOOD IN PATIENTS WITH CONCOMITANT INJURIES OF THE BONES OF THE FACIAL SKELETON

Narmuratov B.K.

Tashkent Medical Academy

bahtiyor.normuradov1968@gmail.com

At present, the influence of the rheological properties of blood on the state of microcirculation is generally recognized. It is known that microcirculation disorders can lead to insufficient blood supply, tissue hypoxia and tissue dystrophy. Therefore, we were tasked with studying the rheological properties of blood in patients with concomitant injuries of the bones of the facial skeleton and analyzing them depending on the functional activity of platelets, vascular wall endothelium, and the coagulation link of the hemostasis system. In the occurrence of violations of the rheological properties of blood, an important role belongs to a change in the biophysical properties of erythrocytes - aggregation, deformability, orientation in the flow.

Results. Changes in blood viscosity, noted by us in patients with concomitant injuries of the bones of the facial skeleton before and during the traditional course of treatment. We revealed a statistically significant increase in blood viscosity before treatment in patients with mandibular fractures compared with the control group at all shear rates.

In a statistical analysis of changes in blood viscosity in a group of patients during the course of traditional treatment (compared with the data before the start of treatment), there was no statistically significant increase in blood viscosity on days 3-5 at all shear rates ($p_2=0.4$ at 20 1/s ; $p_2 = 0.5$ at 100 1 / s; $p_2=0.34$ at 200 1/s) and a significant decrease at the time of discharge of patients ($p_2=0.02$) only at a shear rate of 20 1/s. Complete restoration of blood viscosity at all shear rates in patients with combined injuries of the bones of the facial skeleton does not occur during traditional treatment, as evidenced by the presence of a statistically significant difference in the value of blood viscosity on days 10-12 of treatment and the data of a control group of practically healthy people. In patients with concomitant injuries of the bones of the facial skeleton, before the start of treatment, there was a statistically significant increase ($p_1=0.09$) in the aggregation of erythrocytes and a decrease ($p_1=0.01$) in the deformability of erythrocytes compared with the control group. In the course of the treatment, the erythrocyte aggregation index does not statistically significantly change on days 3-5 ($p_2=0.61$) and on days 10-12 ($p_2=0.059$) in comparison with the data before treatment. At the time of discharge, IAE is equal to 1.29 ± 0.18 conventional units, which is higher than in the control (1.3 ± 0.08 conventional units), but these data are not reliable ($p_1=0.59$). Thus, the restoration of erythrocyte aggregation to the level of practically healthy people from the control group occurs only by 10-12 days.

The index of deformability of erythrocytes in patients with combined injuries of the bones of the facial skeleton on admission is statistically significantly reduced ($p_1=0.01$) compared with the control and is 1.03 ± 0.02 conv. units. There was no statistically significant change in the course of treatment on days 3-5 ($p_2=0.07$) and

10-12 ($p_2=0.41$) compared with the data at the time of admission. At the time of discharge from the hospital, there was no complete recovery of the IDE, it remained significantly ($p_1=0.01$) lower than the value of healthy people in the control group (1.09 ± 0.05 conventional units).

Thus, in patients with combined injuries of the bones of the facial skeleton, the syndrome of increased blood viscosity, increased aggregation of erythrocytes, and a decrease in erythrocyte deformability are determined. In the process of treating patients, there is no complete recovery of indicators characterizing the rheological properties of blood.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE USE OF AESTHETIC SURGERY

Safarova K.H., Shomurodov K.E.

Tashkent State Dental Institute

safarova.kamola98@mail.ru, kahramon_sh@mail.ru

The subject of research in this work is the psychology of patients undergoing aesthetic surgery. Currently, aesthetic surgery is becoming in demand and the number of people who have exposed themselves and who want to receive the help of a plastic surgeon is increasing [Piskunov S.Z., 1996; Heden P., 2001; Davis D., 2004; Gasanov A.G., 2007; Mikhailov A.G., 2007, etc.].

In Uzbekistan, aesthetic surgery has grown out of cosmetic surgery, having plastic surgery as its foundation. Aesthetic surgery involves performing operations not only in patients with pathologies, but also in healthy people with age-related changes, or violations of the configuration of any organ within the limits of physiological abnormalities. It is obvious that the demand for aesthetic operations is determined not only by medical, but also by social and psychological factors that have been little studied and, at present, are not sufficiently taken into account [Nerobeev A.I., 1996; Leonov A.G., 2002; Tkachenko A.E., 2003; Grossbart T.A., 2003; Sarwer D.B., 2003; Hasanov A.G., 2007; Baranskaya L.T., 2007].

The relevance of the study is the psychological aspects of aesthetic surgery is indisputable and dictated by the need to disclose some psychological aspects concerning the aesthetic surgeon's patients (already formed and future). The attitude to aesthetic surgery has been changing all the time over the past few years, and the main value of the operation lies not in the objective beauty of the visible result, but in the patient's opinion about the changes and his reaction to them. Against the background of the increasing demand for the services of an aesthetic surgeon, it is necessary to pay attention to psychological counseling of patients, to help them and doctors make the right choice in terms of surgical correction.

The research involved male and female patients aged 18 to 44 years in the number of 39 people. To realize the goals and objectives and verify the initial provisions, a set of complementary research methods adequate to its subject was used: the method of theoretical analysis and synthesis; methods of collecting empirical data - observation, testing, interview, questionnaire; mathematical and statistical methods of quantitative and qualitative data analysis: indicators of the

closeness of the relationship, identification of its presence, verification of statistical hypotheses.

During the study, it was revealed that 90% of patients resorting to aesthetic surgery are people mainly after the age of 28, with varying degrees of physiological abnormalities, and 10% are patients with psychological characteristics, problems (patients with OCD, paranoid, narcissistic, borderline and schizoid type) with certain mental disorders (for example: dysmorphic phobia, neurotic anorexia, obesity, etc.) and adolescent complexes.

In the research center of Psychology and Medical Psychiatry of Boston University, USA, it was revealed that clinical studies based on interviews revealed a higher incidence of psychopathology among the population engaged in cosmetic surgery.

Psychodiagnostic criteria were identified to determine the directions of psychocorrective work with aesthetic surgery patients: dysfunctional family relationships and relationships with the opposite sex, sexual dissatisfaction; violation of the bodily component of the "I-concept", inadequate self-esteem, increased level of pretensions and neuroticism, difficulty in identifying and verbalizing emotions, reduced frustration tolerance, low degree of independence in resolving problematic situations.

OG'IZ BO'SHLIG'IDAGI JARROHLIK MUOLAJALARIDAN SO'NG OG'IZ SUYUQLIGINING O'ZGARISHLAR TABIATI.

Safarova S.CH. Eshmuratov S.G.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

sevarasafarova@mail.ru

Zamonaviy adabiyotlarda og'iz bo'shlig'ining metabolik tizimlariga ta'siri haqida yetarli ma'lumotlar mavjud, shu bilan birga, dental implantatsiya qisman adentiyani davolashning asosiy usuli hisoblanadi. Dental implantni joriy etishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlari og'iz boshlig'ida suyuqliklarning tarkibi o'zgarishiga olib kelishi mumkin. Antioksidant tizimning holatiga og'iz suyuqligining ion tarkibidagi o'zgarishlar, dental implantlarni joriy etishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlar, dental implantlarning osteointegratsiyasi jarayoniga ta'sir qilishi mumkin. Ushbu tadqiqotning maqsadi dental implantatsiya yordamida davolashdan keyin elektrolitlar tarkibini va og'iz suyuqligining antioksidant tizimini o'rganishdir. Dental Implantatsiyadan so'ng yallig'lanish paydo bo'lgan bemorlarda keng qamrovli klinik va laboratoriya tadqiqotlari POL va AOS tizimining parametrlarining patogenetik jihatdan muhim buzilishlarini aniqlashga imkon berishi mumkin. Dental implant joylashtirishdan oldin va keyin bemorlarda og'iz suyuqligida asosiy antioksidant himoya fermentlarining faolligini o'rganish ularning o'zgarish dinamikasida sezilarli farqlarni aniqlashga imkon berishi mumkin. Og'iz suyuqligidagi superoksid dismutaza (SOD) ning faoliyati dental implantatsiyadan oldin va keyin taqqoslaganda statistik jihatdan sezilarli darajada kamayishi, nazorat guruhi bilan taqqoslanganda, dental implantatsiyadan 12 oydan so'ng esa SOD faoliyati taqqoslash guruhiga nisbatan ortishi mumkin. Ushbu tadqiqot vaqtlarida og'iz suyuqligida katalazaning faoliyati ham sezilarli ortishi mumkin. Shunday qilib, bemorlarda dental

implantatsiyadan so'ng og'iz bo'shlig'ida oksidlanish jarayonining faollashuvi kuzatiladi, bunda 12 oydan keyin og'iz suyuqligida superoksid dismutaza va katalaza faolligining oshishiga olib keladi. Xulosa qilib aytganda og'iz bo'shlig'idagi jarrohlik aralashuvlar natijasida og'iz suyuqligi tarkibi ya'ni elektrolitlar va ion tarkibi o'zgarishi mumkin.

YUQORI JAG'NI INTENSIV KENGAYTIRISH USULLARINING SOLISHTIRMA TAHLILI

Sheraliyev M.A.

Toshkent Davlat Stomatologiya instituti

Muammo dolzarbligi. Hozirgi kunda yuqori jag' torligi va yuqori jag'ning skeletal muammolari ortodontiyada asosiy o'rinni egallab kelmoqda. Shu o'rinda, yuqori jag'ni kengaytirish uzoq vaqtni oladigan ortodontik muolajanitalab qiladi. Shu sababli diagnostika va to'g'ri davo chorasini tanlash va dinamikada kuzatish muhim ahamiyat kasb etadi.

Maqsad. Yuqori jag'ni tez kengaytirishda samarali usulni tanlash. Nord, Derixsvayler apparat hamda MSE apparatlarini qo'llab , ular samaradorligini bemorlarda kuzatish. Shu orqali qaysi biri yuqori afzallikka ega ekanligini aniqlash.

Material va tekshiruv usullari. Bemorlarda o'tkazilgan muolajalarni solishtirish va natijalarni baholash maqsadida, ulardan davolashdan oldingi va davolashdan keying modellar olinib , ushbu modellarda tish yoyini antropometrik o'lchovlari amalga oshirildi. Davolashdan keyingi tish qatori va suyakning ichki qatlamlardagi, xususan, yon profil , sagittal profil , transversal yo'nalish hamda suyak chokida bo'ladigan o'zgarishlarni kuzatishda rengen va antropometrik usullari yordamida o'rganildi.

Olingan natija. Kuzatuvdagi 8 ta bemor To'rayev S, Sultonova N, Do'stqobilov M, Aqilov J, Malikova S, Jo'rayev A, Po'latov F , Rasulova M. larda yuqori jag'ni kengaytiruvchi Nord, Derixsvayler hamda MSE apparatlari qo'llanildi. Apparatdan oldingi va keying natijalari jag' va tish qatorlarini kengaytirganligi aniqlandi.

Xulosa. Nord, Derixsvayler va MSE apparati qo'llanilgan kuzatuvdagi 8 ta bemor To'rayev S, Sultonova N, Do'stqobilov M, Aqilov J, Malikova S, Jo'rayev A, Po'latov F , Rasulova M. larda yuqori jag' tez kengaygan va yuz tuzilishida ijobiy natijalar aniqlandi. Rengen hamda antropometrik tekshiruv o'tkazilganda Nord, Derixsvayler va MSE apparatlari qo'llanilgan ushbu bemorlarda yuqori jag' choki bo'ylab qisman kengayib, yuqori jag' tishlarning butun vestibulyar tomonga siljishi kuzatildi. O'tkazilgan tekshiruvlar asosida qo'llanilgan tekshiruv usullariorqali yuqori jag' kengaytirilishida samaralinatijaga Nord, Derixsvayler hamda MSE apparatlari yordamida erishildi.

YUQORI LABNING TIKLANGAN BIR TOMONLAMA KEMTIGI MAVJUD BEMORLARDA BURUN SHAKLINI SUBMENTAL BAHOLASH USULI

Shokirov Sh.T. Mukimov I.I. Mukimov Sh.I.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Muammoning dolzarbligi shundaki, yuqori lab va tanglayning tug`ma kemtigi uchrash darajasi tug`ma anomaliyalar ichida yuqori o`rinni egallagan. Xususan, yuz-jag`sohasi tug`ma anomaliyalari ichida birinchi o`rinda turadi.

Tadqiqot uchun asosiy xeylo- va uranoplastikadan so'ng yuqori lab va tanglay kemtiklari bo'lgan 61 bemor tekshirildi. Ulardan 32 nafari (52.4%) o'g'il bolalar, 29 nafari (47,6%) qiz bolalar. Barchasi 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lganlardir. Barcha bemorlar so'roq qilindi, tekshirildi va rentgen, laboratoriya va boshqa tadqiqotlar o'tkazildi, shuningdek kompyuter dasturida simulyatsiya qilindi. Asosiy material 2018 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davrda Toshkent davlat stomatologiya instituti klinikasi bolalarning yuz-yuz jarrohligi bo'limida bo'lgan bemorlardan iborat. Bundan tashqari, 2010 yildan 2017 yilgacha bo'lgan klinik kuzatuvlarning ajratilgan natijalari retrospektiv ravishda o'rganildi.

Barcha kiritilgan bemorlar yosh orasidagi edi 7 va 18 yil. Faqatgina yuqori lab va tanglayning bir tomonlama kesib o`tuvchi kemtigi bo'lgan bemorlar bitta guruhga kiritilgan. Ushbu davrda bolalar klinikaga muntazam ravishda tashrif buyurib, davolanishni baholash uchun ma'lum bir yosh oralig'i tanlandi. Ko'pgina hollarda, ushbu tashriflar paytida bemorlarning rasmlari hujjatlashtiriladi. Bundan tashqari, 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan bolalarda burun morfologiyasi barqaror bo'lib qolmoqda (Farkas, 1994). Barcha fotosuratlar quyidagi umumiy mezonlariga javob berdi:

1. Palpebral yoriqning medial burchagi o'rta chiziqqa perpendikulyar;
2. Ko'zning medial burchagi va ko'ndalang tekislikda medial qosh o'rtasida joylashgan burun uchi;
3. Neytral yuz ifodasi.

Chetlatish mezonlari sindromli tashxis, alveolaplatikadan so'ng olingan fotosuratlar, past sifatli tasvirlar yoki aniq labda chandiqlik va burun teshigi deformatsiyalari bo'lgan bemorlar edi. Fotosuratlar chap tomondagi yoriqlar shaklida namoyish etildi va SymNose kompyuter dasturi (Pigott va Pigott, 2010) avtomatik ravishda aniq ko'ndalang tekislikda o'rnatish uchun ishlatildi. Rasmlar yorug'lik farqlarini kamaytirish uchun sozlangan va faqat burun va ko'zning ikki burchagining submental ko'rinishini qo'shish uchun qisqartirilgan.

I bosqich. Submental baholash uchun burunning asosiy tuzilishi sifatida beshta burun funksiyasi aniqlandi, quyidagi xususiyatlar tanlandi: (1) burun konturi, (2) burun asosining holati, (3) burun teshigi konturi, (4) burun teshigi va (5)) kolumella burchagi. Burun asosi va kolumellar burchagi pozitsiyasi ilgari adabiyotda burun ko'rinishini baholashda muhim tuzilmalar sifatida ta'kidlangan (Sandorand Ylikontiola, 2006; Fisher va boshq., 2008; Mommaertsand Nagy, 2008; U va boshq., 2015).

II bosqich. Klinikaning ma'lumotlar bazasidan olingan 61 ta submental fotosuratlar ikkita plastik jarroh va kemtiklarni davolashga ixtisoslashgan ortodont tomonidan baholandi. Mutaxassislarning hech biri 61 ta tasvirda tasvirlangan bemorlar reabilitatsiyasida ishtirok etmagan. Uch baholovchining har biri burunning 5 asosiy xususiyatga muvofiq baholadi. Ular dastlabki 4 belgining simmetriya darajasini kemtik bilan kemtiksiz tomon orasidagi farqni baholash orqali baholashdi. Beshinchi xususiyat (kolumella burchagi) perpendikulyar kolumellani ifodalovchi

xayoliy vertikal markaziy chiziq yordamida og'ish darajasini baholash orqali baholandi. Barcha xususiyatlar Likert shkalasi bo'yicha quyidagi tasnif bilan baholandi: 1 - a'lo, 2 - yaxshi, 3 - qoniqarli, 4 - qoniqarsiz va 5 - yomon. 3 mutaxassisdan olingan ballar o'rtacha hisoblangan. Ushbu baholashdan so'ng, kuzatiluvchilar ichida eng yuqori ball to'plagan 5 fotosurat konsensus asosida tanlab olindi va 5 asosiy burun xususiyati uchun har bir Likert toifasini namoyish etdi. Natijada 5 ta fotosurat to'plami mavjud.

III bosqich. Ushbu bosqichda simmetriyani baholash uchun fotografik to'plamlarni taqqoslashni va umumiy ko'rinishni baholash uchun o'lchovlarni tavsiflaydi. To'rt seriyali 24 ta fotosurat olingan: A1, A2, B1 va B2 seriyalar. Ushbu seriyalarning barchasi bir xil 24 fotosuratdan iborat edi, ammo ularning barchasi tasodifiy ketma-ketlikda joylashtirilgan. Fotosuratlar ishlatilgan, chunki mos fotosuratlarning aksariyati allaqachon fotografik ma'lumot to'plamlarini yaratish uchun ishlatilgan. Tasvirlardan foydalanishning yana bir afzalligi shundaki, ular baholovchilar tomonidan biron bir bemorni tanib olish imkonsiz bo'ladi. Barcha seriyalar bir xil 3 ta jarroh jarrohlardan tomonidan baholandi (P1, P2 va P3), ular dastlab burunning 5 ta asosiy xususiyatlarini aniqladilar.

Birinchi, A1 seriyali quyidagi miqyosda submental ko'rinish uchun baholandi: 1 - a'lo, 2 - yaxshi, 3 - qoniqarli, 4 - qoniqarsiz va 5 - yomon. Keyinchalik A2 seriyasidagi har bir fotosurat to'plamlari yordamida 5 ta burun xususiyati uchun ball berildi. B1 va B2 seriyalari 2 haftalik tanaffusdan so'ng xotira kamligini kamaytirish uchun xuddi shu protokol yordamida baholandi (DeVet va boshq., 2011).

3 ta mutaxassis uchun o'rtacha mutaxassis ichi ishonchliligi 1-holat (A1: umumiy o'lchov) va 2-holat (B1: umumiy o'lchov) o'rtasida hisoblab chiqilgan. So'ngra mutaxassislar ichidagi o'rtacha ishonchlilik 1-holat (A2: foto to'plamlarning barcha mumkin bo'lgan kombinatsiyalari) va 2-holat (B2: foto to'plamlarning barcha mumkin bo'lgan kombinatsiyalari) o'rtasida 3 mutaxassis uchun hisoblab chiqilgan. Keyinchalik, uchta mutaxassis o'rtasidagi o'rtacha mutaxassislararo ishonchliligi ikkala ketma-ketlik uchun 1-holat bo'yicha hisoblab chiqilgan (A1: tashqi ko'rinishning umumiy ko'lami va A2: foto to'plamlarning barcha mumkin bo'lgan kombinatsiyalari). Va nihoyat, uchta mutaxassis uchun o'rtacha korrelyatsiya har ikkala seriya o'rtasida 1-holat bo'yicha hisoblab chiqilgan (A1: tashqi ko'rinishning umumiy shkalasi va A2: fotosurat to'plamlarining barcha mumkin bo'lgan kombinatsiyalari). Ishonchlilik va korrelyatsiya ballarini aniqlash uchun ishlatilgan kombinatsiyalardan hisoblangan vositalardan foydalanilgan.

IV bosqich. Ushbu so'nggi bosqichda eng yuqori ishonchlilik va korrelyatsiya ballarini ko'rsatadigan yangi baholash vositasini yaratish uchun asosiy xususiyatlarning kombinatsiyasi (fotografik to'plamlar) tanlandi.

XULOSA. Yangi submental burun shkalasi yuqori ishonchlilik ko'rsatkichlarini namoyish etadi. Ushbu yangi usul yordamida yoriq markazlarida va jarrohlarda burun natijalarini tezda baholash va taqqoslash mumkin. O'lchov jarrohning yoriq standartini aks ettirishi mumkin va katta 2D fotografik yuklarni tezkor baholash uchun javob beradi. Burunning tashqi ko'rinishini ko'p o'zgaruvchan baholashni ta'minlash uchun submental burun shkalasi boshqa frontal va lateral 2D skorslash

usullari bilan birgalikda eng foydali bo'ladi. O'lchovni va uning qo'llanilishini yanada tasdiqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak.

STELL ISQ APPARATUS IN DENTAL IMPLANTOLOGY STUDY THE IMPORTANCE OF

Tojiev F.I., Ismoilkhojaeva K.G., Isanova D.R.

Tashkent State Dental Institute

The development and implementation of new therapeutic measures in the field of dentistry as a level of work on "Reform of the medical field and the application of modern technologies and methods of treatment" is a pressing issue today. Nowadays, prosthetics of secondary adenomas present in the upper and lower jaws are one of the current problems facing dentists. One of the modern ways to overcome this problem i.e. dental floss defects is dental implantology.

The purpose of the research:

Optimization of implant stability determination using OSSTEL ISQ apparatus

Objectives of the research:

1. Introduction of OSSTELL ISQ to the clinic.
2. Compatibility with OSSTELL ISQ apparatus results and X-ray results.

Object and material of scientific work:

Thirty patients were recruited for the study, of whom 18 were male and 12 were female, with partial secondary adentia.

1. Clinical
2. Radiology
3. Laboratory
4. Statistics

Results : In the study, all patients were divided into two groups 1 group control group 2 group OSSTELL ISQ apparatus implant group.

Implant surgery was performed in all patients. The first group used phenotic torque and X-ray examination, the second group used torque, X-ray and OSSTELL ISQ apparatus. As a result, orthopedic treatment was continued.

Conclusion: The first group of data was obtained and compared, the results obtained in the second group were seen.

60 ↓ low implant stability

Between 60-70 implant stability is normal

70 ↑ implant stability is high

DENTAL IMPLONTATSIYA AMALIYOTIDA YALLIG'LANISH ASORATLARINING OLDINI OLIH VA DAVOLASH

Xolmanov B.A., Ikramov G.A., Sultonxo'jayev B.B.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Dolzarbliqi. Tish implantatsiyasi - zamonaviy stomatologiya va protezlarda eng dolzarb, istiqbolli va talab qilinadigan yo'nalishdir.

Statistik tadqiqotlarga ko'ra, tish qatoridagi nuqsonlarning tarqalishi O'zbekiston mehnatga layoqatli yoshdagi aholining 80 foiziga etadi. Ushbu ko'rsatkichlar ortopedik va jarrohlik yordamiga aholining yuqori ehtiyojlarini ko'rsatadi. Shuning

uchun dental implantatsiya bugungi kunda juda dolzarb. Ko'p afzalliklarga qaramay, texnologiyaning jadal rivojlanishi va takomillashtirilishi zamonaviy implantatsiya muhim ahamiyatga ega-operatsiyadan keyingi davrda asoratlar. Natijada, dental joylashtiradigan paytida operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni xavfini kamaytirish uchun profilaktika chora-tadbirlar ishlab chiqish masalasi katta ahamiyatga ega.

Ko'pgina mamlakatlarda implantlarda qattiq protezli bemorlar soni ortib bormoqda. 78 implantlarini ishlab chiqaruvchi har bir firma implantlarning asosiy stabillashuvi va osteointegratsiyasiga ta'sir qiluvchi metallning shakli yoki tarkibiga turli xil o'zgarishlar kiritadi. Shu munosabat bilan implantlarning turli turlari mavjud. Intrakostal qismning shakliga qarab, dental implantlarning aksariyati tish ildizining (silindrsimon, vida, plastinka, estrodiol) shaklini takrorlaydigan implantlarga bo'linishi mumkin. Dizayn bo'yicha ular ajralmas va katlanabilen bo'lishi mumkin. Materiallar va sirt tuzilishiga qarab — seramika va metall, gözenekli va ixcham, silliq, tekstura qilingan yoki bioaktiv qoplamali. O'rnatish usuliga qarab, implantlar bir va ikki bosqichli bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, jag'ning alveolyar jarayonlarida implantlarni ishlab chiqarish usullari o'zgaradi va o'zgartiriladi: to'g'ridan - to'g'ri shilliq qavat orqali implantning kesilishi va shakllanishi. Bu usullar, shuningdek, tiklash va Implantatsiyadan jarrohlik yakuniy natijasi vaqt ta'sir qiladi.

Tadqiqotning maqsadi: operatsiyadan keyingi davrda asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradigan profilaktik chora-tadbirlar majmuasini tavsiflash.

Tadqiqot vazifalari: operatsiyadan keyingi davrda asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradigan profilaktik chora-tadbirlar majmuasini tavsiflash.

Tadqiqot materiallari va usullari: biz TGSI jarrohlik stomatologiyasi poliklinikasi asosida ikkinchi darajali adentiyaga ega bo'lgan 23 nafar bemorni tekshirdik. Barcha bemorlar klinik va rentgenologik tekshiruv usullarini o'tkazdilar.

Natijalar va munozaralar: implantatsiya uchun ko'rsatmalar: tish qatoridagi nuqsonlar, to'liq adeniya, olinadigan protezlardan foydalanishning mumkin emasligi, masalan, allergiya yoki gijjalar tufayli refleks. Implantatsiyaga qarshi ko'rsatmalar bir nechta katta guruhlarga bo'linadi, umumiy kontrendikatsiyalar turli organ tizimlarining jiddiy kasalliklari, shuningdek, giyohvandlik, alkogolizm va bir qator yuqumli kasalliklar hisoblanadi.

Mutlaq mahalliy aholiga alohida e'tibor qaratmoqchiman
dental implantatsiya uchun kontrendikatsiyalar:

1) malign o'smalar, benign o'smalar va maxillofasiyal hududning shishlarga o'xshash shakllanishi;

2) osteoradionekroz;

3) labda qizil chegara yoki og'iz shilliq qavatining Pre-o'simta kasalliklari mavjudligi;

4) metallarga nisbatan intoleransning klinik belgilari mavjudligi;

5) umumiy periodontit yoki periodontitning og'ir shakli;

6) ilg'or to'qima zararlanishlar bilan idiopatik kasalliklar periodontal (Papiyon-Lefebvre sindromi);

7) bemorning past gigienik madaniyati va yuqori og'iz gigienasini saqlab qolish istagi yo'q.

Jarrohlik aralashuvi bilan hisobga olinmagan bir qator kasalliklar, yomon odatlar va boshqa kontrendikatsiyalar implantning omon qolish jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Jarrohlik ehtimoli masalasini hal qilish uchun bemorlar keng qamrovli tekshiruvdan o'tishlari kerak. Bu anamnez to'plamini o'z ichiga oladi, umumiy klinik sinovlar, xususan, umumiy qon testi va siydikni umumiy tahlil qilish, og'iz bo'shlig'ini tekshirish – tishlarning holatini baholash, alveolyar jarayonlar, shilliq qavat, tishlash turi, og'iz gigiyeni holati. Bundan tashqari, tekshiruv vaqtida rentgenografiya usullari yordamida tish-skelet tizimining rentgenologik tekshiruvini o'tkazilishi kerak.

Kompyuter tomografiyasi. Bu usul bir qator muhim ko'rsatkichlarni baholashga imkon beradi: jag ' suyaklari holati, ularning zichligi, trabekulyar naqshning tabiati, maksillarar sinuslarning turi, alveolyar jarayonlarning balandligi va kengligi, ularning atrofiyasi darajasi, alveolyar qirrasi va maksillarar sinus yoki mandibular kanal. Operatsiyani rejalashtirish jarayonida muhim ahamiyatga ega bo'lgan instrumental tekshiruv, ya'ni alveolyar jarayonlarning kengligini o'lchash, heterojen metallar yordamida elektr galvanik potentsiallarni aniqlash, stereolitografiya.

Men tish olib tashlash, shu jumladan, bemorlarning og'iz bo'shlig'i majburiy sanitariya, alohida e'tibor qaratmoqchiman.

Cho'kindi va singan tishlar, karies va periodontal kasalliklarni davolash. Ba'zi klinik holatlarda bemorga shilliq qavatning izlari va alveolyar jarayoni, yugan yoki tilning plastmassasi, shuningdek, ortopedik tayyorgarlik – tish sathining balandligini normalizatsiya qilish, tish sathining deformatsiyasini bartaraf etish ko'rsatiladi.

Natijalar: dental implantatsiya paytida operatsiyadan keyingi davrda asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradigan profilaktik va terapevtik chora-tadbirlar majmuasini qo'llash.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ ПРИ ГЕАНГИОМАХ

Аббосов С.С., Мукимов Ш.И., Мукимов И.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Одним из наиболее значительных успехов в лечении при гемангиомах было появление лазерных технологий и их клиническое приложение в детской хирургии в конце 1960-х годов .

Основоположником отечественной лазерной хирургии является Олег Константинович Скобелкин, впервые в нашей стране применивший лазерное излучение во время оперативных вмешательств, а также являющийся редактором многих монографий по данной тематике (в том числе «Лазеры в хирургии»). В Екатеринбурге существует своя научная школа: «Высоко- и низкоэнергетическое лазерное излучение, биофизические методы исследования в комплексной диагностике прогнозирования тенденций течения патологического процесса, оценке качества лечения при хирургических заболеваниях», руководителем которой является д.м.н., профессор Лисиенко Валентина Михайловна. Основоположником дерматологической лазерной хирургии считается Leon Goldman.

С того времени было много сообщений о лечении этих поражений, используя различные типы лазеров, включая аргоновый, углекислотный CO₂,

твердотельный неодимовый лазер на аллюмо-иттриевом гранате, легированном ионами неодима Nd:YAG, импульсный лазер на красителе с ламповой накачкой (FPDL, длина волны — 695 нм.) и настраиваемый длинноимпульсный лазер на красителе (LPTDL). Взаимодействие лазерного излучения с тканями организма определяется многими факторами. Клиническая и гистологическая реакция кожи на лазерный свет разнообразна и во многом зависит от длины волны излучения. Дальнейшее изучение этой проблемы проводилось в направлении специфичности воздействия и позволило R. Andersen и J. Parrish в 1983 г. предложить теорию селективного фототермолиза, которая в дальнейшем стала одной из основополагающих теорий при создании новых лазеров для лечения сосудистой патологии кожи.

Кожные заболевания, таким образом, 28 можно лечить с помощью лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения хромофорами, содержащимися в пораженной коже. Существует множество лазеров, продуцирующих спектр различных длин волн. Максимальная поглощающая способность для производных гемоглобина соответствует длинам волн 418, 542 и 577 нм. (желто-зеленый диапазон видимого света). Поэтому для лечения сосудов кожи в настоящее время используют целый ряд лазеров, излучающих свет в этом диапазоне — аргоновый лазер, лазеры на парах меди, лазер на парах бромида меди, криптоновый лазер, аргоновый лазер с красителем, лазер на красителе с лампой накачки (FPD-лазер) (последний на долгое время стал «золотым стандартом» в лечении сосудистых аномалий).

Все вышеописанные лазеры воздействуют в поверхностном слое кожи и не проникают глубже, чем на 2 мм, что ставит под вопрос возможность использования их для лечения пациентов с гемангиомами, возвышающимися в большей степени. В связи с этим есть смысл обратить внимание на лазеры, излучение которых находится в ближнем инфракрасном диапазоне, и пусть в небольшой степени, но все же поглощается оксигемоглобином и, самое главное, глубоко проникает в мягкие ткани. Для лечения сосудов были предложены александритовый, диодный и твердотельный Nd-YAG-лазеры, излучающие импульсы в миллисекундном диапазоне. Эти лазеры имеют следующие характеристики: – александритовый — длину волны 755 нм. и продолжительность импульса 3-20 мсек; – диодный — длину волны 800-960 нм, продолжительность импульса 10-1000 мсек; – Nd:YAG — длину волны 1064 нм и продолжительность импульса до 100 мсек. В литературе на сегодня нет убедительных данных об эффективности этих устройств при поверхностных гемангиомах. По-видимому, это обусловлено тем, что сосуды менее 0,4 мм в диаметре малочувствительны к таким параметрам излучения. В то же время вышеуказанные лазеры перспективны в отношении более 29 крупных сосудов. Кроме того, опубликованы данные об использовании Nd:YAG лазерного излучения для лечения крупных гемангиом, в том числе путем введения световода непосредственно в полость поражения.

Поэтому важным компонентом современной лазерной системы для лечения сосудистых поражений кожи считают наличие дополнительной защиты эпидермиса с помощью различных устройств кожного охлаждения. Это

позволяет подводить большие плотности световой энергии, необходимые для коагуляции крупных сосудов, и одновременно отводить часть тепловой энергии от эпидермиса.

Лэндталер и др. сообщили о нескольких гемангиомах, пролеченных различными типами лазеров. Они заметили, что результаты лечения поверхностных гемангиом FPDЛ были отличными или хорошими, но на глубокую часть поражения FPDЛ не воздействовал. Они заключили, что Nd:YAG-лазер является вариантом выбора для «толстых» гемангиом, его излучение проникает примерно на 8 мм в мягкие ткани, и рассеивание в тканях приводит к глубокой фотокоагуляции. Авторы использовали энергию на выходе 50 W с временем экспозиции до 1 секунды и при этом наблюдали поверхностное рубцевание у всех пациентов, пролеченных Nd:YAG-лазером.

Описано несколько методов охлаждения, используемых с лазерным лечением, включая охлаждение льдом, криогенным спреем, контактное охлаждение, встроенное в лазерный наконечник, и воздушное охлаждение. Ioannis Vlachakis с соавторами, использовавшие лед в своей методике, подчеркивают необходимость применения охлаждения до, во время и после лечения для предотвращения индуцированного лазером термического повреждения эпидермиса. При этом, однако, нет исследований по сравнению эффективности методов охлаждения, используемых вместе с Nd:YAG-лазером.

«ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ».

Абдуллаев Д. Ш. Собиржонова А. С. Турсуналиев З. З.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Актуальность темы. Сердечная недостаточность (СН) – заболевание с высокой социально - экономической значимостью. Практически все заболевания сердечно - сосудистой системы в своем исходе приводят к развитию сердечной недостаточности. Распространенность в Узбекистане в популяции на сегодняшний день очень высока и с возрастом распространенность увеличивается. В возрасте старше 50 лет ХСН имеют почти 70% пациентов. Каждый второй больной госпитализируется в стационар в связи с декомпенсацией хронической СН (ХСН) и это приводит к значительным затратам со стороны системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 95% взрослого населения имеют признаки заболевания десен. Без преувеличения можно сказать, что эта проблема поистине глобального масштаба. Особая опасность заболеваний пародонта кроется в том, что часто начало и первые стадии болезни могут протекать бессимптомно, т.е. незаметно для человека. Стоматологи часто говорят, что заболевания пародонта — это молчаливые убийцы зубов. Так что вы можете даже не подозревать об имеющемся у вас заболевании или очень высоком риске его развития, и в дальнейшем может стать причиной хронического процесса. Проблема профилактики и лечения данного заболевания особенно у больных с сердечной недостаточностью в

стоматологии является одной из актуальных вопросов, которые не нашли свой ответ несмотря на значительный прогресс медицины. По данным литературы, более 50% хирургических осложнений одонтогенной инфекции связано с наличием фоновой патологии: заболеваниями сердечно-сосудистой и системы. Наличие у пациента одного или нескольких фоновых заболеваний обуславливает отягощение течения воспалительного процесса множественными патофизиологическими изменениями, что в свою очередь, определяет нарушение функционирования взаимосвязанных систем жизнеобеспечения, гомеостаза и иммунитета. Следовательно, неизбежно развитие синдрома взаимного отягощения.

Цель исследования: Изучить клинические особенности хронического генерализованного пародонтита и предложить медикаментозную коррекцию у пациентов сердечно – сосудистой недостаточностью

Задачи исследования:

1. Определение функциональные классы сердечной недостаточности при хроническом генерализованном пародонтите

Материал и методы исследования:

На основании поставленных нами задач будет обследовано 45 больных с патологией сердечно – сосудистой недостаточностью у которых наблюдается хронический генерализованный пародонтит, в зависимости от тяжести течения и проводимого лечения больные будут разделяться на группы. Кроме этого будут проводится клиничко - лабораторные, рентгенологические исследования, где будет разработана статистическая обработка больных по Стьюденту.

Наблюдения за пациентами с ХГП проводились на базе клинической поликлиники ТГСИ обследовано 45 человек пародонтопатиями, что составило 47,1% всех стоматологических пациентов, из них группа больных ХГП включала 15 пациента (33,7 % от всех пародонтопатий и 15,9% от всех стоматологических заболеваний, соответственно). Среди всех патологии ХГП наиболее чаще встречалась патология со средней степенью тяжести (8 человек), что составляло 18,1 % от всех заболеваний пародонта и 8,6 % от любых стоматологических заболеваний (кариес, его осложнения, заболевания слизистой оболочки полости рта, новообразования и др) Из этой группы было отобрано 7 человек с дополнительными сопутствующими заболеваниями (17%), при этом ХГП была диагностирована нами либо установлена ранее у 226 человек (5,6 %) Окончательная группа пациентов с ХГП средней степени тяжести на фоне ХИГМ в возрасте от 50 до 75 лет составила 156 больных (3,9 % всех пародонтопатий и 1,8 % любых стоматологических заболеваний).

Таким образом, по нашим исследованиям, ХГП средней степени тяжести на фоне ХИГМ, сопровождался определенными отклонениями в системе гемостаза, влияя на сосудисто-тромбоцитарное, плазменное звено, систему антикоагулянтов и фибринолиза. Следовательно, по полученным данным в обследуемой группе гемокоагуляционный фон был неблагоприятным: наблюдалась высокая тромбоопасность, риск развития ДВС синдрома, структурная гиперкоагуляция крови. Выраженная тромбоопасность зависела от тяжести, обширности, локализации повреждения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА NYALUAL В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА

Абдуллаев Ш.Ю., Юсупова Д.З., Адылов З.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Usupovadildora4@gmail.com

Актуальность. В настоящее время выявлен устойчивый рост рубцовых повреждений кожи после плановых операций, травм, ожогов, ран. Доля пациентов, обратившихся в лечебные учреждения с рубцовыми дефектами кожи, по данным различных исследований достигает 22-25%. В их структуре ведущее место занимают рубцы со значительно выраженными косметическими дефектами — гипертрофические и келоидные. Для решения проблемы рубцов применяются высокотехнологичные разработки в области медицины. Благодаря этому при лечении рубцов удастся достичь лучших результатов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ имеющихся на косметическом рынке препаратов для лечения и профилактики рубцовых деформаций кожного покрова.

Методы исследования. Одним из таких продуктов, который мы подвергли изучения является лекарственное средство для лечения и профилактики рубцов института NYALUAL. Институт NYALUAL был основан в 2007 году в Швейцарии группой ученых - врачей с огромным опытом в различных областях медицины.

Результаты исследования. Основное действие препарата NYALUAL основано на эффекте редермализации— доказанное улучшение качества кожи за счет повышения ее регенераторного потенциала. Показания для для достижения эффекта Редермализации: восстановление гидробаланса дермы; профилактика раннего старения кожи; восстановление упругости и эластичности кожи; лифтинг;тусклый цвет лица;коррекция морщин;профилактика хроно - и фотостарения; постакне и рубцы; подготовка кожи к лазерным процедурам; подготовка кожи к контурной пластике и пластической хирургии; реабилитация после пластических операций и пилингов. Данный эффект основан на технологии Double Synergic Effect то есть применяется сочетание сукцината натрия и высоко-молекулярной гиалуроновой кислоты. Сукцинат натрия: регулирует биохимические и физиологические процессы в клетках, активизирует метаболизм клеток; восстанавливает функцию микроциркуляторного русла и стимулирует лимфоток; стимулирует синтез основных структурных белков; стимулирует синтез эндогенных факторов роста –тканевых и сосудов;активно блокирует свободные радикалы. Гиалуроновая кислота: активизирует медиаторы снижающие воспалительные реакции в дерме: arg-1, il-10, mrc-1; уменьшает проявления инфламейджинга, способствуя нормализации дермальных функций белков; активизирует физиологические процессы регенерации кожи и нормализует гидробаланс дермы. Эффективность прпарата NYALUAL также обусловлена наличием рецептора SUCNR1 на поверхности кератиноцитов, фибробластов, тучных клеток, макрофагов, эндотелиоцитов, клеток нервных окончаний, свидетельствует о вовлеченности сукцинатного рецептора в функциональную активацию клеток кожи,

пролиферацию, миграцию, секрецию ростовых факторов, цитокинов, хемокинов, т.е. причастности SUCNR1 к механизмам восстановления, обновления и репарации кожи.

Выводы. Таким образом, своевременное применение HYALUAL позволяет избежать формирования грубых деформирующих рубцовых изменений кожи, а благодаря технологии Double Synergic Effect улучшается клинико-функциональный эффект и позволяет использовать его как в послеоперационном периоде, так и при необходимости подготовки к реконструктивным операциям на рубцах.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдурахмонов С.З., Ганиев А.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
salokhiddinabdurakhmonov@gmail.com*

Введение. Новообразования области головы и шеи представляют собой гетерогенную группу заболеваний, развитие которых сопровождается множественными молекулярно-генетическими нарушениями. К факторам, способствующим развитию опухолей, среди прочих, относят пол. Многими учеными в ходе различных исследований отмечено, что лица женского или мужского пола чаще болеют разными новообразованиями ЛОР-органов. Так, рак полости носа и околоносовых пазух чаще встречается у мужчин. В 2002 г. в России было выявлено 832 случая злокачественных опухолей этих локализаций. Показатель заболеваемости населения России составил 0,6 на 100 000 населения. При этом мужчины болеют почти в 2 раза чаще женщин. Однако остеома носа и саркомы околоносовых пазух чаще встречаются у женщин. А. В. Михальченко и соавт. (2016г.) отмечают, что с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, в том числе и опухолевыми процессами, женщины обращались более чем в 2 раза чаще мужчин. И.Н. Костина (2014г.) при исследовании опухолей и опухолеподобных заболеваний полости рта также отмечает, что у женщин они встречались более чем в 2 раза чаще.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости и структуру доброкачественных опухолей и кист челюстно-лицевой области и определить наличие гендерной зависимости при различных опухолевых процессах головы и шеи.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное изучение протоколов операций, проведенных в отделении Головы и шеи Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии с 2014 по 2019гг. Критерии включения: лица обоего пола старше 18 лет, которым проведено оперативное вмешательство по поводу доброкачественных опухолей или кист лица. Статистическая обработка полученных данных, проведена с

помощью методов описательной статистики, выполнена с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В период с 2014 по 2019 года в отделении Головы и шеи было проведено 107 оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области (исключая ЛОР патологию). Среди всех вмешательств 57 операции проведено по поводу амелобластомы челюстных костей, что составило 53,3 %. Для анализа были выделены следующие группы патологии: амелобластомы, Остеобластокластомы, не диагностированные новообразования, т.е. проводилась диагностическая хирургическая биопсия данных новообразований, кисты челюстных костей и остеомы.

Наибольшее количество операций 57 (53,3%) было проведено по поводу амелобластомы челюстей, подавляющую часть из которых составили амелобластомы нижней челюстей. Второе место по частоте встречаемости заняли остеобластокластомы 18 (16,8%). Из 107 пациентов у 14 (13,1%) было диагностировано и прооперировано киста челюстных костей, у 12 (11,2%) пациентов было проведено лечебно-диагностическая операция (биопсия), и у 6 (5,6%) были проведено хирургическое вмешательство по поводу остеомы челюстей. Из 107 пациентов, оперированных по поводу опухолей и опухолеподобных заболеваний было 60 мужчины (56,1%) и 47 женщин (43,9%), что говорит об отсутствии значимой гендерной зависимости, однако при определенных формах доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний головы и шеи имеются значительные различия по полу значимые гендерные различия наблюдаются при не диагностированных образованиях, причем биопсии новообразований, чаще проводились у женщин (75%), чем у мужчин (25%). Еще более значимые различия наблюдались в категории кист челюстных костей, 78,6% этих операций проводилось у женщин и лишь 21,4% - у мужчин. Остеомы так же чаще встречались у женщин (66,7%), чем у мужчин (33,3%).

Обратная ситуация наблюдается при амелобластоме челюстных костей – 71,9% таких операций проводилось у мужчин и лишь 28,1% у женщин, учитывая небольшое абсолютное количество данных вмешательств этот показатель нельзя считать абсолютно достоверным. Значимые различия также наблюдались в случаях операций по поводу остеобластокластомы. Мужчины оперированы в 61,1% случаев по сравнению с 38,9% женщин.

Выводы: 1. Хирургическое лечение амелобластомы составляет 53,3% от других оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области.

2. Гендерная зависимость частоты встречаемости доброкачественных опухолей и кист челюстно-лицевой области неодинакова при различных заболеваниях. Так более чем в 3 раза чаще у женщин проводилась хирургическая биопсия не диагностированных новообразований и кист челюстных костей, также в 2 раза чаще женщины были оперированы по поводу остеомы.

3. Хирургическое вмешательство по поводу амелобластомы и остеобластокластомы проводилась в 2 раза больше у мужчин, чем у женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОВИЗИОГРАФА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Азимов А.М. Мизомов Л.С. Омонов А.И

Ташкентский государственный стоматологический институт

Mizomov.lazizbek@mail.ru

Актуальность. Несмотря на значительные успехи стоматологии, число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к уменьшению. За последние 10 лет в Республике Узбекистан число воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов возросло на 7-8%. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают довольно большой удельный вес и составляют около 25-30% всех стоматологических заболеваний. В абсолютном большинстве случаев (90-96%) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция.

Увеличение числа и осложнений заболеваний, требует совершенствование методов диагностики. В связи с изменением типичной картины одонтогенных воспалительных заболеваний и их динамичным развитием завершающихся тяжелыми осложнениями существенное значение приобретает ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания. Важно не только определить форму болезни, но и точно установить локализацию, распространенность инфекционно-воспалительного процесса, состояние окружающих тканей и, ориентируясь на это, планировать дифференцированное лечение с учетом прогноза заболевания.

В условиях стоматологической поликлиники стоматолог лишен возможности элементарного лабораторного обследования. Для таких заболеваний как периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти характерно появление одних и тех же признаков, таких как боль в зубе, челюсти, припухлость мягких тканей, подвижность зубов, повышение температуры тела, нарушение сна, потеря аппетита и др. отличаются они только количественными и качественными характеристиками.

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость термовизиографического исследования при воспалительных заболеваниях периапикальных тканей.

Материалы исследования: В системе комплексного обследования больных с воспалительными процессами челюстей и прилежащих к ней мягких тканей нами применена термография. Для изучения возможностей термографа Hikvision DS-2TP21B-6AVF/W нами обследованы 10 детей и 10 взрослых с диагнозом острый гнойный остит лица. Обследование проводили как с воспаленной стороны, так и со здоровой стороны для контроля.

Результаты исследования: Установлено, что тепловизионная картина зависела от возраста больного, локализации патологического процесса и формы воспаления. При остром гнойном остите у всех детей младшей возрастной группы была выявлена обширная зона повышенной энергетической светимости, занимающая 2–3 смежные области лица.

Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица при остром остите у детей составил $1,7\pm 0,3^{\circ}\text{C}$. В то время как у взрослых $1,2\pm 0,03^{\circ}\text{C}$. По-видимому, эта разница в перепаде температуры у детей в отличие от взрослых обусловлена особенностями строения кожи, мягких тканей лица, его кровоснабжения и обменом.

Выводы: 1. Термография позволяет точно установить локальное повышение температуры в очаге воспаления дать картину её распространённости на ранних этапах развития патологического процесса когда это невозможно уловить рентгенологическими исследованиями.

2. Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица при остите у детей составил $1,7\pm 0,3^{\circ}\text{C}$. у взрослых $1,2\pm 0,03^{\circ}\text{C}$.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АУТОТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССОЙ

Азимова М.Л., Камбарова Ш.А.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр,

Бухарский государственный медицинский институт

shani2112@mail.ru

Актуальность. Среди повреждений лицевого скелета наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти, составляющие по данным отечественных и зарубежных клиник от 70% до 85% (Маликов В.С.,1997; Филиппов С.В. и соавт.,1998; Безруков В.М., Лурье Т.М.,2000; Asadi-SG, Asadi-Z,1997; Carlin,-С-В. et all., 1998; Wong,-К-Н.,2000; Boole,-J-R et all.,2001; Guerrissi,-J-0.,2001).

Не вызывает сомнений тот факт, что развитие инфекционно-воспалительных осложнений при переломе определяется анатомо-физиологическими особенностями как самой нижней челюсти, так и окружающих ее мягких тканей, а также наличием в полости рта значительного количества условно патогенной микрофлоры. При этом традиционно принято считать, что основными причинами, способствующими возникновению осложнений, являются позднее обращение пострадавших в лечебное учреждение, диагностические ошибки и неправильная лечебная тактика на догоспитальном и раннем госпитальном периодах. Зачастую к возникновению инфекционно-воспалительных осложнений приводит нерациональный выбор метода закрепления отломков. Широко используемые внутриворотые ортопедические конструкции, предусматривающие межчелюстную фиксацию, обладают рядом существенных недостатков, при этом устранение их последствий требует длительных реабилитационных мероприятий. При использовании традиционных методов хирургического лечения травматический остеомиелит развивается у 10-12% пострадавших. В последние годы среди хирургических методов лечения особое место занимает чрезочаговый остеосинтез различными системами пластин из монолитного титана.

Применение аутоплазмы в области нижней челюсти помогает достигнуть следующих результатов: ускорения процессов остеоинтеграции (приживления) костных отломков, снижения риска появления гнойно-воспалительных

осложнений травматических повреждений, ускорения периода реабилитации после шинирования челюстей. Российскими учеными д.м.н. Р.Р. Ахмеровым и к.м.н. РФ. Зарудием в 2003 г. была создана инъекционная форма тромбоцитарной аутоплазмы. Тогда же было придумано название методики, разработаны специальные пробирки для метода. Данные пробирки позволяют получать плазму с терапевтическим содержанием тромбоцитов. Нижняя часть пробирки заполнена адсорбционным гелем, который во время центрифугирования производит адсорбцию эритроцитов и низкомолекулярных жирных кислот. Гель не влияет на свойства плазмы и позволяет получить плазму высокой степени очистки, он хорошо стабилизирует эритроцитарно-лейкоцитарный сгусток. Для предотвращения свертывания крови в верхней и средней части пробирки на стенки нанесен мелкодисперсионный гепарин натрия высокой степени очистки, разрешенный на обратное введение плазмы. Этот антикоагулянт является безопасным, т.к. ионы натрия входят в состав внутренней среды организма, а гепарин в организме синтезируется тучными клетками.

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения переломов нижней челюсти местным применением тромбоцитарной аутоплазмы.

Материалы и методы исследования. В БОММЦ у 200 пациентов (47 женщин, 157 мужчин) с диагнозом перелом нижней челюсти применили тромбоцитарную аутоплазму. Исследование показали, что использование тромбоцитарной аутоплазмы человека позволит улучшить качество и эффективность лечения больных с переломами нижней челюсти, улучшить процесс регенерации ткани, уменьшает риск вторичного инфицирования костной раны и воспалительных осложнений переломов нижней челюсти. В значительной степени препятствует возникновению посттравматического остеомиелита нижней челюсти.

Результаты. Многочисленные исследования, проведенные в течение последних десятилетий, отчетливо показали, что инъекция плазмы крови не менее 5 сеансов в переломную линию, привело к уменьшению болей, к спаданию отеков уже при первых процедурах. С учётом вышеотмеченного мы исследовали влияние плазмы крови в лечение переломах нижней челюсти. Клинические исследования показали, что плазмы крови имеет фибринолитическую, противовоспалительную, противоотечную активность.

Выводы. Таким образом, в клинике челюстно-лицевой хирургии впервые было научно обоснована необходимость исследования состава ротовой жидкости при переломах нижней челюсти, а также определения показателей периферического кровообращения и обменных процессов в качестве диагностических и прогностических критериев течения посттравматического периода. Доказано положительное влияние аутоплазмы в составе комплексной терапии пациентов с переломами нижней челюсти, способствующего профилактике их воспалительных осложнений.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Аметов Р.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Проблема онкологических заболеваний является одной из главных для современного общества. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире возрастает.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения новообразования челюстей путем использования денсиметрических данных дентальной компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования. Выполненное исследование по характеристике является контролируемым, открытым и рандомизированным.

За период 2018-2021 гг. под нашим наблюдением находились 30 детей пубертатного периода с разнообразными опухолями челюстно-лицевой области. Основная часть собственных наблюдений – доброкачественные процессы (27 случаев – 90%).

Методы исследования: клинический, рентгенологический, гистологический. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Средний возраст дебюта составлял – $8,38 \pm 0,35$ лет. От момента появления дебюта заболевания до обращения в стационар и установки правильного диагноза походило от 1,5 мес до 3 лет. Средний возраст поступления был $11,08 \pm 0,34$ лет. Родители 4 (13,33%) детей связывали появление образования с травмой, а в 2 случаях оно оказалось случайной находкой при обследовании у ЛОР-врача или стоматолога. Основной жалобой было появление нарастающей деформации челюсти, которая могла сопровождаться нарушением носового дыхания и головной болью. Для каждого типа рентгенологической картины отличался средний уровень плотности $513,5 \pm 24$ HU, $594,7 \pm 93$ HU и $401,7 \pm 38,3$ HU, соответственно ($p=0,05$, $\alpha=0,05$). Процесс созревания подтверждает тот факт, что у детей со склеротическим типом рентгенологической картины средний возраст был выше ($12,74 \pm 1,35$ лет), чем у таковых с кистозным и пластинчатым ($11,15 \pm 0,57$ и $10,7 \pm 0,71$, $p=0,16$ $\alpha=0,05$), что указывает на течение процессов созревания в патологическом очаге. При оценке в динамике данных компьютерной томографии, на фоне проведенной терапии в течение 1 года наблюдалось повышение плотности очагов у 14 (46,6%) пациентов на $127,7 \pm 34,2$ HU ($15-391$ HU), что расценено как хороший ответ на терапию ($p \leq 0,05$, $\alpha=0,05$). У 8 (26,6%) пациентов появились очаги разряжения и снижение плотности костной ткани на $31 \pm 10,4$ HU ($5-98$ HU), с одновременным появлением очагов склероза и увеличения максимальной плотности на $89,7 \pm 33,1$ HU ($31-325$ HU) ($p \leq 0,01$, $\alpha=0,05$). В одном наблюдаемом случае отмечалось повышение костной плотности на 207 HU, однако появились зоны разряжения, что привело к расширению диапазона плотности очага. У оставшихся 6 (20%) пациентов не отмечалось нарастания средней плотности костной ткани, однако появлялись

очаги склероза, что может быть связано с погрешностями в приеме сопровождающей терапии (кальция и витамина Д) на фоне развития дефицита потребления и склерозирования очагов опухолей челюстно-лицевой области.

Выводы: Таким образом, на основании денсиметрической плотности костной ткани по результатам дентальной компьютерной томографии было выявлено, что чем выше плотность костной ткани до лечения, тем лучше будет ответ организма на лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЖИ ЛИЦА С ПРИМИНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТ «PIXEL CO2»

Аскарров М.А., Азимов М.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Системный подход к исследованию и планированию лечения больных с рубцовыми деформациями кожи лица предусматривает оценку не только местных проявлений заболевания, но и оценку психологического статуса пациента, минимизации хирургической травмы. Образование рубцовых деформаций после различных повреждений кожного покрова является естественным процессом в первичном и вторичном заживлении раны (Логвинов С.В. и соавт., 2004; Здвижко М.А., 2019). Рубцовые деформации кожи после перенесенного хирургического вмешательства или травмы затрагивают примерно 100 миллионов человек (Sund B., 2000) в год в развитых странах и имеют глубокие физические, эстетические, психологические и социальные последствия.

Цель. Разработать алгоритм лечения рубцовых деформаций кожи лица с использованием лазерного аппарата «Pixel CO2». Минимизация хирургического вмешательства, повышение эффективности и сокращение сроков лечения рубцовых деформаций кожи лица.

Материалы и методы. С 2020 года в клинике ООО «Azimov brothers» проводится лечение рубцовых деформаций кожи лица с применением современного лазерного аппарата «Pixel CO2». Разработан комплексный подход к лечению данной патологии.

Результаты. Апробирована и усовершенствована методика лазерной шлифовки больных с рубцовыми деформациями кожи лица с использованием лазерного аппарата «Pixel CO2». Использование данного метода позволяет достичь высоких эстетических результатов без хирургического вмешательства.

Выводы. Лечение рубцовых деформаций кожи лица представляет собой серьезную проблему для челюстно-лицевого хирурга. Данное исследование обобщило опыт нашей клиники в области комплексного лечения рубцовых деформаций кожи лица. Особое внимание уделяется послеоперационным рубцам. Таким образом лечение рубцов является приоритетном как для пациента, так и для врача. Рубец является одним из основных факторов, который влияет не только на качество жизни, но и на психологическое состояние больного.

ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ МЕНОПАУЗЫ

Ачилова Н.Г., Онгарбаева Г

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Эндокринная перестройка в период менопаузы приводит к дисбалансу минерального обмена, что может служить важным фактором формирования постменопаузального остеопороза и неэффективности применения дентальных имплантатов.

Изменения в гормональном фоне ставит женщин в менопаузе в группу риска по развитию такого заболевания как остеопороз — снижение плотности кости. Во избежание всех осложнений и угроз, которые несет в себе это заболевание, врачи назначают женщинам ряд лекарств.

Исследования стоматологов показали, что прием бисфосфонатов при климаксе может стать причиной осложнений при дентальной имплантации

Цель исследования: Проведение дентальной имплантации у пациенток после наступления менопаузы и изучение его устойчивости.

Материал и методы исследования. Клинические исследования были проведены у 13 женщин, которые были разделены на три группы: первая группа - женщины в период менопаузы с остеопорозом, (возраст 40-50 лет) - 2 пациентки; вторая группа - женщины в период менопаузы без остеопороза - 5 пациентки, третья группа - женщины соответствующие по возрасту с нормальным менструальной функцией и без остеопороза - 6 пациентки.

Все пациенты однородной социальной группы, без выраженной патологии прикуса и скученности зубов. Для определения наличия остеопороза изучалась минеральная плотность костной ткани (МПКТ) на двухэнергетическом рентгеновском денситометре DPX-NT Ge Lunar.

Результаты: Динамика содержания Са в ротовой жидкости отражает течение деструктивных процессов, развивающихся при остеопорозе. У пациенток первой группы повышение концентрации Са в слюне на всех последующих этапах исследования оставалась ниже контрольного значения. У пациенток второй и третьей групп содержание кальция в крови на последующих этапах исследования (II - IV) не отличалась от контрольного значения.

Вывод: У женщин с постменопаузальным остеопорозом отмечаются существенные нарушения минерального обмена, которые проявляются в изменении содержания основных макроэлементов в ротовой жидкости, которые характеризуются снижением концентрация кальция и фосфора и повышением - магния.

Проведение дентальной имплантации и восстановление зубного ряда снижают выраженность этих нарушений, хотя полной нормализации этих показателей не происходит.

ПАРАМЕТРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИ МЫШЕЧНО- СУСТАВНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ ВНЧС.

Бакаев Ж.Н., Олимов С.Ш., Бадриддинов Б.Б., Некбоев Б.Н.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Актуальность. Асимметричное сокращение жевательных мышц приводит к несогласованному движению обеих нижнечелюстных головок в суставных ямках, что вызывает повреждение суставных поверхностей, сдавление отдельных участков внутрисуставного диска, дистальное смещение головок нижней челюсти. Следовательно, одной из причин развития дисфункций ВНЧС является постоянная микротравма сустава, вызванная изменением тонуса жевательной мускулатуры (Герасимова Л.П., 2007; Коннов В.В., 2007; Лепилин А.В., 2011; Глустенко В.П., 2011; Landulpho A. V., 2004).

Таким образом, анализируя важность функционального состояния жевательных мышц нами было проведено данное исследование по изучению биоэлектрической активности с помощью электромиографии.

Материал и методы. На базе кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Бухарского государственного медицинского института нами проводилось изучение биоэлектрической активности жевательных мышц четырехканальным адаптивным электромиографом для стоматологических исследований «Синапсис» фирмы НЕЙРОТЕХ (г. Таганрог) 20 лицам из контрольной группы, 20 пациентам с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС, осложнённой зубочелюстными аномалиями, до и после лечения. Данный электромиограф используется для регистрации, цифровой обработки, графической визуализации, подсчёта заданных параметров и сохранения в базе данных компьютера электромиограмм жевательных мышц. Возможный диапазон измеряемых сигналов 0,1 - 200 мкВ. Всего было получено 40 ЭМГ.

Результаты и обсуждения. Определено что в контрольной группе среднеарифметические значения амплитуды правой височной мышцы составили $30,5 \pm 12$ мкВ, левой - $29,6 \pm 11,4$ мкВ, правой жевательной - $25,6 \pm 11,3$ мкВ, левой жевательной - $20,5 \pm 7,6$ мкВ.

На 3 месяц после начала лечения у пациентов основной группы средние значения правой височной мышцы стали - $35,1 \pm 21,1$ мкВ, левой - $36,4 \pm 18,9$ мкВ, правой жевательной - $30,2 \pm 17,1$ мкВ, левой жевательной - $26,8 \pm 16,6$ мкВ.

Максимальная амплитуда биоэлектрической активности в жевательных мышцах в основной группе после лечения достигала - 135 мкВ, в височных - 191 мкВ.

Индекс симметрии височных мышц (ИСВМ) и индекс симметрии жевательных мышц (ИСЖМ), максимальные и средние амплитуды биоэлектрической активности жевательных и височных мышц, мы изучали при сжатии челюстей в привычной окклюзии.

Средние значения максимальной амплитуды правой височной мышцы в контрольной группе составили $857,9 \pm 361,2$ мкВ, левой - $842,9 \pm 500,6$ мкВ,

правой жевательной - $659,1 \pm 458,7$ мкВ, левой жевательной - $681,2 \pm 717,4$ мкВ. До начала лечения средние значения максимальной амплитуды в соответствующих мышцах в основной группе были $1301,2 \pm 999,7$ мкВ, $1451,1 \pm 1250$ мкВ, $1128,9 \pm 983$ мкВ, $1292,7 \pm 965,3$ мкВ. После лечения - $1044,6 \pm 653,8$ мкВ, $937,9 \pm 691,9$ мкВ, 1048 ± 773 мкВ, $1062,9 \pm 736,8$ мкВ соответственно.

В основной группе пациентов, осложнённой зубочелюстными аномалиями, средняя электрофизиологическая активность жевательных и височных мышц при сжатии зубных рядов до лечения характеризовалась высокими амплитудными показателями: правой височной мышцы $273,7 \pm 198,6$ мкВ, левой - $255 \pm 182,3$ мкВ, правой жевательной $289,4 \pm 628$ мкВ, левой - $232,3 \pm 148,9$ мкВ. В контрольной же группе эти показатели в соответствующих мышцах были следующими: $145,3 \pm 100,3$ мкВ, $148,9 \pm 108$ мкВ, $141,8 \pm 212,2$ мкВ, $148,3 \pm 204,8$ мкВ.

После проведённого комплексного лечения результаты в контрольной группе и у группы пациентов основной группы, осложнённой зубочелюстными аномалиями, средняя амплитуда биоэлектрической активности жевательных мышц составила $171 \pm 45,3$ мкВ, левой - $165,2 \pm 48,5$ мкВ, правой жевательной - $212,7 \pm 88$ мкВ, левой - $210,6 \pm 91,6$ мкВ.

Индекс симметрии височных мышц (ИСВМ) и индекс симметрии жевательных мышц (ИСЖМ), которые показывают симметричность распределения биоэлектрической активности в височных и жевательных мышцах соответственно мы также оценивали при сжатии зубных рядов в привычной окклюзии.

В контрольной группе среднее значение ИСВМ было $94,1$ %, при этом этот показатель варьировался от 71 до 139 %. До лечения среднее значение этого показателя в основной группе - $120,5$ %, минимальное - 32 %, максимальное - 288 %. В диапазоне контрольной группы ($71 - 139$ %) было у 7 человек ($23,3$ %) значение ИСВМ, выходило за этот интервал в большую или меньшую сторону у 13 человек ($76,7$ %).

Спустя 3 месяца, после лечения среднее значение ИСВМ в основной группе стало $95,1$ %, минимальное - 55 %, максимальное - 155 %. А уже у 13 пациента (70 %) было в диапазоне контрольной группы ИСВМ, и значение ИСВМ выходило за этот интервал у 9 (30 %). В контрольной группе среднее значение ИСЖМ было $95,5$ %, минимальное - 71 %, максимальное - 134 %. До лечения значения в основной группы были у $32 - 207$ %, но у $95,1$ % было среднее значение.

Среднее значение ИСЖМ у пациентов основной группы осложнённой зубочелюстными аномалиями, после лечения, стало $108,3$ %, минимальное - 59 %, максимальное - 149 %. А у 11 человек ($63,3$ %) этот диапазон был в пределах контрольной группы, но у 9 человек ($36,7$ %) - выходил за него

До лечения, значимое различие, ИСЖМ, между основной группой и контрольной группой ($p = 0,0002$) мы получили после проведённой статистической обработки с помощью критерия для попарного сравнения групп. Вероятность ошибочного принятия гипотезы о различии групп меньше

0,01 это указывает, уровень значимости $p < 0,01$. Статистически достоверные различия показателей ИСВМ ($p = 0,0008$) и ИСЖМ ($p = 0,0001$) мы получили при попарном сравнении основной группы до и после лечения.

Выводы. Восстановление симметрии биоэлектрической активности жевательных и височных мышц, а, следовательно, и нормализация их функции является, одним из положительных эффектов лечения больных основной группы.

Анализируя полученные данных электромиографии, установлено, что у пациентов основной группы в состоянии функциональной перегрузки находятся жевательные и височные мышцы. Также создающая дисбаланс в жевательных мышцах высокоамплитудная и асимметричная биоэлектрическая активность, приводящая к мышечным спазмам и напряжениям, характерна для пациентов основной группы в период сжатия зубных рядов.

К упорядочению сократительной активности жевательных мышц, симметричности биоэлектрических разрядов и устранению симптомов у основной группы пациентов не только на субъективном уровне, но и по данным показателей электромиографии, привело комплексное лечение. А восстановлению динамического состояния мышц, синхронизации и когерентности в процессе их работы у этих пациентов приводит окклюзионная терапия.

Урегулирование функционального состояния жевательных мышц приводит не только к восстановлению жевательного аппарата и исчезновению постоянных болей, но и к правильному между-суставному положению головки нижней челюсти.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАХСТАНЕ, НА ПРИМЕРЕ СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Батыров Т.У., Кожаметов С.К., Жаканов Т.В., Сағындық Х.Л.

НАО «Медицинский университет Астана» tulbat@mail.ru

Введение. Проблема организации адекватной медицинской помощи при сочетанных травмах(политравмах) является более чем актуальной,особенно в сложной челюстно-лицевой области.По данным научных исследований республиканских ученых опубликованных на 3 ем Международном конгрессе стоматологов (Алматы-2003г.), Республиканской НПК «Стоматология Астаны вчера, сегодня, завтра» (Астана, Акмол ГМА-2004г.),отчетов НИР НИИТО (Астана 2004-2006гг.), Международного конгрессе стоматологов (Алматы-2013г.),Юбилейной конференции посвященной 50 летию АО «Медицинский университет Астана», Астана-2014г., Международной междисциплинарной научно-практической конференции профильных специалистов «Голова, шея»-Астана 2018г. в республике возросло количество сочетанных челюстно-лицевых травм от 8% до 31,8%. При этом отмечается низкое качество своевременной адекватной медицинской помощи, следствием чего наблюдается рост осложнений, приводящие к инвалидизации и смертельным исходам. Причиной является,как нам кажется,сокращение стационарного коечного

фонда, вплоть до единичных коек, прикрепленных к общесоматическим отделениям, отток высокоспециализированных кадров челюстно-лицевой хирургии, отсутствия в регионах единых многопрофильных бригад по оказанию неотложной и экстренной помощи пострадавшим с сочетанной и политравмой челюстно-лицевой области. Недостаточно разработаны НПА в этом направлении: 2006 году утверждены МЗ РК методические рекомендации «Периодические протоколы диагностики и лечения травм костей лица», разработанные НИИТО МЗ РК и КазНМУ им.С.Асфендиярова (Батыров Т.У., Батпенев Н.Д., Уразалин Ж.Б.); 2015 году клинические протоколы «Множественные (сочетанные) переломы лицевых костей и костей черепа. Сочетанная черепно-лицевая травма», утвержденные РЦРЗ МЗ РК» (разработчики Батыров Т.У., Сағындық Х.Л., Даулетхожаев Н.А., Ихамбаева А.Н.); «Стандарт организации оказания челюстно - лицевой хирургической помощи в Республике Казахстан», утвержденный 20 мая 2020 года № ҚР ДСМ-53/2020; «Критерии бальной системы при установлении инвалидности при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и контрактуры нижней челюсти (НЧ)» - Методическое руководство для специалистов МСЭ по использованию Программы - калькулятора для расчета степени нарушения функций организма: АО «Медицинский университет Астана». Астана, 2017 г. 715 с.

Цель исследования: Изучить состояние и улучшить организацию челюстно-лицевой хирургической помощи в РК, с учетом междисциплинарного подхода на примере сочетанной травм челюстно-лицевой области.

Задачи: 1. Определить и дать оценку состоянию организации челюстно-лицевой хирургической помощи в РК.

2. Внести предложения по улучшению этой помощи в настоящее время и в перспективе.

Материалы и методы: Используются данные НИР НИИТО, данные собственных исследований в период 2003-2020 гг. Изучение проводили с помощью метода ретроспективного анализа медицинской карт и анкетирования пострадавших с сочетанной челюстно-лицевой травмой в крупных городах РК.

Результаты и обсуждения. Какие проблемы на сегодняшний день:

1. Сокращается коечный фонд ЧЛХ стационара, происходит их объединение с другими специальностями (ЛОР, НХ, травматология, хирургия и др.). Причина общая тенденция сокращения стационарной службы в РК.

2. Сокращаются или объединяются с другими специальностями, койки детской ЧЛХ. Причина та же.

3. Малое количество функционирующих «дневных стационаров» и амбулаторно-поликлинических кабинетов ЧЛХ.

4. Материально-техническая база ЧЛХ устарела, недостаточно обновляются инструментарий и оборудование, имеется дефицит ИМН. Причина отсутствия разрешения на ИМН зарубежного производства в РК, и отсутствия заинтересованности производителей из-за малого заказа их изделия в РК.

5. Отсутствует или не хватает высококвалифицированные кадры ЧЛХ, многие перешли в частный сектор. На сегодня в РК всего около 100 ЧЛХ.

6. Не проводится системное непрерывное обучение ЧЛХ в зарубежных клиниках.

7. Мало проводится мастер-классы с ведущими смежными специалистами РК и ближнего, дальнего зарубежья.

8. Заявки на обучение молодых кадров ЧЛХ через резидентуру, подаются в недостаточном количестве, особенно из северных и западных регионов РК.

9. Переподготовка выпускников ВУЗА до 2014 г. на ЧЛХ, согласно ГСДО незначительная.

10. Количество резидентов по ЧЛХ из выпускников ОМ очень мизерная, многих их удерживает отсутствие базового знания по разделу ЧЛХ и стоматология - они не заложены в ГОСО бакалавриата и интернатуры ОМ.

11. Мало проявляют инициативу по саморазвитию специальности сами ЧЛХ, ими мало внедряются новые технологии, современные достижения науки и практики, отсюда и отток больных в другие регионы и зарубежье.

12. ЧЛХ и Главврачи на местах активно не участвуют в разработке клинических протоколов СМП и ВТМП, организационных стандартов и других нормативно-правовых актов для развития ЧЛХ.

13. Не развита амбулаторно-поликлиническая челюстно-лицевая хирургия.

14. Недостаточные профессиональные связи со смежными специальностями, как стоматология, общая хирургия, травматология, оториноларингология, онкология, пластическая хирургия и др.

Предложения: Рекомендовать заведующим отделениями (ответственным врачам) челюстно-лицевой хирургии, главным челюстно-лицевым хирургам областей (городов):

1) Не допускать сокращения коечного фонда, ниже 20 коечного самостоятельного отделения ЧЛХ.

2) Развивать амбулаторную ЧЛХ и открывать «дневной стационар» ЧЛХ, согласно утвержденного «Стандарта организации оказания челюстно - лицевой хирургической помощи в Республике Казахстан».

3) Подавать своевременную обоснованную заявку на обеспечение МТБ.

4) Вносить изменение и участвовать в разработке клинических протоколов диагностики и лечения по оказанию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛО и ЗЧС.

5) Постоянно внедрять новые технологии, современные достижения науки и практики в области ЧЛХ.

6) Организовывать ежегодно(офлайн и онлайн режимах) постоянные мастер-классы с ведущими специалистами РК и ближнего, дальнего зарубежья.

7. Совместно с ассоциациями смежных отраслей проводить форумы, конференции, круглые столы по комплексному (междисциплинарному), лечению и диагностике больных.

8. В ГОСО бакалавриата и интернатуры ОМ ввести элективы по разделу ЧЛХ и стоматология.

В перспективе планы и рекомендации: Создать в РК Центры реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы, на базах городских больниц городов республиканского значения с отделениями челюстно-лицевой хирургии, где под руководством челюстно-лицевого хирурга будут планироваться этапы реабилитации с привлечением специалистов врачей сложных челюстно-лицевых протезистов, стоматологов-ортодонтот, детских стоматологов, логопедов, психологов, педиатров для проведения комплексной своевременной непрерывной реабилитации.

- В крупных городах РК, таких как Алматы, Астана, Шымкент, Актобе, Семей, Караганда, создать учебно-методические клинические центры с привлечением научного потенциала НИИ и кафедр медицинских ВУЗов, для обучения специалистов и разработки и внедрению новых технологий. Примером создания таких центров, могут быть рекомендованы зарубежные научно-клинические учебные центры, добившиеся хороших успехов в этом направлении, такие как Центр челюстно-лицевой хирургии института Одонтологии Вильнюсского Университета Литва, НПЦ «Бонум» г. Екатеринбург и подобные центры в городах Москвы, Омска, Томска РФ.

- В связи с переводом, приказами МЗ РК за последние годы, лечение ряда нозологии стационарных заболеваний в разряд амбулаторных и “дневного стационара”, согласно «Стандарта организации челюстно-лицевой хирургической помощи в РК», ввести в штат амбулаторно -поликлинической служб специалистов челюстно-лицевых хирургов и начать подготовку для этих служб челюстно-лицевого хирурга.

- Рекомендовать МЗ РК ввести номенклатурную специальность «челюстно-лицевой протезист» для Центров реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы.

- Рекомендовать ОУЗ, ГУЗ направлять врачей челюстно-лицевых хирургов, сложно челюстно-лицевых протезистов и стоматологов ортодонтот для повышения уровня их квалификации в зарубежные Центры реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы имеющие программы обучения в этом направлении.

- С целью обмена опытом и внедрения инновационных технологии в области ЧЛХ рекомендовать проводить международные, республиканские междисциплинарные НПК ежегодно (в офлайн,онлайн режимах).

- Совместно с ассоциациями смежных отраслей проводить форумы, по комплексному (междисциплинарному), лечению и диагностике больных один раз в 2 года, для чего создать рабочий орган Союз медицинских ассоциации профильных специалистов (СМАПС) «Голова, шея».

Пути реализации МДМП при СЧЛТ (пример).

1. Внедрить предложенную единую рабочую классификацию СЧЛТ, с учетом тяжести травмы и объема помощи.

2. Внедрить разработанный алгоритм диагностики и лечения больных СЧЛТ на различных уровнях медицинской помощи (стандарт).

3. Внедрить созданную компьютерную программу алгоритма с учетом применения в телемедицине.

Выводы: На сегодняшний день проблем организации челюстно-лицевой хирургической помощи в РК предостаточно и они отражены выше (12 пунктов).

2. Предложения по устранению этих проблем решаемы, как в настоящее время (8 пунктов), так и в перспективе (7 пунктов).

3. Междисциплинарная медицинская помощь при СЧЛТ, является наиболее оптимальной и пути ее реализации с помощью использования телемедицины, сегодняшняя реальная выполняемая задача в РК.

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЧЛО: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ РЕЗИДЕНТУРЫ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКАЯ

**Батыров Т.У., Кожаметов С.К., Жаканов Т.В., Сагындық Х.Л.,
Бейсен Ш.А., Сейдзадинова К.Е., Мурзабаев Т.Қ.**

НАО «Медицинский университет Астана», (tulbat@mail.ru), г. Нур-Султан, Казахстан.

Краткое описание профессионального стандарта: ознакомление с трудовыми функциями, умениями, знаниями, навыками и личностными компетенциями в области «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность». Трудовые функции (общие). Профилактика, диагностика, лечение травм, заболеваний и (или) состояний челюстно-лицевой области, реабилитация пациентов. В каждом из вышеперечисленных уровней квалификации имеются нижеследующие 7 градации трудовых функции определяющие умение и навыки и знание.

1. Проведение обследования пациентов в целях выявления травм, заболеваний и (или) состояний челюстно-лицевой области и установления диагноза.

2. Назначение лечения и контроль его эффективности безопасности пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области.

3. Реализация и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации.

4. Проведение освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области.

5. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

6. Проведение анализа медико- статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

7. Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме.

В НАО «Медицинский университет Астана» для дополнения, расширения и углубления подготовки резидентов по выбранной траектории обучения специальности 7R01121 «Челюстно-лицевая хирургия, в том числе детская», в учебные планы специальности в соответствии с ГОСО 2015г мы ввели элективные дисциплины. Перечень дисциплин компонента по выбору составляется согласно Каталогу элективных дисциплин, формируемого и утверждаемого ежегодно в Университете, согласно Положению о каталоге элективных дисциплин ПЛ-МУА-16-13, утвержденное решением Правления АО «МУА» 17.09.13 №36. Количество часов компонента по выбору (элективных дисциплин), их соотношение с обязательными дисциплинами регламентированы ГОСО РК. С 2019 года на компонент по выбору (КВ) отводится 120 ч (4 кредита). Компонент по выбору 2 (КВ2): «Сочетанные травмы ЧЛЮ: особенности диагностики и неотложной помощи».

Выбор этой темы обусловлен рядом особенностей клиники, диагностики и неотложной медицинской помощи обусловленной анатомо-топографическими и функциональными строениями челюстно-лицевой области, отработкой резидентом навыков с мультидисциплинарным характером оказываемой помощи, с учетом непосредственных, ближайших и отдаленных возможных осложнений, приводящие к летальности, инвалидизации, длительной реабилитации.

Следующий госпитальный этап медицинской помощи пострадавшим сочетанной травмой ЧЛЮ также изучается обучающим с помощью наставника не только на муляжах, но и в приемном отделении, операционной специализированной клиники, путем ассистирования.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Бекназарова У.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Резюме: анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что при сочетанной челюстно-лицевой травме необходимо использовать различные методы остеосинтеза, сфера их применения определяется как объективными показаниями (состояние пациента, локализация и характер перелома), и субъективные факторы (медицинские алгоритмы, принятые специалистом, ручные навыки в отношении того или иного метода остеосинтеза).

Среди всех травм лицевого черепа повреждение средней зоны представляет особую группу. Особенность этих травм связана прежде всего с переломом тела и отростков верхней челюсти, стенок полости носа и верхнечелюстных пазух, костей носа и решетчатого лабиринта, глаза и передней черепной ямки. В результате создается сложная клиническая картина,

основанная на различных функциональных нарушениях центральной нервной системы, зрения, дыхания, приема пищи и речи.

Известно, что в срединную зону лица входят верхняя челюсть и дуги кости носа, стенки глазури. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты повреждения костей средней зоны лица по сравнению с данными 10 лет назад с 2,4 или более раз. При этом произошло не только количественное увеличение переломов костей средней зоны лица, но и качественное изменение, т. е. чаще встречались тяжелые травмы средней зоны при сочетании черепно-мозговой травмы и связанных с ней областей.

Сложность диагностики и лечения переломов костей в средней зоне лица заключается в том, что эти переломы часто сопровождаются повреждением стенок верхнечелюстной пазухи, стенок глаз, органов зрения, переломов нос-глаз-решетка с черепно-мозговой травмой.

Такие пациенты находятся в состоянии восприятия благополучия в отношении лица, офтальмологического и ринологического статуса. Однако через несколько дней у этих пациентов появилась клиника деформации черепа лица, офтальмологических и ринологических симптомов и других функциональных расстройств. Лечение таких нарушений требует сложных, иногда многоступенчатых, хирургических вмешательств, длительной реабилитации.

Повреждения средней зоны лицевого черепа классифицируются как тяжелые травмы лица и представляют большую угрозу здоровью и жизни человека. Эти травмы были изучены в течение длительного времени с точки зрения лица, нейрохирургии или офтальмологии. Удельный вес травм средней зоны в структуре травм лицевого черепа составляет до 48%.

Многие авторы, приводя статистику травм средней зоны лицевого черепа, приходят по анатомической классификации. Так, И. Легздина, анализируя 224 наблюдения лицевых травм, указывает на частоту переломов костей лица в 16% наблюдений, костей носа - в 15,5% наблюдений, верхней челюсти - в 7% наблюдений, Такие данные приведены во многих работах и не дают полной информации о комбинированном характере травм средней зоны лицевого черепа. Анализ этих литературных источников показывает, что процентный диапазон в статистике сочетанных травм средней зоны лицевого черепа довольно широк: от 13,3 - 18,5% до 28 - 90%. В этих работах комбинированный характер травм средней зоны лицевого черепа авторы связывают с наличием закрытой черепно-мозговой травмы.

Отдельные публикации посвящены сочетанным травмам средней зоны, где приводятся данные о повреждении глаз, органа зрения и органов LOR.

По статистике, 54% пострадавших от автомобильной катастрофы имеют повреждения в области головы и шеи. По некоторым данным, наиболее частые повреждения при дорожно-транспортных происшествиях наносит лицо, а в 38% случаев травмы челюстно-лицевой области являются тяжелыми. Исследователи дорожно-транспортного травматизма отмечают, что потребление алкоголя является основным фактором риска, увеличивающим уровень смертности от стихийных бедствий с 25 до 50%. Статистические данные показывают, что

состояние опьянения также является основным фактором, способствующим внутренней травме челюстно-лицевой локализации. Особое внимание уделяется тому, что молодые люди в возрасте 20-30 лет становятся жертвами дорожно-транспортных происшествий и бытовых травм. Хотя вероятность их выживания выше, чем у пожилых людей, значительный процент молодых людей с постоянной инвалидностью.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что при сочетанной челюстно-лицевой травме необходимо использовать различные методы остеосинтеза, сфера их применения определяется как объективными показаниями (состояние пациента, локализация и характер перелома), так и субъективными факторами (медицинские алгоритмы, принятые специалистом, ручные навыки применительно к тому или иному методу остеосинтеза).

Учитывая изложенное, целью нашего исследования будет совершенствование тактики лечебно-диагностической помощи при сочетанных травмах верхнечелюстной пазухи, что позволит выявить наиболее эффективные методы лечебно-диагностической помощи при сочетанных травмах возврата верхнечелюстной пазухи.

ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ПАСТКИ ЖАҒ СУЯК РЕГЕНЕРАЦИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бобоназаров Н.Х., Дусмухамедов Д.М., Рахматова М.Х., Омонов Р.

Тошкент давлат стоматология институти

n.bobonazarov@yandex.ru

Кириш. Сўнги йилларда жағ сўяклари кисталарида жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан кейинги реабилитация даври самарадорлигини ошириш, асоратларни олдини олиш мақсадида суюқ нуксон соҳасида репаратив регенерацияни оптималлаштириш учун амалиётда суюқ нуксон бўшлиғини турли хилдаги композит материаллар билан тўлдириш усуллари ишлаб чиқилган ва уларнинг қўлланилиши таклиф қилинган.

Мақсад: Тажрибада жағларнинг одонтоген кисталарини А-Oss+PRF (platelet-rich fibrin) ёрдамида даволаш натижасида нуксон соҳасида суюқ тўқимаси репаратив регенерациясининг морфологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Тажрибада 30 та Шиншилла зотига мансуб бир ёшлик қуёнлардан фойдаланилди. Барча қуёнлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди: назорат (n=10) ва тажриба (n=20) гуруҳлари.

Тажриба гуруҳи ҳам 2 гуруҳга ажратилди:

2а- остеопластик материал -А-Oss қўлланилган (n=10)

2б- А-Oss+PRF (platelet-rich fibrin) материал қўлланилган (n=10) гуруҳлар. Барча гуруҳдаги ҳайвонлар 21-суткада , 1 ой ва 2 ойда тажрибадан чиқарилди.

Ксеноген остеопластик материал - А-Oss – тузилишига кўра одам суюқ тўқимасига ўхшаш остеопластик материал бўлиб, хўкиз суюгидан тайёрланган. PRF (platelet-rich fibrin) материал – тромбоцитлар билан бойитилган фибрин. Материал қон ҳужайралари ва ўстирувчи факторларга бой бўлиб, одам қаттиқ ва юмшоқ тўқималарини қайта тикланишини муваффақиятли амалга ошишини таъминлайди.

Барча тажриба хайвонларининг пастки жағ суяги бурчак соҳасида портатив бормашина (10000 айланиш тезлигида) ёрдамида фиссур ва шарсимон борларда физиологик эритма билан суяк совитилиб турган ҳолатда суяк дефекти ҳосил қилинди.

2а тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида ҳосил қилинган дефект соҳасига остеопластик материал -А-Oss; 2б тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида ҳосил қилинган дефект соҳасига остеопластик материал -А-Oss ва PRF материал қўйилди, дефект соҳаси қаватма- қават, герметик равишда тикилди. Назорат гуруҳидаги қуёнларда нуқсон соҳасига остеопластик материал қўйилмаган ҳолатда яралар тикилди.

Амалиётдан кейинги даврнинг 30- ва 60 - кунлари қуёнлар тажрибадан чиқарилди.

Морфологик текширув натижалари. Тажрибанинг 30-кунда хайвонлар назорат гуруҳида жароҳат атрофидаги суяк тўқимасидан кириб келган қон томирлар атрофида остеобластлар ҳисобига суякланиш жараёни нозик суяк пластинкалари аниқланди. Хондроид тўқима нисбати аввалги муддатга нисбатан камайган. 2а тажриба гуруҳида назорат гуруҳида остеопластик материал ўрнида дағал толали суяк тўқимаси аниқланди. 2б гуруҳида суяк нуқсони соҳасида қон томирлар атрофида концентрик нозик суяк пластинкаларининг (остеонлар) шаклланиши кузатилди.

Тажрибадан икки ой ўтгач, назорат гуруҳи хайвонларида нуқсон соҳасида шаклланаётган концентрик суяк пластинкалари ва суяк тўсинлари кузатилди. Суяк тўсинларининг нисбати тажриба гуруҳига нисбатан кўпроқ. Бу дағал толали суяк тўқимасининг пластинкасимон нозик суяк тўқимасига айланиш жараёнининг давом этишидан далолат беради.

Тажрибанинг ушбу муддатида 2а ва 2б тажриба гуруҳларида қўлланилган А-Oss ва А-Oss+PRF материал ўрнида дағал толали суяк тўқимасининг пастки жағ суягига хос бўлган пластинкасимон суяк тўқимасига ўтиши яқунланганлиги кузатилди. Трансплантация соҳаси суяк тўқимаси билан бирлашган, аввалги нуқсон чегаралари йўқолиб кетганлиги аниқланди.

Хулоса. Шундай қилиб, пастки жағ суяги тўқимасида сунъий равишда ҳосил қилинган нуқсонда тажрибада 2а (А-Oss) ва 2б (А-Oss+PRF) гуруҳларида назорат гуруҳига нисбатан суяк тўқималарининг регенерация жараёни хондроид тўқима пролиферацияси, қон томирларининг жадаллик билан нормал суяк тўқимасидан кириб келиши ҳисобига амалга ошганлиги аниқланди.

А-Oss ни PRF материал билан биргаликда қўлланилиши репаратив регенерация жараёнини янада тезлаштирди. PRF материали қон томирларни суяк усти пардасидан киришини ва суяк тўқимасида ўсишини тезлаштирди. Бу ҳолат нуқсон соҳасида моддалар алмашинувини жадаллашувига ва пластинкасимон суяк тўқимасининг ҳосил бўлишига олиб келди деган хулоса қилиш мумкин.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА ТАШХИСЛАШ

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Bahriddin.uz@mail.ru

Мавзунинг долзарблиги. Юқори нафас йўллари жумладан бурун ва бурун ёндош бушлиқлари деворларини қоплаган шиллик қаватлар деярли бир бутун физиологик фаолиятда бўлади. Қўшма шикасланишларида эса бу тизим функциясини бузилиши кузатилади. Буни шундай ифодалаш мумкин шиллик қаватлар сатҳини қоплаган киприкли эпителий фаоллигининг заифланиши шилимшиқ ажралмаларни таркибини ўзгариши аъзодаги ўз- ўзини тозалаш яни эвакуацияни жараёнини издан чиқишига олиб келади. Бу эса касалликнинг асоратланишларини илк ривожланиш босқичлари пайдо бўлишини билдиради.

Тадқиқот мақсади - юз суякларининг қўшма жароҳатлари бор беморларда бурун ва бурун ёндош бўлиқлари жароҳатларини эрта ташхислаш.

Материал ва текшириш усуллари. Бизни кузатувимиз остида 84 нафар юз суякларини қўшма жароҳати ва бурун ёндош бўлиқларини жароҳати бўлган беморлар бўлди. Улардан 58 нафарини эркаклар, қолган 26 нафарини эса аёллар ташкил қилди. Беморларни ёши 20-62 ёш оралиғида бўлди. Барча беморлар жароҳат олгандан сўнг 1 сутка ичида шифохонага ётқизилган, беморларга жароҳатдан сўнг тез тиббий ёрдам кўрсатилган ва шифохонада кўрсатма бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилган, беморлар травматология, оториноларингология ва юз – жағ жароҳлиги бўлимларида даволанишди. Беморларга клиник лаборатор текшириш усуллари бажарилди. Бурун ёндош бўлиқларини эрта ташхислаш мақсадида уларга Мултиспирал компьютер-томография (МСКТ), бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекциясида рентген сурати, ортопантомография усуллари қўлланилди.

Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Олинган натижаларни таҳлили шуни кўрсатдики, беморларида кранифациал жароҳатлари мавжуд бўлиб, уларда калла суягини турли жароҳатлари бўлганлиги сабабли, уларда бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён бўлди. Беморлардан 12 (31,5%) нафари оғир аҳволда хушсиз бўлганлиги учун уларда нур ташхиси усуллари қўллашни иложи бўлмади, уларга клиник ташхис қўйилди. Беморларни 14 (36,2%) нафарига ортопантомограмма, 8 нафарига (21%) МСКТ, қолган 4 нафари (10,5%) га эса бурун ёндош бўлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Беморларни 28 нафари (73,2%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 6 нафар (15%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 4 нафар (10,5%) беморларда эса бошқа бўлиқлар (асосий ва ғалқвирсимон)нинг жароҳати кузатилди.

Ушбу беморларни 10% бош миянинг оғир даражадаги лат ейиши, 25% беморларда бош миянинг ўрта даражадаги лат ейиши, қолган 65% беморларда эса бош миянинг енгил даражадаги чайқалиши кузатилди. 4 нафар бемор (10,5%) хушсиз кома ҳолатида, 8 нафар бемор (21%) сопор ҳолатида бўлди. Қолган 26 нафар беморлар (68,5%) хушида бўлди. Жароҳатдан кейин

беморларни 20 нафари (51%) да бурундан қон кетиши, 1 нафар беморда эса носоликворрея диагностика қилинган. Беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатилган. Шундан беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 22 нафар (58%) беморларга бурун суяклари репозицияси, 12 нафар беморга (31,5%), ёноқ суякларини репозицияси, 4 нафар беморга (10,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш жоизки, юз суякларини қўшма жароҳатларида бурун ёндош бўлиғининг турли хил синишлари кузатилади. Натижалар таҳлиliga кўра биринчи гуруҳда яъни краниофациал жароҳатларда 58% беморларга бурун суякларининг синишлари, ва юқори жағ бўшлиғи деворларининг синишлари, 31,5% беморларда эса ёноқ суякларини синишлари, 10,5% беморда эса кўз косаси пастки деворининг синиши кузатилган. Бурун ёндош бўшлиқларини синишларини эрта ташхислаш учун энг самарали усуллардан МСКТ, ортопантограмма ҳисобланади. Ушбу текшириш усулларини қўллаш синишни характерини аниқлаш ва асоартларни оодини олишга хизмат қилади.

ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Bahriddin.uz@mail.ru

Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатларида калла суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг биргаликда шикастланишлари туфайли шифохоналар жонлантириш бўлимларида йилдан йилга беморлар сони ошиб бораётганлиги амалиётда кузатилмоқда. Даволаниш жараёнларида эса бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шикастланиш ҳолатларини барвақт ташхислаб, асосланган даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги сабабли иккиламчи ўта оғир асоратлар вужудга келиши кузатилмоқда. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра қўшма сабабли беморлар ўлими саратон ва юрак -қон томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринда туради.

Материал ва текшириш усуллари. Бизни кузатувимиз остида 84 нафар юз суякларини қўшма жароҳати ва бурун ёндош бўлиқларини жароҳати бўлган беморлар бўлди. Улардан 58 нафарини эркаклар, қолган 26 нафарини эса аёллар ташкил қилди. Беморларни ёши 20-62 ёш оралиғида бўлди. Барча беморлар жароҳат олгандан сўнг 1 сутка ичида шифохонага ётқизилган, беморларга жароҳатдан сўнг тез тиббий ёрдам кўрсатилган ва шифохонада кўрсатма бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилган, беморлар травматология, оториноларингология ва юз –жағ жарроҳлиги бўлимларида даволанишди. Беморларга клиник лаборатор текшириш усуллари бажарилди. Бурун ёндош бўлиқларини эрта ташхислаш мақсадида уларга Мултиспирал компьютер-

томография (МСКТ), бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекциясида рентген сурати, ортопантомография усуллари қўлланилди.

Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Олинган натижаларни таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу беморларда фациал жароҳатлар мавжуд бўлиб, юз суякларининг турли жароҳатлари учради. Беморларда калла суяги жароҳатлари учрамади, лекин бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён аниқланди. Беморлар орасида хушсиз бўлганлари аниқланмади, уларни барчаси ўрта ва енгил оғирликда эди. Беморларини 24 (52,3%) нафарига ортопантомограмма, 19 нафарига (46,2%) МСКТ, қолган 3 нафари (1%) га эса бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Беморларни 32 нафари (69,5%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 12 нафар (26,5%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 2 нафар (0,5%) беморларда эса бошқа бўшлиқлар (асосий ва ғалқвирсимон)нинг жароҳати кузатилди. Беморларни 39% бош миянинг енгил даражадаги зарарланиши, қолган 61% беморларда эса бош миянинг енгил даражадаги чайқалиши кузатилди. Беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатилган. Шундан беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 36 нафар (82,4%) беморларга бурун суяклари репозицияси, 8 нафар беморга (17,5%), ёноқ суякларини репозицияси, 2 нафар беморга (0,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

Хулоса қилиб, 82,4% беморларида бурун суяклари синишлари, 17,5% беморда эса ёноқ суякларини синишлари, 0,5% беморларда эса кўз косаси пастки деворини синишлари кузатилди. Бурун ёндош бўшлиқларини синишларини эрта ташхислаш учун энг самарали усуллардан МСКТ, ортопантомограмма ҳисобланади. Ушбу текшириш усуллари қўллаш синишни характерини аниқлаш ва асоартларни оодини олишга хизмат қилади.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ

ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Бузрукзода Ж.Д., Ахтамов Ш.Д., Шербекова Ф.У

Самаркандский государственный медицинский институт.

eshonbobo.1992@gmail.com

Актуальность. Переломы нижней челюсти (ПНЧ) составляют 60-80,8% в структуре травматических повреждений лицевого черепа. По данным литературы, отмечают устойчивую тенденцию к увеличению их частоты рядом с увеличением частоты тяжелых осколочных, множественных переломов и сочетанных травм.

Цель исследования: изучить частоту, характер и причины возникновения дефектов медицинской помощи при хирургическом лечении ПНЧ и определить возможные направления их предупреждения и улучшения качества оказания стоматологической помощи.

Материалы и методы исследования. Обследованы медицинские документы 72 пациентов с ПНЧ различной локализации, в которые оперированы в лечебных учреждениях г. Самарканда и Самаркандской области выполнены 127 операций остеосинтеза за период с 2017 по 2021, которые обратились лечебные учреждения по поводу осложнений или неудовлетворительных результатов лечения.

Результаты. Преобладали мужчины (83%) наиболее трудоспособного возраста - от 20 до 50 лет (82,5%). Основным этиологическим фактором ПНЧ была бытовая травма (в 76% случаев). Другими причинами их возникновения были транспортная (в 17%), спортивная (у 2%), промышленная (в 3%) травма, а также огнестрельное ранение (в 1%) и ятрогенные повреждения (в 1%). Односторонние переломы выявлены в 35 (43%) больных, двусторонние и двойные - в 39 (48%), тройные и осколочные - у 7 (9%). ПНЧ сочетались с черепно-мозговой травмой в 29,3% пострадавших, переломами других костей лицевого черепа - у 10%, переломами костей туловища и конечностей - в 10%, ранами лица - в 8,5%, поражением других органов и систем - в 7%. В 6% пострадавших отмечено тяжелую сочетанную травму, сопровождавшаяся травматическим шоком различной тяжести. В сроки до 3 суток после травмы оперированы 11% пострадавших, от 4 до 7 суток - 27%, от 8 до 15 суток - 36%, от 16 до 30 суток - 13%, позже чем через 30 суток - 13%. Поздние сроки осуществления остеосинтеза обусловлены поздним обращением больных в специализированные медицинские заведения из-за недостаточного понимания пациентами возможных последствий челюстно-лицевой травмы, возникших у пострадавших, что пребывали в состоянии алкогольного опьянения, а также дефектов медицинской помощи диагностики хирургов, стоматологов и врачей других специальностей при первичном обращении. Другой причиной были тяжелые состояния больных вследствие повреждения центральной нервной системы и других органов, и систем. По данным анализа установлено, что во время лечения врачи допустили дефекты медицинской помощи в 38,2% наблюдений.

Выводы: Основными ошибками были: неверное определение показаний и противопоказаний к осуществлению остеосинтеза; неточная репозиция отломков при выполнении оперативного вмешательства, ненадежная фиксация фрагментов, отсутствие достаточной стабильности; неоправданное увеличение инвазивности вмешательства, неправильная тактика в отношении зубов, находящихся в линии перелома; назначение неадекватного режима нагрузки на зубочелюстную систему после операции. Наиболее частой ошибкой была недостаточная стабильность фиксации фрагментов, она допущена в 26% наблюдений и была основной предпосылкой возникновения вторичного смещения, замедление консолидации и формирования ложных суставов, присоединение инфекции, расшатывание и смещение фиксирующих винтов, и требовало удаления фиксирующих элементов в отдаленном посттравматическом периоде. Основными причинами неточной репозиции были: сложность клинической ситуации, особенности хирургического доступа к области перелома, связанные с ограниченной визуализацией анатомических

структур, отсутствие необходимых инструментов и технических средств, а также субъективные факторы. Важный, однако, определяющий влияние на возникновение таких ошибок является недостаточная диагностика, что обусловлено плохим качеством рентгенограмм или невозможностью точно определить взаимное расположение обломков на рентгенограмме. Наиболее частыми осложнениями были травмирование корней зубов, ВНЧС и около челюстных мягких тканей элементами фиксации. Хотя большинство (95%) ошибок возникли во время исполнения операции, они тесно связаны с неадекватной диагностикой и планированием лечебных мероприятий перед операцией.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА БИО-ГЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПО ДАННЫМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бычкова Н.П.

Кубанский государственный медицинский университет

Vnp30@mail.ru

В последние годы достигнут значительный прогресс в систематизации и оптимизации терапевтических мероприятий при хроническом генерализованном пародонтите. Уже не считается достаточным остановить процесс деструкции, добиться санации десневых карманов и т.д. Необходимо достичь, по возможности, полной регенерации ранее разрушенных соединительно-тканного матрикса и костной ткани, что становится все более и более достижимым по мере развития регенерационных методов лечения заболеваний пародонта, основой которых являются различные варианты тканевой регенерации.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом с применением остеопластического материала Био-Ген.

Под наблюдением находилось 30 пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести, в возрасте от 50 до 59 лет, без сопутствующей патологии. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение заболевания с применением остеопластического материала Био-Ген.

Забор материала для микробиологического исследования проводили в момент операции и спустя десять дней после нее во время снятия швов. Это проводили с помощью стерильных ватных тампонов из содержимого пародонтальных карманов. Для выявления аэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов посев осуществляли на следующие питательные среды: кровяной агар, шоколадный агар, желточно-солевой агар, среды Эндо, Сабуро. Идентификацию выделенных культур и определение их чувствительности к антибиотикам осуществляли с помощью совмещенного с компьютером полуавтоматического бактериологического анализатора autoSCAN-4 формы Baxter-Dade (USA).

При микробиологическом анализе до проведения вмешательства отмечен высокий уровень содержания в исследуемом материале как аэробной, факультативно-анаэробной, так и анаэробной микрофлоры. После хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с применением препарата Био-Ген выявлено значительное снижение или полное отсутствие основных пародонтопатогенных видов микроорганизмов. В то же время, тотального подавления численности всех групп микроорганизмов не отмечено, как не отмечено повышения высеваемости грибов рода *Candida*.

Микробиологическое исследование у пациентов после хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с применением остеопластического материала Био-Ген показало высокую эффективность данного метода лечения.

Применение остеопластического препарата Био-Ген при хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита демонстрирует выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Бычкова Н.П.

Кубанский государственный медицинский университет

Vnp30@mail.ru

Болезни пародонта представляют собой в настоящее время одну из наиболее важных проблем в стоматологии. Целью нашей работы явилось клиническое исследование эффективности применения остеопластического материала Био-Ген при лечении хронического пародонтита и воздействие его на микроциркуляцию тканей пародонта.

Под наблюдением находилось 30 пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести, в возрасте от 50 до 59 лет, без сопутствующей патологии. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение заболевания с применением остеопластического материала Био-Ген.

Био-Ген («Bioteck», Италия) — костная ткань животного происхождения, полученная из костей лошадей, характеризуется отсутствием антигенности, рассасывается путем клеточной резорбции.

Состояние микроциркуляции в тканях пародонта определяли с помощью лазерной доплеровской флоуметрии анализатором капиллярного кровотока «ЛАКК — 02» (НПП «Лазма» г. Москва). При анализе определялись следующие показатели: интегральный коэффициент вариации (K_v), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ).

При изучении микроциркуляции тканей пародонта методом лазерной доплеровской флоуметрии нами были получены следующие данные. В дооперационном периоде у всех пациентов отмечалось увеличение амплитуды

дыхательного ритма (АНР) 2, 32 п.е. ($N \approx 0,5$ п.е. по инфракрасному каналу), $K_v = 4,9\%$ (K_v пародонта в норме составляет от 8 % до 19 %). ИЭМ находился в пределах 0,65 п.е., что соответствует значению ИЭМ при хроническом пародонтите (0,7 п.е.). Спустя 4 месяца после хирургического вмешательства интегральный коэффициент вариации K_v составил 17,8%, ИЭМ = 1,59 п.е. Исследование структуры перфузии крови показало, что модуляция кровотока осуществляется вследствие активных механизмов регуляции.

После хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с применением остеопластического материала Био-Ген произошли значительные изменения гемодинамических показателей микроциркуляции. Это объясняется ростом общего объема новообразованной капиллярной сети и стабилизацией микроциркуляторного русла на качественно новом уровне гемодинамических показателей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ТКАНЕИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ ОКТАКАЛЬЦИЙФОСФАТА, АКТИВИРОВАННОГО ПЛАЗМИДНОЙ ДНК С ГЕНОМ VEGF

Воложин Г.А., Базикян Э.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова

greguar@bk.ru

Технологии инженерии костной ткани являются многообещающей альтернативой использованию аутологичных костных трансплантатов для восстановления костных дефектов в челюстно-лицевой области. Для реабилитации пациентов с дефектами костей критического размера требуются хирургические реконструкции. Дефект критического размера не заживает спонтанно или не восстанавливает более 10% утраченной кости в течение всей жизни пациента. В последнее время разработки в области тканевой инженерии привели к появлению новых и лучших вариантов лечения, называемых «инженерией клеточной костной ткани». Целью этих разработок является создание биоразлагаемых, безопасных и интегрируемых в биологическую систему материалов, которые позволят восполнить утраченный объем костной ткани до исходного уровня.

Цель исследования: оценить регенерацию костной ткани челюстей пациентов после имплантации тканеинженерной конструкции на основе октакальцийфосфата, активированного плазмидной ДНК с геном VEGF.

Материалы и методы: проведено хирургическое лечение костных дефектов у 50 пациентов обоего пола [17 мужчин и 33 женщины, средний возраст $41,2 \pm 3,13$ лет] с отсутствием одного или нескольких зубов на верхней или нижней челюсти в сочетании с дефицитом костной ткани альвеолярной кости по высоте и/или ширине. Была произведена реконструкция атрофии альвеолярного гребня верхней челюсти у 7 пациентов, атрофии альвеолярного гребня нижней челюсти у 14 пациентов, операция синус-лифтинг открытый у

29 пациентов. Всем пациентам до операции и после остеозамещающей операции проводилась оценка прироста костной ткани по данным конусно-лучевой компьютерной томографии. Проведены замеры оперируемых участков для сравнения изменения объема костной ткани с помощью парного t-критерия Стьюдента. Показанием к остеозамещающей операции являлось частичное отсутствие зубов на верхней или нижней челюсти; атрофия костной ткани альвеолярного отростка верхней или альвеолярного отростка нижней челюсти; высота костной ткани в области реконструкции по данным конусно-лучевой компьютерной томографии от 1 до 6 мм [нет возможности установить короткие имплантаты]; ширина костной ткани в области реконструкции по данным конусно-лучевой компьютерной томографии от 1 до 4 мм [нет возможности установить узкие имплантаты]. Костный дефект пациентам заполняли материалом на основе октакальцийфосфата, активированного плазмидной ДНК с геном VEGF [ОКФ+VEGF] [основная группа, n=28] и остеозамещающим материалом, состоящего из ксеногенного гидроксиапатита [ГАП] [группа сравнения, n=32]. В качестве аналога использовался коммерческий активированный остеопластический материал, состоящий из гранул октакальциевого фосфата и плазмидной ДНК с геном, кодирующего фактор роста эндотелия сосудов [ОКФ+VEGF] [ООО «Гистографт» Россия, Москва; № РЗН 2019/8310 от 23.04.2019]. Для сравнения в клинической практике применялся ксенографт, содержащий гидроксиапатит [ГАП], выделенный из бычьей кости - «Bio-Oss» [«Geistlich», Швейцария; № ФСЗ 2009/04748 от 14.07.2009]. Сроки наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде, все назначения и рекомендации соответствовали стандартам для данного метода лечения. В послеоперационном периоде на протяжении 7 дней назначали аугментин в дозе 625 мг 3 раза в день, аквадор+изофра [2 раза в день], и полоскания 0,12% хлоргексидином биглюконата по 1 минуте 3 р/день в течение двух недель. Оценку уровня боли, состояния операционного участка по интенсивности отека и гиперемии определяли в баллах на 3, 7 и 14 сутки после операции. Для проверки гипотезы о различии средних двух групп применялся критерий Стьюдента [Т], а для множественных сравнений среди непараметрических критериев. Во всех случаях уровень статистической значимости различий был принят за $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Согласно полученным результатам через 6-8 месяцев после выполненной операции по реконструкции костной ткани в основной группе пациентов, которым был имплантирован материал ОКФ+VEGF, наблюдалось достоверно значимое увеличение прироста [$p < 0,001$] костной ткани как в высоту, так и в ширину [табл.1]. В группе сравнения, которым имплантировали ксеногенный ГАП, также выявлен достоверный [$p < 0,05$] показатель роста объема костной ткани, но эти цифры были достоверно [$p < 0,05$] ниже [высота в 1,3 раза и ширина в 1,2 раза] по сравнению с пациентами основной группы.

Статистический расчет между группами по оценке первичных результатов после остеозамещающей операции в группах пациентов в динамике не выявил достоверных отличий [$p > 0,05$; $p > 0,1$] [табл.2]. Однако, выявлено достоверное

[$p < 0,001$; $p < 0,05$] снижение этих параметров в динамике заживления раневого процесса. Болевые ощущения на 3 сутки после операции испытывали 25 [89,3%] пациентов основной группы и 28 [87,5%] пациентов группы сравнения, и эти болевые ощущения зависели от объема выполняемой операции.

Примечания: p – уровень значимости различий показателей 3-х суток обследования с 7-ми и 14-ми сутками; * – уровень значимости различий показателей между сроками: $*p < 0,05$, $**p < 0,001$.

На 3 сутки отек тканей в участке операции был выявлен у 24 [85,7%] пациентов основной группы и 30 [93,8%] пациентов группы сравнения. На повышение температуры тела указывали 3 [10,7%] пациента основной группы и 4 [12,5%] пациента группы сравнения. Контрактура челюстей выявлялась у 5 [17,9%] пациентов основной группы и 4 [12,5%] пациентов группы сравнения. Этим пациентам назначено продолжать прием противовоспалительных препаратов и антибиотиков. На 7 сутки обследования у большинства пациентов было выявлено снижение болевых ощущений и отека участка реконструкции челюсти. Незначительные явления сохранялись только у 9 [32,1%] пациентов основной группы и 12 [37,5%] пациентов группы сравнения. На 14 сутки обследования незначительные симптомы болевых ощущений и слабо выраженного отека сохранялись у 2-х [7,1%] пациентов основной группы и 4-х [12,5%] пациентов группы сравнения.

Заключение: Клинические параметры объективных и субъективных характеристик, таких как боль, отек, гиперемия, не выявили разницу в течении заживления раневого процесса у пациентов в зависимости от имплантированного им остеозамещающего материала. В группе пациентов, которым имплантировали тканеинженерную конструкцию, состоящую из гранул октакальциевого фосфата и плазмидной ДНК с геном, кодирующего фактор роста эндотелия сосудов объем новообразованной костной ткани был больше по высоте в 2,21 раза и ширине в 2,1 раза, чем у пациентов, которым имплантировали остеопластический материал на основе ксеногенного гидроксиапатита [в 1,53 и в 1,7 раза соответственно]. В связи с этим, новая тканеинженерная конструкция, состоящая из гранул октакальциевого фосфата и плазмидной ДНК с геном, кодирующего фактор роста эндотелия сосудов может с успехом применяться в хирургической практике для замещения костных дефектов челюстей.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Ганиев А.А

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

[e-mail:avaz-ganiev@yandex.ru](mailto:avaz-ganiev@yandex.ru)

Актуальность: Рак органов полости рта (РПР) является в настоящее время одной из проблем онкологии в связи с нарастанием уровня распространенности этой патологии, а также сложностями анатомического строения структур и ткани, входящих в эту зону. Это обуславливает необходимость поиска

модифицированных подходов при выполнении оперативных вмешательств с целью лечения данной патологии, а также улучшения визуализации оперативного доступа с последующим повышением качества жизни больных. Хирургическое лечение в большинстве случаев является основным методом лечения этих больных. Хотя абсолютное большинство таких больных традиционно подвергаются предоперационной лучевой или химиолучевой терапии, роль хирургического компонента остается решающим.

Цель: Использования модифицированного подхода при проведении хирургических операций у больных задних отделов полости рта и ротоглотки.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни 427 больных раком органов полости рта и ротоглотки, проходивших лечение в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР и Ростовском НИИОиР, при этом больным основной группа (n=149) из них проведено оперативное вмешательство в объеме мандибулотомии с одновременным созданием превентивной оростомы 33 пациентов.

Результаты: При раке органов полости рта и ротоглотки детальная визуализация процесса и его удаление общепринятыми внутриротовым или подчелюстным способами крайне затруднены, что не позволяет провести радикальную операцию и обеспечить интраоперационный гемостаз. При выполнении мандибулотомии (МДТ) можно достичь необходимой визуализации, по окончании которой, челюсть восстанавливается скреплением титановыми пластинами. Разработанный модифицированной мандибулотомии заключается в оригинальном способе рассечения нижней челюсти с надежным послеоперационным остеосинтезом титановой минипластиной, который позволяет радикально удалить опухоль, провести реконструкцию дефекта мягких тканей с одновременным созданием превентивной оростомы.

Выводы: Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику нового метода хирургического лечения рака органов полости рта и ротоглотки с использованием модифицированной мандибулотомии и формированием оростомы, позволяет расширить показания к выполнению радикального хирургического удаления опухоли, уменьшить количество послеоперационных осложнений с последующим восстановлением функции жевания, глотания и речи, сокращая сроки нетрудоспособности, а также достижения удовлетворительных эстетических, функциональных и отдаленных результатов лечения и качества жизни этой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТДАЛЁННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

Ганиев А.А.

*Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии
e-mail: avaz-ganiev@yandex.ru*

Несмотря на многолетний мировой опыт, множество научных работ и публикаций, посвященных злокачественным опухолям щитовидной железы, вопрос о выборе тактики лечения при наличии отдаленных метастазов в легких,

костях остается нерешенным. Отсутствие единого мнения в последовательности применения того или иного метода лечения в комплексном подходе лечения рака щитовидной железы (РЩЖ), делает эту проблему более актуальным.

За период с 2013года по 2020 годы в отделение Опухолей головы и шеи нашего филиала находились 68 пациентов РЩЖ. Гистологически в 35 случаях верифицирован папиллярный рак, в 16 случаях фолликулярный, а у 9 больных недифференцированный рак и в одном случае метастаз плоскоклеточного рака пищевода в щитовидной железе. При изучении послеоперационного материала у одной пациентки верифицирована неходжкинская лимфома и у одной первично множественный процесс в щитовидной железе папиллярный рак, в лимфатических узлах картина неходжкинской лимфомы. При этом у 7 больных уже при первичном обращении обнаружены отдаленные метастазы, у 5- в легких, у 2-х в костях скелета. Метастазы в легких обнаружены у 4-х больных с фолликулярным раком и у одной пациентки с недифференцированным раком. Поражение костей скелета встречались в 2-х случаях с папиллярным раком.

Хирургические вмешательства производились 57 пациентам и у 4-х химиолучевое лечение. Органосохранные операции в объеме гемитиреоидэктомии и субтотальной резекции проводились у 15 больных, тиреоидэктомия в 8 случаях. Тиреоидэктомия с лимфодиссекцией произведена 34 пациентам. Хирургическое лечение в самостоятельном виде проводились 10 больным. Остальным 47 пациентам хирургические вмешательства проводились как компонент комбинированного или комплексного лечения. Из них 10 больным в комбинации с лучевой терапией, в 11 случаях с радиойодтерапией. В 5 случаях проводились курсы ПХТ в комплексе с хирургическим вмешательством, в 4-х с хирургическим лечением и радиойодтерапией. Хирургические вмешательства в комплексе с химиолучевым лечением по пред или послеоперационной программе проводились у 17 больных. Двое больных с метастазами в костях скелета получили курсы ПХТ с применением бифосфанатов и локальное облучение метастатических очагов. Радиойодтерапия применялась всего у 15 больных с высокодифференцированными формами опухоли. У троих с фолликулярным РЩЖ с поражением легких, радиойодтерапия проводилась после паллиативной тиреоидэктомии. У всех трех пациентов получен положительный эффект: 1 пациентка пережила шести летний рубеж и на сегодняшний день находится в удовлетворительном состоянии, двое больных живут больше 4-х лет.

Таким образом, применение радиойодтерапии как компонент комплексного лечения пациентов высокодифференцированными формами РЩЖ с метастатическим поражением легких, способствует улучшению качества жизни и показателей выживаемости у данной категории больных и позволяет вести активную тактику в отношении первичного очага и зоны регионарного метастазирования.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА

Гафуров З.А., Шокиров С., Содиков М.М

*Ташкентский государственный стоматологический институт
drzafarik@gmail.com*

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии является лечение пациентов с переломами средней зоны лица. Число пациентов с переломами средней зоны лица неуклонно растет с 3,2% в 1959 году (Qiao IL, 1959) до 20-25% в 2000 году (Kuznetsov IA, 2000), что связано с конкретным этиологическим фактором и напрямую коррелирует с развитием современного общества, его экономическими и политическими особенностями. Подавляющее большинство пациентов с травмой в этой области являются результатом побоев. Среди пациентов с посттравматическими деформациями средней поверхности и 35% - поврежденные кости скулы-орбитальная область. Разрушение медиальной стенки орбиты является одним из наиболее частых поражений центральной зоны повреждения лицевого скелета и, по мнению различных авторов (В.П. Ипполитов, 1986; Бельченко В.А., 1987), 6-12% этот тонкий перелом кости, разделяющий орбиту и полость носа, может вызвать осложнения, связанные с пролабированием содержимого орбиты в пазуху носа, что требует решения многих патогенных, функциональных и косметических проблем.

Цель исследования. Оптимизация метода хирургического лечения пациентов с изолированными повреждениями медиальной стенки орбиты на основе разработки малоинвазивных оперативных доступов и фиксирующих материалов для достижения оптимальных функциональных и эстетических результатов.

Материал и методы. Йодоформные тампоны использовались при лечении травматических повреждений медиальной стенки орбиты у 30 больных. Среди них мужчин было 25 чел. – 83,3%, женщин – 5 (16,7 %), в возрасте от 18 до 50 лет. 30 больным была проведена мультиспиральная компьютерная томография орбит в прямой проекции, у исследуемых больных на мскт были выявлены изолированные переломы медиальной стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки в полость носа у 15 больных; с переломами костей носа и медиальной стенки орбиты у 9 больных; с переломами скуловой кости и медиальной стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки в полость носа 6 больных.

Результаты исследования. Опыт применения йодоформного тампона убедительно показал, что они обеспечили высокую стабильность репозиции при всех типах переломов медиальной стенки орбиты с оптимальным восстановлением анатомической структуры медиальной стенки орбиты. После проведенного хирургического лечения исследуемых больных, функциональные нарушения виде энтофтальма и диплопии глазного яблока устранены. Рентгенологические исследования всех больных свидетельствовали об устранение костного дефекта медиальной стенки орбиты.

Таким образом опыт применения йодоформенных тампонов при фиксации после репозиции перелома медиальной стенки орбиты показал:

1. процесс восстановления больных занимает в среднем от 7 до 10 дней, в зависимости от тяжести и давности перелома медиальной стенки орбиты

2. в послеоперационном периоде больные не испытывают косметического и эстетического дискомфорта

Также исследования показали, что у 2 из исследуемых больных в послеоперационном периоде возникли осложнения в виде повышения температуры тела до 38 °С и головных болей

Заключение. Таким образом, использование йодоформенных тампонов при устранении переломов медиальной стенки орбиты различного генеза позволяет получить стойкие анатомические, функциональные результаты, что подтверждается рентгенологическим и функциональным результатами.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Досмухамедова Л.В., Хагуров Р.А., Кучкарова Р.Р.

Клиника “Hayat Medical Centre”, ДГКБ № 13 им.Н.Ф.Филатов г.Москва

Ташкентский государственный стоматологический институт

laserlarisa@mail.ru hemangioma01@gmail.com radakuch03@gmail.com

Под нашим наблюдением находились 180 детей с образованиями на голове и шее. Из них гемангиомы составили 82.8% всех случаев, а лимфатические мальформации (ЛМ) – остальные 17.2%.

Исходя из анамнеза, гемангиомы обнаружены родителями с рождения до 2 месяцев и имели признаки быстрого роста, тогда как ЛМ были определены в более поздние сроки в зависимости от размера от 2 месяцев до года. По половой принадлежности, процент встречаемости гемангиом у девочек - 66%, а ЛМ – чаще у мальчиков (61.5%).

По анатомической локализации гемангиомы определялись в околоушной области – 48% случаев, на губах – 11%, в параорбитальной области – 10%, на носу – 9%, на ушных раковинах – 4%, на волосистой части головы – 18%. В 15% случаев наблюдались осложненные формы гемангиом в виде изъязвлений с кровотечением и инфицированием. Превалирующее большинство лимфатических кист локализовывалось в околоушной, подчелюстной, шейной областях. В 5 случаях диагностирована мелкокистозная ЛМ языка, у одного из этих больных развился рецидив после краевой резекции языка. Гигантские лимфатические кисты чаще всего встречаются в подбородочной и шейной области. В нашем исследовании у годовалого ребенка из одной такой кисты подбородочной области эвакуировано более 1 литра лимфатической жидкости. При локализации крупных кист в переднеушной области у 5 пациентов наблюдалось комбинированное поражение множеством мелких кист слизистой щечной области, десен, языка и кожи. В таких случаях на МРТ определялось также изменение формы и строения альвеолярной дуги.

Размеры гемангиом варьировались от 1 до 12 см в диаметре, а кист – от 0.3 до 25 см в диаметре. Тяжесть клинической картины определялась не объемом поражения, а его локализацией. Так, обширные опухоли и кисты в околоушной и шейной области не причиняли беспокойства ребенку и не вызывали функциональных нарушений. Тогда как мелкоочаговые образования в функционально-активных зонах на губах, веках, языке быстро изъязвлялись, кровоточили, что являлось причиной сильного беспокойства, болевого синдрома, воспалительных реакций и психо-эмоциональных нарушений.

Учитывая весь спектр возможных функциональных нарушений, выявленных в результате обследований, мы пришли к выводу, что решающим фактором начала активного лечения образований на лице является их локализация.

Всем детям проведено обследование: общий анализ крови, коагулограмма, биохимия, УЗД области поражения с применением доплеровского картирования, МРТ, нейросонография, ЭхоКГ, консультации смежных специалистов.

Группе пациентов с гемангиомами назначен курс консервативной терапии пропранололом. Препарат назначался внутрь по разработанной схеме с учетом возраста, веса ребенка, лабораторных показателей, наличия осложнений. Препарат начинали с 0,4 - 0,5 мг/кг/сут и повышали дозу до лечебной 2 мг/кг/сут. Всем детям проводился круглосуточный мониторинг показателей гемодинамики. Измерялись пульс, артериальное давление, частота дыхания, температура тела до приема препарата, через 15 - 20 минут и через час после приема препарата. Все показатели динамического наблюдения за гемодинамикой детей фиксировались в разработанную таблицу.

Все дети с ЛМ получили лечение методом склерозирования. Для этой цели использовался препарат “Блеомицин”. В послеоперационном периоде наблюдался небольшой отек и гематомы без признаков воспаления. По необходимости процедуру повторяли через 6 месяцев, в среднем – 3-5 процедур.

Успех консервативного лечения гемангиом пропранололом у детей напрямую зависит от аккуратного выполнения родителями рекомендаций по приему препарата. При таких условиях достигается активный регресс гемангиом с полным восстановлением покровных структур кожи и слизистых оболочек, что напрямую определяет эстетическую составляющую лечения. При обширных объемах поражения, даже при полностью регрессирующем образовании остается избыток кожи, смещение, асимметрия мягких тканей, остаточные телеангиоэктазии что требует в ряде случаев дальнейшей эстетической коррекции специалистами в условиях челюстно-лицевой хирургии, а также применения лазера.

Наше исследование показало, что весь период лечения образований головы и шеи требует динамического контроля со стороны разных специалистов для достижения наиболее высоких эстетических результатов. Малоинвазивное лечение способствовало окончательному выздоровлению пациентов в

большинстве случаев, но в ряде случаев остается необходимость коррекции в косметических целях у челюстно-лицевых и лазерных хирургов.

МЕДИЦИНСКАЯ ОШИБКА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Дронов С.В., Фалчари Р.О.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Волгоградский государственный медицинский
университет"*

stomatolg.volggmu@yandex.ru

falchare@mail.ru

Введение. В последние годы сложилась тенденция к увеличению судебных гражданских дел, связанными с врачебными ошибками и дефектами оказания стоматологической помощи. Обращение внимания понятию как «врачебная или медицинская ошибка» связана со следствием, в обосновании вины, ущерба здоровью и ответственности врачей допустивших такую ошибку.

В 20-е годы Давыдовский И.В. формулировал следующее определение: «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества».

По нашему мнению, определение А.А.Мохова является более полным: «Медицинская ошибка» - это невиновное причинение вреда здоровью лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий лицом/ лицами, призванным оказывать какого-либо рода помощь в соответствии с законом, договором, специальным правилом или сложившейся практикой».

Медицина на всем протяжении своего развития была, и всегда будет оставаться несовершенной. По мнению многих авторов, объективные причины совершения врачебных ошибок являются, прежде всего, халатное отношение к исполнению служебных обязанностей, самонадеянность и недостаток знаний в определенных разделах медицины.

Доля судебных процессов по стоматологии занимает лидирующее место среди других медицинских специальностей. Этому способствует хорошая информированность населения по вопросам защиты прав потребителей. Потребители медицинских услуг подготавливаются к будущим судебным разбирательствам еще на этапе первого посещения стоматолога.

Потребители услуг (пациенты) могут обращаться за консультациями и юридической поддержкой в общественные организации по содействию в защите прав потребителей. Это придает каждому конкретному случаю нарушения прав потребителя широкий общественный резонанс и до решения суда формируется общественное мнение.

Самыми распространенными ошибками являются изначально неправильно выбранные методы лечения, внутрибольничные инфекции, назначение

неправильного лекарства, оставление инородных объектов и материалов во время операций.

Практика показывает: врачи не имеют четких знаний о юридических последствиях своих действий, а отсутствие знаний по правовым вопросам затрудняет осуществление грамотной защиты своих профессиональных интересов.

Рассмотрим ситуацию, которая может случиться на стоматологическом приеме. Врач стоматолог-хирург ошибочно удалил пациенту здоровый зуб. Договором на оказание медицинских услуг никаких норм ответственности сторон не предусмотрено.

Возникает ли в данном случае гражданско-правовая ответственность в виде возмещения вреда и компенсации морального вреда пациенту?

В соответствии с законом, пациент, которому по ошибке удалили интактный зуб, имеет полное право на возмещение вреда нанесенного его здоровью. Вне зависимости от права на компенсацию вреда здоровью, пациент имеет право на компенсацию морального вреда, при том условии, что ошибочно удаленный зуб явился причиной физических и нравственных страданий.

Обоснование таких выводов состоит в следующем: Договор на оказание медицинских услуг является договором возмездного оказания услуг и регулируется положениями гл. 39 Гражданского кодекса РФ. Согласно п. 1 ст. 779 ГК РФ по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность, в данном случае медицинского характера), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

В гл. 39 ГК РФ отсутствуют нормы об ответственности заказчика и исполнителя. Вместе с тем, согласно ст. 783 ГК РФ, к договору возмездного оказания услуг, если это не противоречит правилам указанной главы и особенностям предмета этого договора, применяются общие положения о подряде (ст. ст. 702 - 729 ГК РФ) и положения о бытовом подряде (ст. ст. 730 - 739 ГК РФ).

Сторонами договора на оказание медицинских услуг являются гражданин (пациент) и стоматологическая клиника, осуществляющая медицинскую деятельность, которая по заданию пациента оказывает ему медицинские услуги. Следовательно, к такому договору применяются положения ГК РФ о бытовом подряде (п. 1 ст. 730 ГК РФ). Также отношения сторон по договору оказания медицинских услуг регулируются Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее - Закон N 2300-1).

В силу п. 1 ст. 14 Закона N 2300-1 вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), подлежит возмещению в полном объеме.

Согласно п. 3 ст. 14 Закона N 2300-1 вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, подлежит возмещению исполнителем. В

данном случае под вредом, причиненным здоровью пациента, следует понимать удаление здорового зуба.

Согласно ч. 1 ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Таким образом, в рассматриваемом случае пациент имеет право на возмещение вреда, причиненного его здоровью врачом или стоматологической клиникой.

Обоснование таких выводов состоит в следующем: Договор на оказание медицинских услуг является договором возмездного оказания услуг и регулируется положениями гл. 39 Гражданского кодекса РФ. Согласно п. 1 ст. 779 ГК РФ по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность, в данном случае медицинского характера), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

В гл. 39 ГК РФ отсутствуют нормы об ответственности заказчика и исполнителя. Вместе с тем, согласно ст. 783 ГК РФ, к договору возмездного оказания услуг, если это не противоречит правилам указанной главы и особенностям предмета этого договора, применяются общие положения о подряде (ст. ст. 702 - 729 ГК РФ) и положения о бытовом подряде (ст. ст. 730 - 739 ГК РФ).

Сторонами договора на оказание медицинских услуг являются гражданин (пациент) и стоматологическая клиника, осуществляющая медицинскую деятельность, которая по заданию пациента оказывает ему медицинские услуги. Следовательно, к такому договору применяются положения ГК РФ о бытовом подряде (п. 1 ст. 730 ГК РФ). Также отношения сторон по договору оказания медицинских услуг регулируются Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее - Закон N 2300-1).

В силу п. 1 ст. 14 Закона N 2300-1 вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), подлежит возмещению в полном объеме.

Согласно п. 3 ст. 14 Закона N 2300-1 вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, подлежит возмещению исполнителем. В данном случае под вредом, причиненным здоровью пациента, следует понимать удаление здорового зуба.

Согласно ч. 1 ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о

товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Согласно ст. 151 ГК РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на виновного обязанность материальной компенсации вреда.

Потребители услуг (пациенты) могут обращаться за консультациями и юридической поддержкой в общественные организации по содействию в защите прав потребителей.

Это придает каждому конкретному случаю нарушения прав потребителя широкий общественный резонанс и до решения суда формируется общественное мнение.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины лица причинившего этот вред и другие обстоятельства, влияющие на размер компенсации.

Суд обязан учитывать физические и нравственные страдания. Величина компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения имущественного вреда.

Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков (на восстановление функции утраченного зуба, включая эстетику)

Если пациент уверенно утверждает, что ошибочно удаленный зуб стал причиной физических и нравственных страданий, он может взыскать в судебной порядке моральный вред, руководствуясь нормами ГК РФ и Закона N 2300-1 «О защите прав потребителей».

По данным многих авторов основной причиной подачи пациентами претензий является нарушение медицинскими работниками определенных норм этики и деонтологии.

Это можно связать с высокой нагрузкой на врачей, большим количеством оформляемых документов, эмоциональным выгоранием.

Выводы. Необходим внутриведомственный контроль качества медицинской помощи, разбор клинических случаев с правовой, социальной и экономических позиций, важны демонстрации примеров ненадлежащего оказания хирургической стоматологической помощи, приоритет досудебного разрешения конфликтов и спорных ситуаций.

Необходимы меры по повышению уровня правовой грамотности врачей по программам переподготовки и повышения квалификации. Так же врачам и стоматологическим клиникам нужно активнее взаимодействовать с общественными организациями защищающим права врачей.

Признание с обсуждением совершенных врачебных ошибок и ведение открытой статистики, способствует их предупреждению, повышению качества медицинской помощи.

ЗАТРАТЫ НА АМБУЛАТОРНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Духовская А.А., Егорова Л.В., Панин А.М.

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова
duh_asya@mail.ru*

Составной частью государственного социального страхования является Обязательное медицинское страхование (ОМС), которое обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и фармакологической помощи, предоставляемой в тех или иных объемах и условиях, соответствующих программ ОМС.

В стоматологии установилась смешанная модель, в которую входят бюджетная, страховая и рыночная системы финансирования затрат на оказание медицинской помощи. Спрос на стоматологические услуги зачастую определяется личным бюджетом населения, которое в последнее время чаще склоняется в пользу получения бесплатной государственной медицинской помощи. В соответствии с этим, предполагается, что доля затрат фонда ОМС на получение стоматологических услуг должна ежегодно увеличиваться. Однако, доля национального бюджета здравоохранения, ежегодно выделяемая на стоматологию, продолжает снижаться.

Цель исследования: оценить уровень затрат, выделяемых фондом ОМС на амбулаторную стоматологическую помощь хирургического профиля в динамике для дальнейшего планирования и прогнозирования предполагаемых бюджетных расходов на финансирование стоматологической помощи.

Материалы и методы: Базой исследования послужила выкопировка данных государственного статистического годового отчета клиник МГМСУ им. А.И. Евдокимова в Минздрав России форма №30 «Сведения о медицинской организации», сводный отчет, содержащий сведения о оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (пациентам) предоставляемых организацией ежегодно за период 2017-2020гг. Для подсчета цифровых данных использовались статистический, аналитический и графический методы. Направление процессов развития определяли сравнительным методом. Для стандартизации и проведения статистического анализа была сформирована база данных с помощью программы «Microsoft Excel-2010».

Результаты и обсуждение: за отчетный период амбулаторное хирургическое отделение стоматологии 37923 раз посетило 27597 пациентов, которые получили 108565 услуг на общую сумму 11055781 рублей.

Наименьшая сумма затрат была выявлена в 2017 году, а наибольшая в 2019 году (табл.1). По сравнению с 2017 годом прирост затрат фонда ОМС на оказание амбулаторной стоматологической помощи хирургического профиля в

2018 году достигал +37,3%, в 2019 году +68,2%, в 2020 году +36,5%, что свидетельствует об увеличении объема финансирования фонда ОМС на стоматологическую помощь и потребность в услугах по данному профилю.

Ежегодные данные о посещаемости пациентами амбулаторного хирургического отделения в исследуемом периоде (2017 – 2020гг.), в целом не отличались между собой и только в 2018 году эта цифра была выше по сравнению с 2017 годом на +23,2%, 2019 г.(+31,6%), 2020 (+30%). Наряду с увеличением числа посещений аналогично изменялось и количество оказанных лечебных процедур.

Прирост подушевых затрат фонда ОМС выглядел следующим образом, в 2017 году сумма, затраченная на 1 пациента, получившего помощь в амбулаторной стоматологической хирургического профиля, составила 304 рубля. В последующих годах анализируемого периода наблюдался рост подушевых затрат по сравнению с 2017г. в 2018г. (+31,8%), с 2019г. (+26,7%), с 2020г. (+30,6%) (табл.2). Максимальное количество затрат фонда ОМС на 1 посещение было произведено в 2020г., а на 1 услугу - в 2019г.

Заключение: потребность населения г. Москвы в амбулаторной стоматологической помощи хирургического профиля возрастает, о чем свидетельствует ежегодный прирост посещаемости и подушевых затрат на ~30% из средств, выделяемых фондом ОМС. Эти затраты обосновываются увеличением числа обращений пациентов и оказываемых им услуг по исследуемому профилю. Следовательно, при формировании бюджета ОМС необходимо планировать рост финансирования затрат на оказание стоматологической помощи хирургического профиля

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА OSTEON COLLAGEN 3 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ SINUS LIFTING

Жданов А.В.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
e-mail:d.d.s.alex81@mail.ru*

Актуальность Метод Sinus lifting на сегодняшний день является перспективным направлением при выполнении костнопластических процедур в области . Однако вопрос выбора костнозамещающего материала, имеющего широкий спектр применения, остается открытым для большинства врачей стоматологов-имплантологов.(. Zadeh. A, Abdelamid M,Omran. N, Bakhshalian. and D. Tamow,2016).

Цель .Изучить возможность применения метода НКР с использованием остеопластического материала OSTEON COLLAGEN 3 при одномоментном удалении зуба . Оценить эффективность данного материала после процесса регенерации через 9 месяцев после проведения процедуры НКР методами гистологического и рентгенографического исследования,ISQ регистрации имплантатов в области аугментата.

Материалы и методы исследования В ходе проведенного исследования на кафедре Хирургической стоматологии и Дентальной имплантологии (ТГСИ)

проведена процедура открытый Sinus lifting с одномоментной инсталляцией имплантата в область аугментата (Dentium, Super line Юж.Корея)) в исследуемой группе у 17 пациентов с атрофией альвеолярного гребня в области инсталляции в следствие удаления зуба в возрасте от 30-45 лет с использованием остеопластического материала Osteon Collagen 3 (Юж.Корея) и резорбируемой мембраной из коллагена (Collaguide(Юж.Корея)). После внесения костнопластического материала и фиксации мембраны производилась инсталляция имплантата, шахта которого закрывалась Cover screw (заглушка). Результаты исследования были фиксированы по истечению 9-х месяцев срока регенерации, методом рентгенографического и гистологического анализа.

Результаты: после проведения гистологического и рентгенографического исследований была получена полная регенерация костной ткани, а также полное заполнение дефекта костной тканью по данным компьютерной рентгенографии. При выполнении ISQ анализа было выявлено повышение стабилизации имплантата в области аугментации с 68 ед. (среднее значение в группе) до 75 ед. Гистологический анализ, полученный при взятии образцов у пациентов исследуемой группы показал участки остеогенной, волокнистой ткани разной интенсивности уплотнения, умеренное количество остеобластов.

Выводы: исходя из полученных данных, можно с уверенностью утверждать об возможности эффективного применения остеопластического материала Osteon Collagen 3 после выполнения процедуры НКР при дефектах альвеолярной кости челюстей для последующих имплантологических манипуляций. Данный материал почти полностью восполняет объем дефицита костной ткани челюсти после периода ремоделирования и регенерации и обладает приближенными морфо-физиологическими характеристиками нативной костной ткани.

КСЕРОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Жилонова З.А., Садикова Х.К.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
zuhrajilanova.90@mail.ru*

Ксеростомия (drymouth) – состояние, которое развивается при уменьшении или прекращении секреции слюны и характеризуется сухостью в ротовой полости. В связи со множеством заболеваний и состояний, которым может сопутствовать ксеростомия, вопрос лечения данной категории пациентов чрезвычайно важен для врачей широкого круга специальностей: оториноларингологов, стоматологов, онкологов.

Ксеростомия (синдром сухого рта) – это состояние, которое характеризуется сухостью во рту и развивается при уменьшении (гипосаливия) или при полном отсутствии секреции слюны (асаливия). Продолжительное снижение слюноотделения вызывает дискомфорт, обусловленный сухостью полости рта, и является фактором риска возникновения как общих заболеваний (болезни желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональные расстройства), так и стоматологических болезней (кариес зубов, заболевания пародонта, глоссалгия, парестезии).

Слюнные железы вовлекаются в патологический процесс при многих системных заболеваниях. Смешанная слюна участвует в обеспечении пищевой, речевой функции, в поддержании гомеостаза, являясь обменной средой. Установлена тесная связь функции слюнных желез с функциями желез внутренней секреции

В развитии ксеростомии выделяют три стадии: начальная, стадия клинических проявлений, поздняя. В период начальной стадии пациенты предъявляют жалобы на сухость рта, возникающую чаще всего при длительном разговоре, жжение в полости рта. Снижения саливации, по результатам лабораторных исследований, не отмечается. Объективно при пальпации протоков слюнных желез выделяется прозрачный секрет количеством в пределах нормы. В клинически выраженную стадию сухость рта беспокоит пациентов при приеме пищи и во время разговора. При объективном осмотре: слизистая оболочка бледно-розового цвета, слабо увлажнена. При проведении массажа протоков слюнных желез секрет выделяется капельно. В позднюю стадию пациенты испытывают постоянную сухость полости рта, пищу принимают, запивая водой. Слизистая оболочка полости рта атрофичная, сухая. Даже при интенсивном массаже секрет из протоков не выделяется [

В стоматологической практике проблема ксеростомии чрезвычайно актуальна как в связи со снижением качества жизни таких пациентов, так и в связи с влиянием данного синдрома на состояние органов полости рта .

Слюна выполняет защитную, регенеративную функцию, обеспечивает реминерализацию зубов посредством притока кальция и фосфора, содержит в своем составе компоненты, обладающие антибактериальным, противовирусным и противогрибковым действием. Сухость во рту способствует развитию стоматита, парадонтита, инфекционных поражений слизистой оболочки полости рта . В случае легкой и средней степени ксеростомии риск развития заболевания тканей пародонта определяется как средний и тяжелый. Чрезвычайно важно, что длительное течение ксеростомии со слабовыраженной клинической симптоматикой приводит к несвоевременному обращению пациентов за медицинской помощью.

В последние месяцы, после вспышки новой пандемии коронавируса, сообщалось о некоторых случаях сухости во рту, связанных с COVID-19, что привлекло внимание исследователей.

COVID-19-это острый респираторный синдром, вызванный бета-коронавирусом, называемым коронавирусом-2 (SARS-CoV-2) .

В связи с большим количеством заболеваний COVID-19, при которых может встречаться ксеростомия, вопрос лечения данного синдрома является актуальным для широкого круга врачей различных специальностей.

Лечение в первую очередь должно быть направлено на купирование процесса, который вызвал развитие ксеростомии

Первым обязательным этапом для определения этиологии синдрома сухого рта является сбор анамнеза и выяснение принимаемых пациентом препаратов.

Очень часто причиной ксеростомии может явиться прием лекарственных препаратов. Потребление многочисленных лекарств и различных

фармакологических групп является одной из других причин, предполагаемых для ксеростомии при COVID-19. Наиболее распространенные лекарства у пациентов с COVID-19 включают противовирусные препараты (ремдесивир), гидроксихлорохин, анти-ВИЧ-препараты (ритонавир, лопинавир) и интерфероны. В целом, лекарства являются наиболее частой причиной ксеростомии. Среди распространенных лекарств для лечения COVID-19 лопинавир, ритонавир и интерфероны играют заметную роль в ксеростомии.

В настоящее время существует большое количество способов облегчения состояния сухого рта. При сохранении функциональной активности слюнных желез наиболее подходящим методом является стимуляция их секреции. Выделяют локальные и системные способы стимулирования. К локальным относятся: жевание жевательной резинки без сахара, мяты, инертных веществ типа парафина или сосание леденцов. Однако эффект от них быстропроходящий и требует частого повторения. Можно принимать витамин С (цитрусовые, аскорбиновая кислота), который обеспечивает более эффективную стимуляцию. Но у некоторых пациентов он вызывает раздражение слизистой оболочки и оказывает неблагоприятное воздействие на эмаль, что способствует возникновению патологии твердых тканей зуба. Не рекомендуется применение стимуляторов секреции, содержащих сахар, так как они могут увеличить риск развития кариеса. Более консервативный подход, который оказывается зачастую эффективным в снятии жалоб на сухость полости рта, состоит в рекомендации использовать простую воду.

При ксеростомии необходимо исключить из рациона соленые и сухие продукты, а также продукты и напитки с содержанием кофеина и высоким содержанием сахара. Алкогольные напитки и содержащие спирт средства для полоскания полости рта сушат слизистую и вызывают гипосаливацию. Пациентам рекомендовано отказаться от курения, использовать увлажняющие полость рта средства и зубные щетки с мягкой щетиной для исключения травматизации истонченной и сухой слизистой оболочки полости рта. При появлении ран и микротрещин необходимо нанесение на слизистую регенерирующих средств; 3 раза в день по 20 минут проводят аппликации кератопластических средств: масляные формы витаминов А и Е, каратолин, аекол, облепиховое масло, масло шиповника.

В настоящее время активно используют слюнозаместители, в составе которых присутствуют биологически активные компоненты, имитирующие действие натуральной слюны. Данные средства должны обладать хорошими очищающими свойствами, обеспечивать ощущение влаги и не оказывать раздражающего действия на слизистую оболочку полости рта. В результате их применения пациенты испытывают мгновенное функциональное облегчение. Слюнозаместители способствуют увлажнению полости рта, уменьшают сухость и облегчают глотание. В настоящее время искусственные заместители слюны выпускаются в виде аэрозолей и гелей. После успешного устранения симптомов ксеростомии необходимо избегать рецидивов. Это достигается за счет рационального применения лекарственных препаратов. Применение медикаментов, влияющих на работу слюнных желез, возможно только в

случаях крайней необходимости. В основе профилактики ксеростомии лежит гигиена полости рта, своевременное лечение кариеса и грибковых суперинфекций. Прогноз при ксеростомиях определяется характером основного заболевания и степенью нарушений функций слюнных желез. Но во всех случаях, кроме полной атрофии слюнных желез, можно добиться значительного улучшения состояния или полного излечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ

Зайнутдинов М.О.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
zmo@bk.ru*

Задача возобновления костного органа представляется одной из самых актуальных и интересных на сегодняшний день. [Байтус Н.А., 2014]. Известно, что восстановление больших костных дефектов занимает длительное время (до 4-5 лет) и не всегда бывает в полном объеме.

Манипуляции в остеопластике предполагают использование препаратов, действие которых направлено на тканевое восстановление. Действенность таких материалов объясняется как особенностью их строения (остео-кондуктивные свойства), так и входящими в состав специфическими стимуляторами регенерации, которые активируют собственные клеточные элементы [R.V. Naïdyk et al., 2013]. В тоже время, использование этих материалов для замещения дефектов кости челюстно-лицевой области не всегда дает ожидаемый положительный результат [Походенько-Чудакова И. О., Савич А. О., 2021; Моисеева Н.С., 2021].

Цель исследования - изучение особенностей заживления костной раны при применении костного регенерата с использованием ортопантомографии.

Материал и методы. Сравнение проводили между двум группами больных: первая группа – группа исследования – больные которым проведено операция иссечения кисты с заполнением дефекта с использованием биоактивного стекла с антибиотиком; вторая группа – группа сравнения – больные которым операция иссечения кисты проведена традиционным способом с ушиванием дефекта, без его заполнения.

Новизна предложенного решения поставленной задачи в том, что мы в качестве остеопластического материала используем биоактивное стекло с антибиотиком.

Обследование и лечение больных проводилось в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ. С 2018 по 2020 год было проведено комплексное обследование и лечение 60 больных с радикулярными кистами нижней челюсти. Пациенты были от 22 до 65 лет, 40 мужчин и 20 женщин.

При иссечении кисты у всех больных с радикулярными кистами нижней челюсти отмечалось образование дефекта, у 30 больных произведено заполнение дефекта остеопластическим материалом.

В качестве остеопластического материала использовали биоактивное стекло «Osteon™ II Collagen», в состав которого входит остео-кондуктивный костный

трансплантат (OSTEON II) + натуральный коллаген 1 типа и добавляли линкомицин. Данный вид остеопластического материала отличался тем, что после намокания становится пластичным и подходит для коррекции дефектов кости различного типа. Стерильность обеспечивается гамма-облучением.

Под местным обезболиванием проводили рассечение мягких тканей, оголялась вестибулярная пластинка челюсти, производили удаление радикулярной кисты нижней челюсти, образовавшуюся рану тщательно гемостазировали, область дефекта очищали стерильным физиологическим раствором обрабатывали повидоном йодидом («Тозаден»), затем аспирировали для подготовки кости для размещения костного материала. Пластический материал смешивали с раствором линкомицина и переносили микрогранулы биоактивного стекла на участок дефекта стерильным инструментом. Мукопериостатические лоскуты ушивали для достижения первичного закрытия раны.

Всем больным в послеоперационном периоде проводили рентгенологическое исследование - ортопантограмма, для определения степени заполнения дефекта и его приживления в сроки 1, 3 и 6 месяцев, так же определялись клинические анализы крови и мочи.

Контроль процесса остеорегенерации осуществляли исследованием ортопантограммы и прицельных рентгенограмм челюстей. Учитывали следующие симптомы регенерации: состояние костных балочек, отсутствие тенденции к расширению ячеистых пространств, появление очагов пониженной прозрачности костной ткани в области дефекта нижней челюсти, наличие зон избыточного отложения извести.

Результаты исследования особенностей процесса заживления кистозных дефектов челюстей при лечении с использованием костнопластическим материалом показали, что все послеоперационные дефекты заживали без осложнений и значительное ускорения заживления костной регенерации без образования костных дефектов.

Динамическое рентгенологическое исследование проводилось следующим образом: снимки до операции и сразу после операции, затем динамика заживления 1 месяц, через 3 месяца и через 6 месяцев. При появлении клинических признаков какого-либо осложнения меняли данную схему наблюдения.

Через 1 месяц после операции у пациентов группы исследования четко прослеживаются границы кистозной полости. В этом сроке размеры дефекта без видимых изменений. У пациентов группы сравнения к этому сроку контуры краев дефекта выглядят более контрастно.

Через 3 месяца после операции при не осложненном течении процессов заживления у пациентов группы сравнения определяется завершения образование костной мозоли. Края полости дефекта видны по всему её ходу, определяется образование костного регенерата по краям дефекта. У пациентов группы сравнения появляются первые рентгенологические признаки образования костного регенерата в области дефекта нижнечелюстной кости в виде обызвествления, образующего заметные костные мостики.

Через 6 месяцев после операции у пациентов группы сравнения остаётся видной на рентгенограммах в виде расплывчатой серой узкой полосы с разной степенью интенсивности. У пациентов группы исследования интенсивность тени по краям дефекта достоверно снижена, более размыта и местами сливается с костной плотностью костных фрагментов и делается практически невидимой.

Заключение

После применения костного трансплантационного материала для замещения искусственно созданного дефекта костной ткани нижней челюсти наблюдается быстрая регенерация костной ткани на основе химического состава. Остеотрансплантат показал хорошие показатели прикрепления остеобластов на поверхности костных балок, путем их активизации, что ускоряет процесс образования структурных компонентов пластинчатой кости. Повышение активности остеобластов определяется повышенной секрецией углеводных, белковых и минеральных компонентов кости, факторов роста сосудов, начинающегося механизма восстановления кровообращения. Течение окостенения реализуется прямым путем на принципе сформирования *invitro* остеогенного материала. Такие качества трансплантата допускают сделать полное замещение дефекта в быстрые сроки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГРЕССИВНОСТИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Зейнегабылова А.С., Кусаинова Ж.Д., Мухтар М.Р.

НАО «Медицинского университета Семей» Семей, Казахстан.

Актуальность: Аномалии и деформации ЧЛЮ, являются одними из распространенных проблем современности. По данным отечественных и зарубежных авторов 42% взрослого населения имеют сочетанные формы деформаций челюстей. При лечении значительной деформации ЧЛЮ и аномалии прикуса консервативный метод бессилён. Тем самым потребность к хирургическому лечению возросла. По данным W.R. Proffit и Jr.R.P. White около 1% взрослого населения имеют абсолютные показания к хирургическому лечению. 4,45% взрослых, а по данным ВОЗ от 5 до 15% относительно требуют хирургической коррекции.

Цель работы: изучение литературного обзора с глубиной 5 лет по аспектам развития ортодонтической хирургии.

Материалы и методы исследования: был произведен систематический поиск и анализ данных научных публикации в электронно-поисковых системах Pubmed; в электронных библиотеках «КиберЛенинка», «elibrary».

Результаты исследования: Ортодонтические пациенты составляют обособленную группу, среди всех стоматологических пациентов. Выделение данной группы связано с этиопатогенетическими факторами развития аномалии. Более 48% пациентов страдающих аномалиями развития челюстно-лицевой области являются генетически предрасположенными. Поэтому данная категория тяжело поддается обычному консервативному методы лечения. В связи с чем появилась потребность к хирургическому лечению. На

сегодняшний день ортогнатическая хирургия считается развитой сферой, которая даёт инновационные разветвления.

По последним данным распространенности аномалии ортодонтического характера, мезиальный прикус составляет 32%, дистальный прикус 31,8%, мезиальный прикус гнатической формы 2%, «открытый прикус» 13,5%, глубокий прикус 27,6%; сочетанные формы 11,5% случаев.

На сегодняшний день наилучшим методом при лечении деформации ЧЛО является комбинированное ортодонтно-хирургическое лечение. Оно включает в себя 3 этапа: ортодонтическая подготовка к операции, ортогнатическая хирургия, завершающее ортодонтическое лечение. Ортогнатическая хирургия (orthos-прямой, gnathos-челюсть)-это хирургическое вмешательство при котором, происходит перемещение челюстей в нужное положение, для нормализации эстетики и достижения ортогнатического прикуса.

Методы ортогнатических операции совершенствовались с годами, и привели нас к конечному современному протоколу. Современный протокол хирургического вмешательства предусматривает остеотомию верхней челюсти по LeFort I (LeFort I Osteotomy) и двустороннюю сагиттальную расщепляющую остеотомию нижней челюсти (Bilateral Sagittal Splitting Osteotomy, BSSO). Первые шаги в ортогнатической хирургии были недостаточно модифицированы, в связи с травматичностью, недостаточной эффективностью. Многие хирургические вмешательства проводились внеротовым доступом, что приводило к эстетическим проблемам. Долгие годы развития привели к методам G.W. Arnett . При методике G.W Arnett после проведения остеотомии свободный фрагмент фиксируется с помощью интраоперационных шаблонов в заданном положении, далее производится металлоостеосинтез челюстей с последующим применением хирургической каппы. Методика требует длительное время для восстановления и могут возникнуть ряд проблем с применением капп. Таких как, точность зубных рядов, отлом капп, ошибки при позиционировании челюстей. При методике «Surgery first» не требуется предварительное ортодонтическое вмешательство, что существенно сокращает длительность лечения. Методика заключается в использовании сплинтов. Первый сплинт используется для позиционирования мышечного отростка, после остеотомии челюсти накладывается второй для тела нижней челюсти. Необходимым требованием для использования данной методики является стабильный пародонт.

Данный метод, показывает высокую результативность, что дает нам право к дальнейшему применению и усовершенствованию. Суть данного метода заключается, в том что, после остеотомии мы получаем костную ткань в мобилизованном состоянии. Данное положение, даёт нам возможность на целевое воздействие костной ткани, тем самым мы можем оказать активное силовое воздействие ортодонтическими аппаратами на ранних стадиях мобильности. Последующее ортодонтическое воздействие, будет положительно влиять на лечение и клиницист получит высокую результативность.

Вывод: Таким образом, при проведении литературного обзора различных статей, сделали вывод, что выбор методики зависит от объема патологии,

соматических особенностей пациента, и длительности лечения. Каждая методика имеет свои показания, положительные и отрицательные стороны. Наиболее эффективным является методика «Surgery first», который дает нам возможность устранить ряд зубочелюстных деформации за сравнительно меньший срок.

ОИТС АССОЦИРЛАНГАН КАПОШИ САРКОМАСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА СТОМОТОЛОГНИ ЎРНИ

Ибрагимова Н.С., Ибайдуллаева Б.А.

Тошкент давлат стоматология институти

ibajdullaevab@gmail.com

Одамнинг иммунитет танқислиги вируси (ОИВ) чакирадиган касаллик - секин прогрессияланадиган антропоноз касаллик бўлиб, инсон иммун системасини специфик шикастлаб орттирилган иммунитет танқислиги синдроми билан характерланади, бунда беморлар иккиламчи оппортунистик инфекциялардан, ёмон сифатли ўсмалардан ва аутоиммун жараёнлардан халоқ бўлади. Антитретирусов терапиясининг (АРТ) кенг жорий қилиниши билан ОИВ-инфекцияси ўз фаталлигини тўхтатиб, беморлар ҳаёт фаолиятини узайтириш мумкин бўлган, бошқарса бўладиган сурункали касаллик характерини олди. Баъзи онкологик касалликлар кўп ҳолларда ОИТС билан касалланган беморларда учрайди, яъни бу онкологик касалликларнинг беморларда учраши ОИТС нинг ривожланаётганлигидан дарак беради шу сабабли бундай касалликлар ОИТС ассоцирланган онкологик касалликлар деб аталади. Буларга Капоши саркомасининг эпидемик тури, лимфома ва инвазив бачадон бўйни раки киради.

Олиб борилаётган кенг қўламли ишларга қарамасдан ОИТСли беморларни эрта ташхислаш ҳамон долзарблигича қолмоқда. Касалликнинг секин ривожланиши, инкубацион даврининг узоқ бўлиши, ўзига хос клиник манзарасининг бирмунча кеч намоён бўлиши касалликка эрта ташхис қўйиш имкониятини пасайтиради.

ОИТС ассоцирланган Капоши саркомасининг беморлардаги ўзига хос клиникаси: 1. Касалликнинг нисбатан ёш ва ўрта ёшли инсонларда учраши; 2. Касаллик бошланишида аввал шиллик қаватлар (оғиз бўшлиғи шиллик қавати), қулоқ супраси сўнгра юз ва тананинг қолган соҳаларининг зарарланиши; 3. Касалликнинг дастлабки эрта босқичларида леталликнинг юқори бўлиши (2 ойдан 5 йилгача); 4. Тошмаларнинг яққол ифодаланган полиморфизми, бунда оч бинафша рангдан то тўқ кўкимтир-бинафша рангдаги тошмалар тери ва шиллик қаватларда аввало доғ, папула, пиллакча сўнгра овал ёки юмолоқ шаклли ўсмасимон ҳосилалар кетма-кетлигида кўп сонли чўзинчоқ дуксимон элементлар кўринишида чиқади. Касалликнинг кейинги кечки даврларида ички органлар ҳам зарарланади.

Аҳолининг стоматологик хизматларга мурувжат қилиши тиббиётнинг бошқа соҳаларига нисбатан кўп бўлишини, ҳамда саркома Капоши кўпинча биринчи бўлиб оғиз бошлиғида пайдо бўлишини эътиборга оладиган бўлсак ОИТС бор бўлган беморларни стоматологик кўрик вақтида аниқлай олиш, эрта

ташхис кўйиш, инфекция тарқалишининг олдини олишга, касалликнинг дастлабки даврларидан бошлаб даволаш ва ҳаёт фаолиятини узайтириш учун беморни керакли мутахасисларга йўналтиришда стоматологлар ва юз-жағ жарохларни ўрни катта.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ МЕТОДОМ ГОЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРОМЕТРИИ

Ивашенко С.В., Остапович А.А.

*Белорусский государственный медицинский университет
ortopedstom@bsmu.by*

Стабильность дентальных имплантатов в процессе их остеоинтеграции делится на первичную и вторичную. Первичная или механическая стабильность достигается за счёт механического соединения конструкции дентального имплантата с костной тканью. Для достижения высоких показателей первичной стабильности необходимы высокая плотность костной ткани, качественное выполнение хирургических манипуляций при остеотомии, максимальный контакт поверхности дентального имплантата с костной тканью. Данный показатель в процессе остеоинтеграции дентального имплантата снижается и достигает минимальных значений на пике остеокондукции. Именно по этой причине многие авторы подвергают сомнению первичную нагрузку дентальных имплантатов. Возможны такие осложнения, как дезинтеграция дентальных имплантатов, их миграция в гайморовую пазуху при операции синус-лифтинга. Также не рекомендуется проводить одномоментную операцию синус-лифтинга и дентальной имплантации при дефиците кости дна пазухи менее 4 мм.

Вторичная или биологическая стабильность дентального имплантата обеспечивается в период формирования молодой костной ткани на поверхности дентального имплантата и достигает максимальных значений после завершения структурной перестройки костной ткани (через три-четыре месяца после операции двухэтапной дентальной имплантации). В дальнейшем стабильность дентальных имплантатов изменяется незначительно и зависит от нагрузки на дентальный имплантат и общих процессов, протекающих в организме (эндокринные заболевания, беременность, COVID 19, приём медикаментов влияют на состояние костной ткани).

Методы определения стабильности дентальных имплантатов In Vitro применимы для научных исследований и позволяют с высокой точностью описать происходящие процессы. Одним из таких методов является метод голографической интерферометрии. Поэтому **цель** данной работы – исследовать стабильность дентальных имплантатов в процессе их остеоинтеграции методом голографической интерферометрии.

Материалы и методы

Эксперимент проведен на 18 кроликах породы шиншилла, самцах, статистически не различающихся по весу и возрасту. В первой группе исследовали качество соединения кость-имплантат на 30-е сутки, во второй – на 60-е и в третьей – на 90-е сутки.

Всем животным под наркозом тиопентала натрия проводили разрез слизистой оболочки нижней челюсти сбоку от центральных резцов, обеспечивали оперативный доступ к альвеолярному отростку челюсти. Устанавливали зарегистрированный винтовой дентальный имплантат фирмы ООО Верлайн, 3 x 5 мм из титана GRADE4 с пассивной резьбой и гладкой поверхностью.

Животные находились на стандартном рационе вивария. После окончания эксперимента их выводили из опыта под наркозом на 30, 60 и 90 сутки.

Стабильность дентальных имплантатов исследовали методом голографической интерферометрии на встречных пучках при частоте лазера – 0,632 Нм. С помощью голографической интерферометрии можно с высокой точностью сравнить качество остеоинтеграции дентальных имплантатов в зависимости от сроков с момента операции их установки и проводимых процедур, направленных на повышение качества остеоинтеграции. Голографические интерферограммы получались при возрастающей и убывающей нагрузке. В каждом случае подсчитывалось количество интерференционных полос. По суммарному количеству прямых и обратных полос кусочно-непрерывным способом строились графики для каждого образца. Кроме того, по отношению количества интерференционных полос при обратной и прямой нагрузках фиксировалась динамика нагрузочного гистрезиса.

Для проведения исследования нагрузочный стенд переоборудован под гиревые нагрузки. Разницей нагрузки принята величина в 150г. Также, как и начальное, минимальное значение нагрузки 150 г.

Результаты исследования обработаны с помощью прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel с вычислением средней арифметической величины (M), стандартной ошибки (m), критериев достоверности Стьюдента (t), вероятности достоверности сравниваемых величин (P). Различия рассматривались как достоверные при $P < 0,05$

Результаты исследования

Через 30 суток после операции дентальной имплантации количество интерференционных полос статистически достоверно не отличалось от их числа в предыдущей группе. При этом при увеличении нагрузки до 900 грамм число интерференционных полос уменьшилось с 6,2 до 3,2. Дальнейшее увеличение нагрузки до 1050 грамм снизило среднее число интерференционных полос до 0,4.

Кривая графика убывающей нагрузки отдалённо повторяет очертания графика возрастающей нагрузки. Так, при снижении нагрузки с 1050 грамм до 150 грамм количество интерференционных полос увеличивается до 2,4, что в 2,58 раза меньше числа интерференционных полос при возрастающей нагрузке.

Полученные значения указывают на улучшение способности костной ткани воспринимать небольшую нагрузку от дентального имплантата при сравнении с группой “10 суток после операции дентальной имплантации”.

Через 60 суток после операции дентальной имплантации число интерференционных полос увеличилось при сравнении с предыдущим случаем.

То есть увеличилась способность соединения кость-имплантат воспринимать нагрузку. Так, при увеличении нагрузки до 750 грамм число интерференционных полос статистически недостоверно уменьшилось с 15,2 до 12. Дальнейшее увеличение нагрузки привело к резкому ослаблению соединения кость-имплантат и снижению числа интерференционных полос до 7,8 при 900 граммах и до 3 при 1050 граммах. При этом при 900 граммах число интерференционных полос через 60 суток после дентальной имплантации увеличилось в 2,4 раза по сравнению с числом интерференционных полос через 30 и 45 суток после дентальной имплантации.

Кривая графика убывающей нагрузки повторяла кривую графика возрастающей нагрузки, но располагалась несколько ниже. Так, при уменьшении нагрузки с 1050 до 150 грамм число интерференционных полос равномерно увеличилось от 3 до 7,8.

Через 90 суток после операции дентальной имплантации наблюдалось усиление способности костной ткани на поверхности дентального имплантата воспринимать нагрузку. Это проявлялось в увеличении количества интерференционных полос при малых и высоких нагрузках, при сравнении с предыдущими случаями. Так, при увеличении нагрузки до 600 грамм число интерференционных полос уменьшилось с 18,6 до 16. Дальнейшее увеличение нагрузки уменьшило число интерференционных полос до 15,8 при 750 граммах, до 14,8 при 900 граммах и до 13,4 при 1050 граммах. При сравнении с группой “60 суток после операции дентальной имплантации” число интерференционных полос увеличилось в 1,2 раза при 150 граммах нагрузки, в 1,3 раза при 300 граммах нагрузки, в 1,2 раза при 450 граммах нагрузки, в 1,3 раза при 600 граммах нагрузки, в 1,3 раза при 750 граммах нагрузки, в 1,9 раза при 900 граммах нагрузки и в 4,5 раза при 1050 граммах нагрузки.

Нагрузочный гистрезис характеризует способность костной ткани на поверхности дентального имплантата восстанавливаться после приложенной на дентальный имплантат нагрузки. Так в 1-ый день после операции дентальной имплантации при нагрузке 150 грамм костная ткань на поверхности дентального имплантата деформируется незначительно и качество соединения кость-имплантат восстанавливается на 60%. При увеличении нагрузки до 600 грамм гистрезис снижается до 0,51, что также указывает на нормальную способность костной ткани на поверхности дентального имплантата восстанавливаться после соответствующей нагрузки. Дальнейшее увеличение нагрузки до 900 грамм снижает гистрезис до 0,21, что указывает на низкую способность соединения кость-имплантат восстанавливаться при высоких нагрузках.

Таким образом к 30-м суткам после операции дентальной имплантации его стабильности до 39% при низких нагрузках и до 19% при высоких нагрузках, что недостаточно для полноценного функционирования. Через 60 суток после операции имплантации дентальный имплантат стабилен при невысоких нагрузках. При высоких нагрузках соединение кость-имплантат восстанавливается на 46%, что недостаточно для надёжного функционирования дентального имплантата. Средних значений в 70% при малых и высоких

нагрузках стабильность дентального имплантата достигает к 90-м суткам после операции его установки.

Выводы:

1. Стабильность дентальных имплантатов изменяется в процессе остеоинтеграции и нормализуется через 90 суток после операции дентальной имплантации.

2. Через 90 суток после операции дентальной имплантации соединения кость-имплантат восстанавливается на 70% - 74% при нагрузках до 600 гр и на 66% при нагрузках до 900 гр.

3. Нагружать дентальные имплантаты (изготавливать постоянную ортопедическую конструкцию с опорой на дентальном имплантате) следует не ранее, чем через 3 месяца после операции дентальной имплантации.

ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИНИНГ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ВА ТАШХИСЛАШДА ТУРЛИ МУТАХАСИСЛИКЛАР ЁНДАШУВНИНГ АҲАМИЯТИ

Идиев Ғ.Э.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Чакка-пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) оғриқ асоратидаги дисфункцияси синдроми (ОДС) муаммоси кўплаб мутахасисларнинг эътиборини ўзига тортиб келмоқда; жумладан катор олиб борилган тадқиқотлар касалликнинг ривожланишига биологик омилларнинг ва кам ҳолатларда беморлар мослашувчанлик имкониятлари - неврологик ва психологик ўзгаришларнинг аҳамиятига бағишланган.

Тадқиқотнинг мақсади:

Чакка пастки жағ бўғими оғриқ асоратидаги фаолият бузилишлари синдромларини даволаш ва ташхис қўйишда тадқиқот усуллари ва турли мутахасисларнинг узаро ёндошув муносабатлари аҳамиятини ва урнини аниқлаш.

Материал ва текширув усуллари: ЧПЖБ касалликларининг учраш частотаси ва клиник хусусиятларини аниқлаш учун Бухоро давлат тиббиёт институти қошидаги стоматология марказига ихтисослашган ёрдам сўраб мурожаат қилган 20-70 ёш ораликдаги 1197 нафар беморлар ортопед-стоматолог, психотерапевт ва невролог мутахасислар томонидан текширишдан утказилди.

Тадқиқотдан олинган натижаларнинг таҳлили ЧПЖБ ОДС билан оғриган беморларнинг катта қисмида характери ва ифодаланиши йўналтирилган диагностик баҳони ҳамда кейинги қўшимча терапияни талаб қиладиган юз мушакларининг гипертонуси мавжудлигини исботлайди. Демак, юзда миофасциал оғриқ синдроми бўлганида чайнаш мушаклари ҳолатини функционал таҳлил қилиш усуллари, хусусан, электромиография, гарчи беморларни клиник текшириш натижасини тасдиқловчи обектив регистратор ҳисоблансада, шифокор-мутахасисларнинг клиник ёндашувининг ўрнини босувчи ягона ёки **ҳатто** бош диагностика усули сифатида қўлланила олмайди. ЧПЖБ ОДС каби кўп омилли феноменнинг диагностикаси ва терапиясида

стоматологлар, неврологлар, психологлар ва функционал диагностика бўйича мутахассисларнинг иштироки билан комплекс ёндашув зарурлигини алоҳида таъкидлаш мумкин.

Натижалар: Ўтказилган тадқиқотлар ЧПЖБ ОДС белгиларининг кўп тарқалганлигидан гувоҳлик қилади: 46,1% беморларда оғизни очиш ва ёки ёпишда ЧПЖБ соҳасида шикиллашларга шикоятлар бўлди, ЧПЖБ соҳасидаги оғрикли ҳисларни 49,5%да, тишларни ;жипслаштириш, окклюзия бузилиши 53,1%да, оғизни очишнинг чекланиши 29,6%да кузатилди.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Икрамов Г.А., Махмудова Р.Ж., Олимжонова Г.Г.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Отечественными и зарубежными учеными внесен значительный вклад в разработку проблем профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Однако эта тема не потеряла своей актуальности и на сегодняшний день. Несмотря на интенсивную работу специалистов самых различных областей науки над проблемой гнойной инфекции, многие вопросы, касающиеся профилактики и лечения одонтогенных воспалительных заболеваний и их осложнений, еще не решены и требуют дальнейшего изучения с целью выработки более совершенных и эффективных методов лечения.

В последние годы, несмотря на улучшение качества лечения и появление новых лекарственных форм не отмечается снижение осложнений при одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. Клинические наблюдения показали, что такие тяжелые осложнения одонтогенных флегмон, как сепсис, тромбоз лицевого синуса и тромбоз кавернозного синуса, медиастинит, являются основной причиной летальности при острой одонто-генной инфекции, имеющей отражение в работах ряда отечественных и зарубежных ученых. В мировой литературе появляются сообщения о более частом выявлении одонтогенного медиастинита нередко с неблагоприятными исходами. Наиболее частой причиной развития контактного медиастинита являются гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта - ангина Людвига. Поэтому вопросы профилактики, прогнозирования течения и исходов осложнений одонтогенных флегмон до сих пор остаются актуальными.

Оперативное вмешательство является важным этапом в комплексном лечении одонтогенных флегмон ЧЛЮ. В последние годы большой интерес в медицине уделяется к антисептическим средствам. Препарат Йокс-Тева является антисептиком широкого спектра действия.

При лечении флегмон челюстно-лицевой области в детском возрасте антисептик Йокс-Тева не применялся, поэтому исследование эффективности применения препарата в комплексной терапии детей с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ представляется актуальным и современным.

Цель исследования: Обосновать эффективность применения препаратов Йокс-Тева в комплексном лечении у детей с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Задачи исследования: На основании результатов клинических и микробиологических исследований обосновать целесообразность применения антисептика Йокс-Тева у детей с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования: Обследовано 40 детей в возрасте от 9 до 18 лет после вскрытия флегмоны в клинике ТГСИ на кафедре Детской челюстно-лицевой хирургии:

I- группа. Традиционный метод лечения (n-20); II- группа с применением антисептика Йокс-Тева (n-20детей).

Было проведено клинические и микробиологические (общепринятый бактериологический метод с изучением культурально-биологических свойств выделенных микроорганизмов).

Результаты: Изучено состояние микрофлоры послеоперационной раны у детей с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области после применения препаратов Йокс-Тева. У детей контрольной группы выявленная клиничко-лабораторная характеристика свидетельствует о выраженности локальной симптоматики, которая сохраняет свои акценты и на 3-4 сутки лечения. Развитие синдрома системной реакции на воспаление, которое сохранялось и на 3-4 сутки лечения позволяют характеризовать, что терапия стандартными препаратами не приносит ожидаемого результата. Поскольку в 88% причиной возникновения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области у пациентов обследуемых групп являются стафилококки, то применять антибактериальные препараты до получения микробиологических анализов имеет смысл учитывая силу действия антибиотиков к данному виду микроорганизмов. Традиционное лечение одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области у детей характеризовалась медленным разрешением местного воспалительного процесса и длительной нормализацией общего состояния пациентов. Такие клинические признаки эндогенной интоксикации и вторичного иммунодефицита, как слабость, вялость, бледность кожных покровов, нарушение сна, снижение аппетита сохранялись у пациентов контрольной группы на всем протяжении их пребывания в стационаре. Немаловажную роль в этом сыграло и длительное перманентное действие одонтогенных причинных факторов.

После лечения в основной группе уже на 3-4 сутки нормализовалась микрофлора полости рта, что в итоге приводило к выздоровлению. В контрольной группе только к 6-9 суткам удалось нормализовать микрофлору, что увеличило время пребывания в стационаре (койко-дни) на 30-40% по сравнению с основной группой ($p < 0,005$). Как и в контрольной группе до лечения микробный пейзаж раны не отличался видовой специфичностью самих микробов, так и их вирулентностью, но после лечения в основной группе наблюдалось значительное улучшение гнойной раны уже к 3-4 дню операции, что в клиническом плане выражалось в улучшении общего самочувствия

больных. Микробный пейзаж раны уже к 3-4 дню приходил в норму, количество и вирулентность стафилококков и стрептококков значительно снизилось, что говорит о высокой эффективности применения антисептика Йокс-Тева.

Выводы: Использование антисептика Йокс-Тева в комплексной лечении детей с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области существенно сокращает сроки очищения гнойной раны, ускоряет заживление и эпителизацию ран, активизирует процессы в поврежденных тканях (улучшает трофику), в целом сокращает сроки лечения и медицинской реабилитации детей.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПУТЕМ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

Икрамов Г.А., Собиров Х.Г., Олимжонова Г.Г.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: изучение качества жизни является сравнительно новой областью клинических исследований в педиатрии. Не случайно, что оценка качества жизни привлекает к себе все большее внимание и в некоторых случаях (особенно при изучении хирургических и онкологических заболеваний) может служить основным критерием клинической эффективности. Качество жизни считают одним из ключевых параметров при изучении конечных результатов лечения. В мировой практике для определения состояния здоровья используют, в основном, три основных подхода: сравнение, оценка и прогнозирование.

Большое количество детей, которым проводилось оперативное лечение по поводу воспалительных заболеваний ЧЛЮ в различные периоды их жизни, выдвигает задачу улучшения качества жизни этих пациентов на различных этапах их жизни: во время диагностического, лечебного и реабилитационного этапов, дальнейшей интеграции детей в общество, получения профессии и т.д. Поэтому оценка только соматического статуса у таких детей явно недостаточна. Ограниченное количество шкал и методик в педиатрии объясняется трудностями определения качества жизни у детей и обусловлено целым рядом причин.

На сегодняшний день врачи и психологи сходятся в одном, что существует прямая зависимость между качеством жизни детей и хорошим результатом лечения. Важность оценки качества жизни связана с задачей направленной как на уменьшение частоты негативного влияния не только заболевания, но и оперативного лечения на организм ребенка.

Модифицированная шкала Пирс-Харрис (ThePiers-Harris Children's Self Concept Scale) и модифицированная шкала измерения социальной компетенции Долла (TheVine- land Social Maturity Scaleby Doll) нашли довольно широкое распространение.

Следовательно, определение качества жизни у детей с хирургической патологией является чрезвычайно важной задачей, для осуществления которой

необходимо, наряду с общемедицинскими критериями оценки состояния здоровья пациентов, использовать модифицированную шкалу Пирс-Харрис.

Цель исследования: изучение результатов качества жизни детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области по шкале Пирс – Харриса.

Материалы и методы исследования:

Клиническая часть работы проводилась на базе детской хирургической стоматологии ТГСИ. Под нашим наблюдением находилось 28 детей в возрасте 9-16 лет. Соотношение мальчиков и девочек было примерно одинаковым и составляло 1,3:1. Основной контингент пациентов представляли дети с острыми ГВЗ головы и шеи. Средний возраст больных составил $14,7 \pm 0,4$ лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы и получали антибактериальную терапию в предоперационном (в основной группе – цефазолин/аксетин (цефутоксим) и послеоперационном (в основной группе – парентеральная + пероральная и контрольной группе прием антибиотиков парентерально) периодах.

Оценку качества жизни детей проводили при помощи модифицированной шкалы Пирс-Харрис методом непосредственной самооценки или интервьюирования сразу после окончания лечения (основная группа - в поликлинических условиях, контрольная группа - стационар). Данная шкала была применена нами у детей после хирургического лечения ГВЗ (лимфаденит шеи и подчелюстной области в стадии абсцедирования, флегмона подчелюстной области). Процедура занимала 15-20 минут, но, тем не менее, не лимитировалась временем и проводилась (после соответствующего инструктажа) не только психологами, но и врачами. Однако к интерпретации результатов привлекали специалистов-психологов.

С целью определения регионального стандарта нормы по проводимой модифицированной шкале Пирс-Харрис было проведено индивидуальное и экспертное тестирование 20 здоровых детей в школе №39 г.Ташкента и сформирована контрольная группа.

Выбор данной шкалы был неслучаен, поскольку этот опросник довольно широко используется детскими хирургами для оценки качества лечения. В шкале, помимо суммарного интегрального показателя "Я- концепции", выделяется 6 составляющих факторов: поведение, интеллектуальной и школьный статус, физическая внешность и её атрибуты, тревожность, популярность, счастье и удовлетворённость. Результаты анкетирования подвергались статистической обработке.

Результаты и их обсуждение: обследование детей, оперированных по поводу ГВЗ (лимфаденит шеи и подчелюстной области в стадии абсцедирования, флегмона подчелюстной области), после завершения лечения было проведено в основной группе - в поликлинике, а контрольной группы - в стационаре. При этом нами был выявлен целый ряд изменений показателей качества жизни, и, прежде всего, снижение до $66,8 \pm 1,5\%$ интегрального показателя качества жизни. В наибольшей степени это было обусловлено

достоверным снижением ($p < 0,05$) показателей по субшкале «счастье и удовлетворенность», а также по субшкале ($p < 0,01$) «здоровье» - до $63,5 \pm 1,3\%$ и $52,6 \pm 3,3\%$ соответственно.

Использование ступенчатой антибактериальной терапии у детей в послеоперационном периоде в сочетании с более ранним переводом детей из хирургического стационара в поликлинику позволило получить не только хороший клинический эффект, но и добиться улучшения качества жизни пациентов. При этом отмечался прирост показателей психосоциального статуса до $79,4 \pm 2,9\%$. Также следует отметить, что показатель по субшкале «счастье и удовлетворенность» соответствовал данным в группе здоровых детей. У детей в основной группе отмечался подъем работоспособности, которая сопровождалась повышением психомоторного тонуса, настойчивостью и энергичностью пациентов. Интегральный показатель качества жизни в основной группе приближался к нормальным значениям здоровых детей ($72,1 \pm 2,2\%$ и $73,2 \pm 1,6\%$ соответственно).

Следует отметить, что в группах больных детей отмечалось снижение уровня тревожности по сравнению с группой здоровых сверстников. Вместе с тем в основной группе этот показатель был ниже, чем в контрольной ($60 \pm 4,8\%$ и $62,6 \pm 2,9\%$ соответственно).

Через 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства отмечалось улучшение состояния больных, что было подтверждено полученными данными. Вместе с тем интегральный показатель качества жизни у детей в контрольной группе так и оставался сниженным, не достигая нормальных значений ($70,4 \pm 10,8\%$ и $73,2 \pm 1,6\%$ соответственно). Это было связано с тем, что у детей по субшкалам «здоровье», «счастье и удовлетворенность» отмечалось снижение показателей по сравнению со здоровыми сверстниками, при одновременном повышении психосоциального статуса и уровня тревожности у оперированных детей.

В группе детей, которым проводилась предоперационная антибиотикотерапия и последующая ступенчатая антибиотикотерапия, в отдаленном послеоперационном периоде интегральный показатель качества жизни соответствовал нормальным показателям здоровых детей. Однако по субшкалам «здоровье», «счастье и удовлетворенность», как и в контрольной группе, регистрировали снижение показателей, хотя они и были менее выраженными. Вместе с тем уровень тревожности в основной группе был ниже, чем у здоровых детей.

Можно предположить, что снижение показателей по субшкалам «здоровье», «счастье и удовлетворенность» в обеих группах в отдаленном периоде были связаны с особенностями детского возраста. При этом отмечалась высокая степень рефлексии (самоосознания), что после проведенного оперативного лечения приводило к снижению самооценки пациентом.

Таким образом, исследование качества жизни детей в послеоперационном периоде позволило не только определить его уровень, но и установить направления в проведении реабилитационных мероприятий. Это

стало возможным, благодаря наличию в модифицированном опроснике Пирс-Харрис отдельных субшкал.

Для улучшения результатов лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, кроме специалистов детских хирургов и детских челюстно-лицевых хирургов, обязательно должны привлекаться педиатры, оториноларингологи, невропатологи и клинические психологи.

Выводы: таким образом, оценка качества жизни представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья ребенка, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физической, психологической и социальной жизнедеятельности.

Эффективность обеспечения адекватной хирургической помощи с использованием современных методов ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области позволяют улучшить результаты лечения и качество оказания медицинской помощи (используя для этого модифицированную шкалу Пирс-Харрис) в данной группе пациентов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Икрамов Г.А., Сувонов К.Д., Халманов Б.А, Ашуров С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность исследования. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой (ГВЗ ЧЛО) области до настоящего времени остаются одной из наиболее распространённых и сложных проблем современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, основной причиной развития внутричерепных осложнений и септических состояний, временной потери трудоспособности среди населения.

Несмотря на то, что первичная профилактика ГВЗ ЧЛО, заключающаяся в своевременной санации очагов хронической одонтогенной инфекции, является наиболее эффективной, ранняя диагностика и лечение позволяют снизить риск возникновения наиболее серьёзных осложнений ГВЗ ЧЛО.

Основную роль в этиологии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области играют инфекционные агенты, в большинстве случаев вегетирующие на слизистых оболочках полости рта, в пародонтальных карманах и кариозных полостях. Поэтому большинство исследований было направлено на выделение и изучение свойств именно такой флоры. Результатами этих исследований в настоящее время являются неоспоримые доказательства этиологической значимости при ГВЗ ЧЛО таких микроорганизмов, как *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.* Однако имеется значительная доказательная база, свидетельствующая о том, что в этиологии ГВЗ ЧЛО играет роль и условно-патогенная флора.

Известно, что структура возбудителей ГВЗ ЧЛО может существенно различаться в разных регионах мира. Кроме того, в разных регионах

возбудители ГВЗ ЧЛО могут проявлять различный уровень резистентности к рекомендуемым для лечения этой патологии антибактериальным препаратам. Подтверждением этому служит неодинаковая клиническая эффективность одних и тех же режимов антибактериальной терапии ГВЗ ЧЛО в различных регионах. Таким образом, при разработке режимов антибактериальной терапии ГВЗ ЧЛО необходимо учитывать не только спектр возможных патогенов, но и региональные особенности профиля их резистентности.

Цель исследования: Повысить эффективность комплексного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области путём обоснования выбора антибактериальных препаратов с учётом особенностей возбудителей.

Методы исследования. Изучена специфика патогенной микрофлоры, участвующей в развитии гнойно-воспалительных заболеваний. Определена чувствительность выделенной микрофлоры к широкому кругу антибактериальных средств. Установлены антибактериальные средства, эффективные при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, для использования в условиях стоматологических поликлиник и стационара челюстно-лицевой хирургии. Максимальную эффективность в отношении выделенных штаммов патогенных микроорганизмов амоксицикла, цефалоспориновые антибиотики III поколения, карбапенемы и фторхинолоны. Проведённый ретроспективный анализ сложившейся практики применения антибактериальных препаратов, а также изучение спектра основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и определение чувствительности выделенных микроорганизмов к широкому кругу антибактериальных препаратов показали, что принятые схемы антибактериальной терапии нуждаются в корректировке. Изученные особенности региональной чувствительности возбудителей гнойных процессов челюстно-лицевой области диктуют необходимость дифференцированного подхода к системной антибактериальной терапии для повышения эффективности лечения этих больных, профилактики гнойно-септических осложнений, сокращения сроков нетрудоспособности пациентов. Предложенные стандарты антибактериальной терапии могут быть использованы врачами хирургического профиля при планировании лечебной тактики у больных с гнойно-воспалительными процессами лица и шеи.

Результаты исследования. Полученные новые данные по установлению спектра патогенных микроорганизмов и их чувствительности к антибактериальным препаратам у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области позволяют проводить направленную антибактериальную терапию, избежать развития общесоматических осложнений, сократить сроки лечения, улучшить ближайшие и отдалённые результаты лечения. Сложившиеся стереотипы антибактериальной терапии больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области не являются рациональными. Режимы антибактериальной терапии больных при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области должны быть активны не только в

отношении *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.* и анаэробных микроорганизмов, но и представителей семейства *Enterobacteriaceae*, *Enterococcus spp.* Необходимо учитывать, что 52,6% выделенных штаммов *Enterobacteriaceae* вырабатывают бета-лактамазы расширенного спектра действия к аминопенициллинам, и 32,4% штаммов к цефалоспорином I поколения.

Выводы. 1. Наиболее активными препаратами в отношении стафилококков, стрептококков и энтеробактерий, выделенных у больных с ГВЗ ЧЛЮ в стационаре, являются ингибиторозащищенные пенициллины и цефалоспорины III поколения (амоксиклав, цефотаксим), карбапенемы, ванкомицин.

2. В амбулаторной практике стафилококки, стрептококки и энтеробактерии проявили максимальную чувствительность к ингибиторозащищенным пенициллинам (амоксиклав), цефалоспорином III поколения. Кроме того, энтеробактерии показали высокую чувствительность к карбапенемам и фторхинолонам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА

Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Абдулхаев Ж.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Актуальность проблемы фурункулов лица в практике врача связана с широкой распространенностью указанной патологии, тяжестью течения, склонностью к рецидивам и высокой частотой осложнений данного заболевания. Для лечения фурункулов лица предложены многочисленные методики и средства, но эффективность их остается недостаточно высокой. Одной из причин вялотекущих, рецидивирующих, плохо поддающихся антибиотикотерапии, имеющих тенденцию к переходу в хроническую форму заболеваний является изменение резистентности к антибиотикам стафилококков на фоне ослабленной реактивности организма.

По данным литературы установлено, что в патогенезе развития хронического фурункулеза также большую роль играют нарушения нормального функционирования и взаимодействия различных звеньев иммунной системы. Изучению роли нарушений иммунного ответа при гнойных ранах посвящены многочисленные исследования, однако причины и особенности рецидивирующего течения фурункулов лица изучены недостаточно. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику таких методов лечения, как местное и общее хирургическое пособие, применение антибактериальных препаратов и химиотерапевтических средств, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, терапии сопутствующих заболеваний, современных физиотерапевтических средств, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области продолжают представлять угрозу для здоровья и жизни человека. Так же отмечается изменение клинической картины течения острых и хронических воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), возрастание числа осложнений, таких как сепсис,

медиастенит, абсцесс головного мозга, тромбофлебит лицевых вен и пещеристого синуса, бактериальный шок. Этому сопутствует изменение вирулентности микрофлоры, появление антибиотико-резистентных и антибиотико-зависимых штаммов микроорганизмов, снижение иммунной защиты, усиливающееся на фоне дисбиоза желудочно-кишечного тракта при антибактериальном лечении гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) ЧЛЮ, что осложняет течение заболевания и затрудняет лечение больных.

Существующие методы диагностики, включая клинические, не всегда позволяют адекватно отслеживать патологический процесс, что не дает врачу своевременную, эффективную коррекцию лечения больного. Это относится к микробиологическим, лабораторным методам диагностики.

Указанные закономерности в течении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и их клинические лабораторные аспекты свидетельствуют о необходимости совершенствования существующих методов лечения и диагностики. Все вышеуказанное позволяет считать, что проблема инфекции у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи остается актуальной. Это ставит необходимость поиска новых эффективных средств лечения, воздействующих на различные звенья патогенеза воспаления и обеспечивающих прогнозирование течения заболевания.

Однако, наряду с разработкой диагностических методов, представляется актуальной дальнейшая разработка комплексной терапии фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области с включением факторов, имеют свою специфическую направленность как на отдельные патогенетические звенья гнойного воспаления, так и на патологический процесс и организм больного в целом. Тем самым создаются более благоприятные условия для выздоровления. Отсюда следует, что лечебные средства должны быть совместимы с макроорганизмом и должны иметь минимум противопоказаний. В качестве таковых можно рассматривать различные биологически активные соединения, обладающие положительным многофакторным воздействием, как на патологический процесс, так и на организм больного в целом.

Оперативное вмешательство является важным этапом в комплексном лечении фурункулов ЧЛЮ. В последние годы большой интерес в медицине уделяется к антисептическим средствам. Препарат ФарГАЛС является антисептиком широкого спектра действия.

При лечении фурункулов челюстно-лицевой области антисептики ФарГАЛС и Бетадин не применялись, поэтому исследование эффективности применения этих препаратов в комплексной терапии фурункулов ЧЛЮ представляется актуальным и современным.

Цель исследования: Обосновать эффективность применения препаратов ФарГАЛС в комплексном лечении фурункулов челюстно-лицевой области.

Задачи исследования: Провести сравнительный анализ микробиологических исследований с применением антисептиков «ФарГАЛС» и «Бетадин» после вскрытия гнойного очага.

Материалы и методы исследования: Обследовано 60 больных в возрасте от 18 до 60 лет до и после вскрытия и некрэктомии фурункулов лица в поликлинике Хирургической стоматологии ТГСИ. I группа - традиционный метод лечения (n-20); II группа - с применением антисептика Бетадин (n-20); III группа - с применением антисептика ФарГАЛС (n-20).

Методы исследования: клинические и микробиологические (общепринятый бактериологический метод с изучением культурально-биологических свойств выделенных микроорганизмов).

Ожидаемые результаты: Изучено состояние микрофлоры после операционной раны у больных с фурункулами челюстно-лицевой области до и после применения препаратов ФарГАЛС и Бетадин.

Исследование микробной картины ран у больных с фурункулами лица до лечения показало наличие стрептококков, стафилококков всех видов. После лечения в контрольной группе, где применяли традиционный метод лечения существенных изменений в картине микробного пейзажа раны не наблюдалось даже к 6-8 дню, что говорит о высокой устойчивости микробов к применяемой терапии и об низкой эффективности применения традиционным курсом лечения. Как и в контрольной группе до лечения микробный пейзаж раны не отличался видовой специфичностью самих микробов, так и их вирулентностью, но после лечения в основной группе наблюдалось значительное улучшение гнойной раны уже у 3-4 дню операции, что в клиническом плане выражалось в улучшении общего самочувствия больных. Микробный пейзаж раны уже к 3-4 дню приходил в норму, количество и вирулентность стафилококков и стрептококков значительно снизилось, что говорит о высокой эффективности применения ФарГАЛС. Использование фаргалсодержащего суперсорбицида и бетадина в комплексе лечения больных с фурункулами лица приводит к уменьшению количества применяемых антибиотиков.

Таким образом, включение в комплексную терапию фурункулов лица у больных антисептического препарата ФарГАЛС, оказывающий бактериоцидное, противовоспалительное действия на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, обладающий фунгицидным действием на патогенные грибы, тем самым повышает эффективность проводимой терапии.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ И СЛЮНЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Исомов М.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
askarisomov@mail.ru*

Актуальность. Большая часть одонтогенных заболеваний беременных женщин, приводящих к внутриутробному инфицированию плода, протекает в субклинической форме, что значительно затрудняет диагностику данной патологии в антенатальном периоде. Опубликованная статистика свидетельствует, что от 27 до 36% детей, рождённых живыми, в числе которых более 2/3 недоношенных, внутриутробно инфицированы. В результате

одонтогенной инфекции у беременных увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов. При этом проведение специфической терапии, направленной на элиминацию возбудителя из организма, зачастую оказывается неэффективным или дающим временный эффект, приводя в 30-50% случаев к рецидиву заболевания. Воспалительный генез не вынашивания беременности обусловлен особенностями проникновения микроорганизмов через плаценту к плоду из материнской крови. Наличие микроорганизмов у матери может быть бессимптомным или сопровождаться характерными признаками воспалительного заболевания. Нередко возбудитель, проходя через плаценту, вызывает развитие плацентита с определенными гистопатологическими изменениями.

Любое нарушение постоянства внутренней среды организма вне зависимости от характера, времени и силы повреждающего агента является для иммунной системы экстремальной ситуацией. При нарушении постоянства внутренней среды сценарий развития иммунологических событий будет примерно одинаковым, как при небольшом порезе кожных покровов, так и при массивной травме. В процесс заживления будут вовлечены одни и те же типы клеток иммунной системы, одни и те же медиаторы, синтезируемые этими клетками, будут примерно одни и те же этапы развёртывания защитных реакций. Интенсивность защитных реакций и скорость их развёртывания будет определяться силой и продолжительностью действия повреждающего агента. Исключением из этой схемы являются такие повреждения организма, в результате которых развиваются шоковые реакции.

Цель исследования изучить цитокиновый профиль плазмы крови и слюны у беременных женщин с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Были обследованы 65 беременных женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, обратившихся в отделение ВХС клиники ТГСИ. Средний возраст пациентов составлял 22-45 лет. Концентрация ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ИЛ-8 определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты и обсуждение. У обследуемых женщин состояние защитной системы ротовой полости сопровождалось существенными нарушениями иммунных механизмов защиты, проявляющимися местными изменениями цитокинового профиля.

Результаты исследования показали, что содержание ИЛ-1 в сыворотке крови был выше в среднем в 3,3 раза по отношению к данным ротовой жидкости, тогда как в ротовой жидкости степень повышения данного интерлейкина составляет – 2 раза. Схожая динамика отмечена и относительно содержания дефензина в исследуемых образцах. Так, уровень дефензина в сыворотке крови у женщин циклически повышается на 56%, а в ротовой жидкости повышается в среднем в 1,9 раза. В целом, мы видим повышение исследуемых аларминов в сыворотке крови и ротовой жидкости у обследуемых,

что указывает на мобилизацию провоспалительного цитокина и противомикробного пептида на фоне стрессорной ситуации.

Роль слизистых оболочек в реализации иммунной функции объясняется тем, что большая часть антигенов попадает в организм, преодолевая этот физиологический барьер. Этот факт, по-видимому, объясняет значение слизистых оболочек, как части внутриэпителиальной иммунной системы. Являясь входными воротами для антигенов, слизистые оболочки определяются как важнейшая часть иммунной системы организма в целом. С этой точки зрения ротовая полость занимает уникальное место: с одной стороны, она идеальна для размножения микроорганизмов, имея для этого оптимальную температуру, рН, влажность и доступность питательных веществ, которые отсутствуют в дыхательной, выделительной системах, а с другой – слизистый эпителий ЖКТ выгодно отличается от других кислой и щелочной рН, что губительно для большинства микроорганизмов. Известно, что именно в них микробиоценоз представлен наибольшим количеством видов. Установлено большое значение различных иммунологических показателей ротовой жидкости для профилактики заболеваний тканей, окружающих зуб. Среди них особое место занимает определение S-IgA. Определение этих показателей позволяет судить о состоянии местных защитных механизмов полости рта, и косвенно характеризовать состояние иммунной системы в целом. Показано, что уровень S-IgA коррелирует со степенью выраженности дисбактериоза. При дисбактериозе I и II степени S-IgA и IgA в ротовой жидкости повышается по сравнению с контролем. При дисбактериозе III степени наблюдается снижение S-IgA и IgA. Концентрация IgG увеличивалась по мере утяжеления степени дисбактериоза. Таким образом, S-IgA ротовой полости, являющийся основным компонентом мукозного барьера, видимо, перестает эффективно выполнять свою биологическую функцию. Выявлено, что снижение мукозного иммунитета сопровождается нарушением мукозного барьера, уменьшением концентрации общего слюнного IgA и возникновением дефицита S-IgA и лактоферрина в протоковой слюне околоушной железы. Хотя некоторые авторы отмечают кратковременный рост SIgA, по-видимому, компенсаторного характера. Таким образом, состояние мукозного иммунитета – важный показатель, характеризующий ткани ротовой полости. Поскольку изменения уровня S-IgA при воспалении в тканях пародонта, по многим литературным данным, однотипны: концентрация S-IgA снижается в ротовой жидкости, а при уменьшении воспалительного потенциала повышается, то этот показатель, по-видимому, можно использовать для оценки эффективности проводимой терапии. Между тем исследование клеточных факторов защиты, участвующих в воспалительном процессе происходящей ротовой полости среди единоборцев, на наш взгляд, имеет важное практическое значение для развития спорта.

Анализ данных свидетельствует о том, что у обследованных женщин уровень мукозального иммунитета – sIgA снижался на 30%; уровень ИЛ-2 снижался на 12%. Относительно провоспалительных цитокинов ИЛ-6, 8 наблюдается иная динамика: уровень ИЛ-6 повышался в 4,8 раза, ИЛ-8 – в 15 раз.

Оценка уровня мукозального иммунитета рта свидетельствует о выраженном снижении sIgA. Снижение уровня ИЛ-2 в ротовой жидкости наряду с дефицитом sIgA может рассматриваться как неблагоприятный фактор, способствующий формированию хронических воспалительных заболеваний пародонта с последующим развитием деструктивных процессов в костной ткани. Оценка динамики значений провоспалительного цитокина ИЛ-6 свидетельствует о высокой активации макрофагальной системы, что приводит к усиленному синтезу реактантов острой фазы, к числу которых относятся С-реактивный белок, трансферрин, церулоплазмин.

Таким образом, результаты комплексной оценки состояния беременных женщин свидетельствуют о сочетанном действии неблагоприятных факторов на ткани полости рта, а именно: низкий уровень гигиенического состояния рта, снижение функциональной активности слюнных желёз, сопровождающееся изменением свойств секрета, в частности, поверхностного натяжения слюны; угнетением местного мукозального иммунитета рта; усилением степени микробной контаминации.

При обследовании здоровых небеременных женщин было установлено, что медиана и средняя выборочная концентрация лактоферрина в слюне составили 1,03 мкг/мл и $1,12 \pm 0,05$ мкг/мл, соответственно, интерквартильный диапазон соответствовал 0,76-1,45 мкг/мл. У женщин с физиологически протекающей беременностью при отсутствии гнойного процесса лактоферрина во всех трех триместрах был достоверно выше, чем в группе здоровых небеременных женщин ($p < 0,05$), и плавно повышался от первого к третьему триместру беременности.

Выводы. При флегмоне ЧЛЮ уровень лактоферрина в слюне был выше по сравнению с пациентками с флегмоной как у беременных, так и у небеременных женщин. Наиболее выраженный прирост лактоферрина к третьему триместру беременности наблюдался у пациенток с флегмоной ЧЛЮ.

Итак, уровень лактоферрина в слюне был ассоциирован как с фактом самой беременности, продолжительностью гестационного периода, так и с наличием и течением гнойного процесса. Причем, зависимость между этими явлениями была прямой. В течение всей физиологически протекающей беременности в слюне происходит повышение концентрации лактоферрина. При протекании гнойного процесса уровень лактоферрина в слюне возрастал с большим градиентом. Антимикробный механизм лактоферрина может выступать причиной установленного сопряжения между развитием и течением процесса и нарастанием уровня пептида в слюне. Таким образом, лактоферрин в слюне можно рассматривать не только как маркер воспаления в ротовой полости, но и как индикатор неблагоприятного течения гнойного процесса.

Таким образом, уровень лактоферрина в слюне выше у беременных женщин и возрастает к третьему триместру гестационного периода и развитие гнойного процесса сопровождается повышением лактоферрина в слюне, а также это явление ассоциировано с выраженным повышением уровня лактоферрина в крови.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛНЫХ ПРИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Каримов Ш.И., Тожиев Ф.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: @shoxruxkarimov19961996@gmail.com

Введение. Медицинская реабилитация больных с дефектами, деформациями челюстей является актуальной проблемой в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Такие дефекты вызывают значительные нарушения функции органов челюстно-лицевой области, обезображивание мягких тканей нижней зоны лица (Никитин Д.А.2012, Кулаков А.А. с соавт.2006, Block M., Kent J. 1995). Убыль костных структур при адентии, приведет не только к полному рассасыванию альвеолярной части, но и частичной атрофии базальных отделов нижней челюсти, что вызывает значительные топографо-анатомические изменения в ЧЛО и создаёт значительные проблемы для реабилитации больных с адентией (Миргазизов М.З., 2000, Робустова Т.Г., 2003, Никитин Д.А., 2012). Сложной проблемой ЧЛХ являются большие дефекты и деформации костей лица, которые кроме эстетических нарушений, сопровождаются расстройствами жизненно важных функций – жевания, дыхания, произношения, что доставляет тяжелый дискомфорт больным (Климашин Ю.И. с соавт., 2002).

Основными этиологическими факторами, приводящими к развитию и формированию дефектов нижней челюсти, являются травмы, воспалительные заболевания ЧЛО (хронический остеомиелит и др.), новообразования костей и их последствия. Восстановительное реконструкция и реабилитация этих больных являются актуальной проблемой современной медицинской науки и практики, ибо тенденция роста, как травматизма, воспалительных заболеваний так и онкологических заболеваний, продолжает сохраняться во всем мире (Boyne PJ., 2001, Неробеев А.И., Вербо Е.В. 2005; Никитин Д.А., 2012).

На сегодняшний день в России и странах СНГ при пластике дефектов нижней челюсти используются титановые пластинки фирмы “Конмет”. Для восстановления дефектов ветви нижней челюсти используется комплект с головкой мышечного отростка и угла нижней челюсти, при котором концевой отдел имплантата устанавливается на имеющуюся часть тела челюсти в накладку. Использование этой конструкции позволяет установить челюсть в прикус и восстановить движение нижней челюсти. Однако, плоская и не широкая форма имплантата не восстанавливает симметрию лица, не даёт возможность протезирования несъемными конструкциями, а ношение съемных протезов создает большие неудобства. Вместе с тем, на современном этапе, существующие методы лечения дефектов и деформаций челюстей не до конца изучены, кроме того имеются недостатки (Параскевич В.Л., 2006; Babuson Ch., 2001). К ним можно отнести следующие недостатки: развитие воспаления в некоторых случаях, протыкание мягких тканей острым краем пластины в области угла нижней челюсти, пластины не восстанавливают анатомо-функциональную структуру дефекта челюсти, не соответствие внутренней поверхности стандартных пластин с кортикальной поверхностью нижней

челюсти, не меняется внешний вид больного и не восстанавливается жевательная функция.

Известно, что для оказания квалифицированной помощи данной категории больных требуются сложные операции с привлечением группы специалистов: ортопедов-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, инженеров и т.д., для последующей реабилитации, что и определяет актуальность темы.

Цель. Сравнительная оценка эффективности использования стандартных пластин и индивидуально изготовленных имплантатов при лечении дефектов челюстных костей .

Задачи. 1. Изучить восстановления объёма движения и жевательной функций челюстных костей после установки титанового имплантата

2. Провести анализ эстетики лица после восстановления дефектов челюстных костей больных индивидуально изготовленными имплантатами.

3. Разработать конструкцию цельного индивидуального изготовленного титанового имплантата с учётом анатомо-функциональных особенностей челюстных костей.

Материалы и методы. Планируется обследование 20 больных в поликлинике Хирургической стоматологии ТГСИ

Методы исследования:

1. Клинические методы исследования
2. Рентгенологическая исследования МСКТ
3. Лабораторные методы исследования
4. Статическая обработка данных

Выводы 1. По результатам рентгенологического исследования мультиспиральной компьютерной томографии и 3D-моделирования получают модель костей лица и челюсти 1:1, определяются локализация и размер дефекта челюсти, с использованием полученных данных изготавливается пластическая модель, возмещающая дефект которая устанавливается на модель челюсти. Это дает хирургу и больному увидеть ожидаемый результат после операции.

2. Впервые разработана технология установки дентальных имплантатов в индивидуально изготовленные титановые имплантаты, были восстановлены зубные ряды с помощью несъемных протезов через 2-3 месяца после хирургического вмешательства и самое главное, был восстановлен не только место дефекта, но и восстановлены симметрия лица, правильное движение нижней челюсти, а также улучшены прием пищи и дикция.

3. Использование современных методов лучевой диагностики при планировании реконструктивного оперативного лечения гарантирует сокращение времени операции и успешность хирургического вмешательства.

4. Виртуальная компьютерная модель разработанного метода хирургического вмешательства четко представляет собой этапы точной диагностики дефектов челюсти и в то же время помогает полностью предотвратить послеоперационные осложнения. Кроме этого, повышает точность планирования и проведения оперативного лечения, в результате чего продолжительность полного выздоровления пациентов сокращается в 1,5 раза.

Обоснована достигнутая высокая эффективность и стабильная положительная динамика в 95% случаев при использовании предложенного метода реконструкции дефекта нижней челюсти с помощью индивидуально изготовленными титановыми имплантатами.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА В СЛЮНЕ МЕТОДОМ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ С МАСС- СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКИМ ДЕТЕКТИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Картон Е.А., Островская И.Г., Рубцова О.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова

7782191@mail.ru

Метотрексат - широко используемый противоопухолевый препарат, антагонист фолиевой кислоты. Применяется в монотерапии или в комбинации с другими химиотерапевтическими препаратами при лечении широкого спектра онкологических заболеваний. Антагонисты фолиевой кислоты ингибируют дигидрофолатредуктазу и, тем самым, препятствуют образованию из фолиевой кислоты тетрагидрофолата, который служит важным кофактором переноса одноуглеродных остатков в биосинтезе нуклеиновых кислот. В результате происходит блокирование синтеза нуклеиновых кислот и клеточного деления. Использование высоких доз метотрексата часто чревато проявлениями в полости рта реакций со стороны слизистой оболочки рта и тканей пародонта. Поэтому изучение механизмов развития токсичности метотрексата в зависимости от фоновых условий позволит улучшить существующие рекомендации и разработать новые, наиболее эффективные стандарты поддерживающей терапии с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Цель исследования: выявление уровня токсичности метотрексата в полости рта пациентов с онкологическими заболеваниями головы и шеи и разработка мер профилактики для снижения его воздействия.

Материалы и методы: С учетом данных анамнеза, клинического обследования, рентгенологических данных для дальнейшего клинико-лабораторного исследования и лечения было проведено многоуровневое исследование 50 пациентов, средний возраст $54,3 \pm 3,45$ лет с онкологическими опухолями в области носоглотки, ротоглотки, ротоносоглотки, гортани. Химиотерапевтическое лечение пациентов по основному онкологическому заболеванию проводилось по модифицированному протоколу NHL-BFM-90 (ветви высокого риска, с дозой метотрексата 1500 мг/м^2) и новому высокоинтенсивному протоколу ЛБ-М-04. Все пациенты после химиотерапии были разделены на группы по назначенной обработке ротовой полости. Пациентам I группы ($n=25$) назначалась стандартная методика, применяемая в онкологических диспансерах - прием противовоспалительных средств и полоскание полости рта 0,9% NaCl. Пациентам II группы ($n=25$), помимо противовоспалительных средств, назначалась лечебно-профилактическая композиция (ЛПК) для обработки полости рта в виде пенки, содержащая

лейковорин (фолинат кальция), который восстанавливает процессы биосинтеза дезоксирибонуклеиновых и рибонуклеиновых кислот, и белков. Пациенты обеих групп после химиотерапии обрабатывали полость рта назначенными средствами каждые 60 минут с перерывом в ночное время. У пациентов после введения доз метотрексата осуществлялся сбор образцов слюны в одноразовую градуированную пробирку в течение 5 минут. Контроль концентрации метотрексата в нг/мл в смешанной слюне определялся методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) непосредственно до введения метотрексата, далее после начала инфузии в следующие временные интервалы: сразу после инъекции, через 1 час, 2 часа, 4 часа, 6 часов, 8 часов, 16 часов, 24 часа, 48 часов. Работа выполнялась с использованием тандемного гибридного масс-спектрометра QTrap 3200 AB Sciex (Канада), оснащенного двумя источниками ионизации – Turbo Spraytm (электрораспылительная ионизация) и Heated Nebulizertm (химическая ионизация при атмосферном давлении). В качестве критерия установления присутствия метотрексата в пробах использовали время удерживания и совпадение двух пар выбранных ионных переходов, соответствующих определяемому компоненту. Содержание метотрексата в растворе для серии стандартных растворов регистрировалось в диапазоне концентраций 25-125 нг/мл. Все полученные результаты были статистически обработаны, достоверными считались значения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: согласно полученным результатам, у пациентов сразу после химиотерапии количество метотрексата в слюне не имело отличий между группами ($p > 0,1$).

В течение 1 часа количество метотрексата в слюне достоверно ($p < 0,001$) возрастало и это увеличение было более значимым у пациентов I группы, которые ополаскивали ротовую полость 0,9% NaCl. Через 2 часа количество метотрексата в слюне у пациентов I группы еще больше возрастало по сравнению с данными 0 и 1 часа, а у пациентов II группы в это время уровень препарата в слюне имело тенденцию к снижению. К 4 часу содержание метотрексата в слюне пациентов I группы снижалось относительно 1 и 2 часа, но эти цифры были достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у пациентов II группы. У пациентов II группы уровень метотрексата в слюне повышался относительно 1 и 2 часа и это увеличение было достоверным ($p < 0,05$). У пациентов II группы, которые обрабатывали полость рта ЛПК с лейковорином, через 6-8 часов после химиотерапии количество метотрексата в слюне снижалось относительно 4 часа, а к 48 часам это понижение носило достоверный характер и не отличалось ($p > 0,1$) от значений, полученных сразу после химиотерапии. У пациентов I группы, которые обрабатывали полость рта 0,9% NaCl, через 8 часов после химиотерапии в слюне выявлялся резкий выброс метотрексата ($p < 0,001$), и начиная от 16 часов имелось постепенное достоверное ($p < 0,05$) снижение концентрации этого препарата. Полученные значения от 8 до 48 часов у пациентов I группы были значительно выше ($p < 0,001$), чем у пациентов II группы, которые обрабатывали полость рта ЛПК с лейковорином.

Заключение: обработка ротовой полости лечебно-профилактической композицией с лейковорином у пациентов после химиотерапии

злокачественных новообразований головы и шеи подавляет негативное действие высоких доз метотрексата на ткани ротовой полости, о чем свидетельствуют более низкие концентрации данного препарата в слюне.

РОЛЬ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТИТА ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Каюмова Н.Н., Хаджиметов А.А., Хасанов Ш.М., Садикова Х.К.

*Ташкентский государственный стоматологический
институт, Узбекистан
n1missdoctor@gmail.com*

Актуальность. Актуальность проблемы профилактики, диагностики и лечения острого гнойного одонтогенного остита челюсти остается высокой. Это объясняется ростом числа возникновения воспалительных процессов челюстно-лицевой области, увеличением количества случаев тяжелого течения инфекции с распространением процесса на несколько анатомических областей и развитием таких грозных осложнений, как сепсис, медиастинит, септический шок, асфиксия. В последние десятилетия множество научных разработок посвящается изучению такого фермента, как эластаза. Известна протеолитическая активность нейтрофильной эластазы в отношении многих растворимых протеинов, в том числе цитокинов воспаления. Он снижает миграцию Т-лимфоцитов и нейтрофилов в очаг воспаления, подавляет их адгезивные свойства. Широкий арсенал действий эластазы пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области позволит выявить новые патогенетические механизмы развития заболевания.

Цель. Целью настоящего исследования явилось, оценить характер изменений эластазной активности ротовой жидкости детей с острой гнойной одонтогенной оститом челюсти.

Материал и методы исследования. В основу клинического материала легли данные, полученные при обследовании и лечении 42 детей с острым гнойным одонтогенным оститом, обратившихся в клинику ТГСИ. Для определения эластазной активности использовали метод внедренный Кабановой А.А. (2015), для чего пробы, содержащие ротовую жидкость, перед использованием осаждали центрифугированием в течение 10 мин (10 тыс. об/мин; центрифуга MICRO 120). Для постановки метода использовали эластин-конго красный (диаметр частиц 37-75 микрон, производство Sigma) в концентрации 0,8 мг на 1 мл буфера как субстрат для фермента, ротовой жидкости и буферного раствора (0,2 М солянокислый трис-буфер) с рН 7,4, так как у нейтрофильной эластазы оптимум рН 7,4. Эластаза расщепляла эластин, и конго красный переходил в раствор, изменяя его цвет с бесцветного на красный с максимальным спектром поглощения 495. Для удобства постановки вместо пробирок использовались эппендорфы. В один ряд эппендорфов вносили последовательно: 400 мкл раствора эластин-конго красного на трис-НСI буфере рН 7,4 и 100 мкл ротовой жидкости. Контролем служили пробы, содержащие буферный раствор с соответствующим рН в количестве 400 мкл и 100 мкл

ротовой жидкости, чтобы исключить влияние оптической плотности ротовой жидкости на результаты определения активности фермента. Далее проводили инкубацию проб в термостате при 37 °С в течение 24 ч. Затем пробы извлекали из термостата и центрифугировали в течение 10 мин (10 тыс. об/мин; MICRO 120) для осаждения оставшегося эластина-Конго красного в виде неразрушенных частиц. Из надосадка брали в дублях по 150 мкл раствора и переносили в лунки 96-луночного полистиролового планшета. Планшет помещали в многоканальный спектрофотометр Ф300, где при длине волны 492 нм (максимально близкой к 495 нм) определяли оптическую плотность в лунках. Результат выражался в оптических единицах ($E_{оп}$), рассчитывался как разница оптических плотностей опытных проб и соответствующих им контрольных. Сыворотку крови использовали также для исследования активности лизоцима по нефелометрическому методу Дорофейчука В.Г. (1968).

Результаты и обсуждение. Обсуждая полученные данные, следует отметить, что наиболее ранняя реакция на острую боль при острой одонтогенной остите челюсти у детей отмечается со стороны лизоцима, далее в динамике прослеживается увеличение содержания в плазме крови С-реактивного белка, относящихся к факторам врожденного иммунитета и выполняющих в организме функцию неспецифической защиты. В данной ситуации мы наблюдаем повышение активности нейтрофильной эластазы в ротовой жидкости.

Заключение. Наиболее ранняя реакция на острую боль отмечается со стороны лизоцима, и нейтрофильной эластазы в ротовой жидкости детей острой гнойной одонтогенной остите, относящихся к факторам врожденного иммунитета и выполняющих в организме функцию неспецифической защиты.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕНОСУМАБ-АССОЦИИРОВАННОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС.

**Косач Г.А., Петросян А.Л., Ойсиева К.Ш., Кутукова С.И., Зубарева
А.А., Чефу С.Г., Яременко А.И., Власов Т.Д.**

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»*

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

[СПБ ГБУЗ ГКОД Минздрава РФ

german1kosach@gmail.com

Введение. Остеонекроз челюсти на фоне приема остеотропных материалов - серьезное побочное явление, связанное с высокими кумулятивными дозами таких препаратов как бисфосфонаты или моноклональные антитела. Остеонекроз клинически проявляется в виде обнаженного участка кости, сохраняющегося более 8 недель [1]. Частота нежелательных явлений у всех лиц, получавших деносумаб в течение 10 лет [2,3], имела тенденцию к снижению с течением времени, в то время как серьезные нежелательные явления оставались стабильными. В отдаленной группе было зарегистрировано семь случаев остеонекроза челюсти, а в перекрестной группе-шесть случаев. В настоящем исследовании выдвинута гипотеза возникновения некроза на фоне

нарушения микроциркуляции как одно из ключевых звеньев патофизиологического механизма развития заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 36 крысах-самцах линии Вистар 4-месячного возраста со средними показателями массы тела 240–270 г. Животные содержались при неограниченном потреблении корма (стационарный рацион для лабораторных крыс К-120, ООО “Лаборатор-корм”, РФ) и воды. Все эксперименты на животных проводились в соответствии с принципами Базельской декларации, одобрения биоэтического комитета Института и рекомендациями, используемыми при проведении работ на животных. Все животные были разделены на пять основных групп: А – контрольная группа. Крысы не подвергались никакому воздействию в течение всего исследования; В – ДБ 2 р/нед. 2 нед. Крысам 2 раза в неделю в течение 2 нед. внутривенно вводился деносуаб – 0,25 мг., время инфузии составляло 1 мин.; С – ДБ 2р/нед. 4 нед. Крысам 2 раза в неделю в течение 4 нед. внутривенно вводился деносуаб – 0,25 мг.; D – ДБ 1 р/нед. 4 нед. Крысам 1 раз в неделю в течение 4 нед. внутривенно вводился деносуаб – 0,5 мг.

Кровоток в пародонте крыс оценивали с помощью двух методов: высокочастотной ультразвуковой доплерографии и лазерной доплеровской флоуметрии. Для оценки реактивности сосудов микроциркуляторного русла пародонта проводилась функциональная проба с ацетилхолином (АХ). Оценивались показатели: T1 – время начала реакции (мин); Tmax – время наступления максимума реакции (мин); А – амплитуда реакции (в % к исходному уровню); T2 – время восстановления кровотока к исходному уровню (мин); Площади под кривой, рассчитывались методом Симпсона–Ньютона.

Результаты. В ходе 4-х недельного изучения реактивности сосудов пародонта, предложенными методами регистрации кровотока, после введения физиологического раствора и аппликации вазоактивным веществом, изменений со стороны сосудов пародонта не наблюдалось. Были рассчитаны показатели кровотока костной ткани (надкостница и кость) нижней челюсти крысы (патент № 2018143432 от 07.12.2018 “Способ неинвазивной оценки скорости кровотока кости”). Исходя, из полученных расчетов показатели кровотока в костной ткани на 1 неделе составили (*рис.10*) [мл/с/см³]: группа Контроля: $U_{BK} = 2,75 \pm 0,1$; ДБ 2р/нед, 2 недели: $U_{BK} = 2,53 \pm 0,4$; ДБ 1 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 2,1 \pm 0,2$; ДБ 2 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 2,34 \pm 0,2$; На 2 неделе: группа Контроля: $U_{BK} = 2,68 \pm 0,4$; ДБ 2р/нед, 2 недели: $U_{BK} = 2,29 \pm 0,2$; ДБ 1 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 2,01 \pm 0,3$; ДБ 2 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 2,33 \pm 0,2$; На 3 неделе составили: группа Контроля: $U_{BK} = 2,4 \pm 0,4$; ДБ 2р/нед, 2 недели: $U_{BK} = 1,88 \pm 0,2$; ДБ 1 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 1,85 \pm 0,2$; ДБ 2 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 1,44 \pm 0,2$; На 4 неделе составили: группа Контроля: $U_{BK1} = 2,39 \pm 0,3$; ДБ 2р/нед, 2 недели: $U_{BK} = 1,79 \pm 0,2$; ДБ 1 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 1,35 \pm 0,2$; ДБ 2 р/нед 4 недели: $U_{BK} = 1,19 \pm 0,2$.

Обсуждение результатов. В ходе исследования было установлено, что после введения деносуаба отмечалось достоверное снижение кровотока по сравнению с контрольной группой. Длительность введения деносуаба имеет критическое значение, потому что продолжение введение деносуаба в течение 2 недель после удаление зуба резко ухудшает состояние кости. Таким образом,

вышеприведенные данные свидетельствуют о достоверном нарушении микроциркуляторного русла при введении деносумаба, а также последующем развитии деносумаб-ассоциированного остеонекроза челюсти. В исследовании Kostenuik PJ et al (2009) указано то, что OPG человека распознает не только человеческие RANKL, но и различных видов грызунов [4]. Деносумаб не подавлял резорбцию кости у нормальных мышей или крыс, но предотвращал резорбтивную реакцию у мышей, зараженных фрагментом RANKL человека, кодируемым в основном пятым экзоном гена RANKL. Однако, развитие остеонекроза после введения препарата деносумаб крысам неоднократно подтверждается и можно сделать предположение о том, что в его иницировании лежит первоначально не нарушение резорбтивной функции и ремоделирования кости, но, вероятно, нарушение микроциркуляции, что дает большой потенциал в исследовании данного направления.

СОХРАНЕНИЕ КОРНЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Курбанов Ш.Ш; Солижонova Ш.Д

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail:www.shahlosolijonova@mail.ru

В настоящее время часто удаляются сломанные корни зубов (из-за травмы). И часто установки внутрикостных имплантатов оптимальной длины и диаметра оказывается невозможной из-за анатомо-физиологических и функциональных изменений при атрофии альвеолярной кости, зависящей от причины и давности потери зубов, что значительно ограничивает применение дентальной имплантации (Иванов А.С. 2011, Иванов С.Ю и др.2004; Кулаков А.А. и др. 2006.; Робустова Т.Г.2003, Фёдоров В.Е. и др. 2010; Фёдоров В.Е. и др. 2011). Альвеолярной отростка, лишённая своей основной опорной функции, всегда подвергается атрофии после удаления зубов (Hing K.A.2004; Hollinger J.O.2005). Потеря зубов практически всегда сопровождается рассасыванием (атрофией) костной ткани челюстей, в частности, нижней челюсти. В результате атрофии происходит уменьшение как высоты альвеолярной части нижней челюсти (АЧНЧ), так и её ширины, что осложняет проведение стандартных методик дентальной имплантации (Матвеева А.И .1993; Олесова В.Н 1993, 1999; Суров О.Н. 1993; Марков Б.П 2000; Weiss Ch.M. 1992; Linkow L.I. 1993; Mish С.Е. 1993; Cranin A.N.1993; Spikearman Н. 1995;.)

У 26-55% обследуемых потеря зубов сопровождается выраженной резорбцией альвеолярной кости (Алимский А.В. 2004; Галяпин И.А. 2010). Особенно атрофия выражена при ослеженном заживлении лунки (Таранов В.Ю. 1993). А. Ашман (1996) пришёл к выводу, что в течение 3 лет после удаления зуба объем альвеолярной отростков уменьшается на 40-60%. Затем этот атрофический процесс продолжается, и убыль кости составляет от 0,5% до 1% от её объёма в год.

По данным научной литературы, более чем в 25-56% случаев стандартные методики имплантации не могут применяться из-за атрофии костной ткани

альвеолярных отростков по высоте или толщине(Виноградов С.Ю. и др. 2007; Зицманн Н.2005; Параскевич Л.В. и др.2003)

В настоящее время существует различные виды операционных вмешательств, которые направлены на увеличение объёма костной ткани альвеолярных отростков. В литературе описаны различные методы объёмной реконструкции альвеолярной кости (Алфарио Ф.Е 2006; Кулаков А.А,2008; Шульчк Н.А;Байриков И.М. 2008; Алексеева И.С. 2012; Эйзенбраун О.В. ;Тарасенко С.В. 2013; Морелли Т. 2009), а также методы вертикальной (Малахова М.А. 2006; Базикян Е.А 2008; Дробишев А.Ю. 2011; Панн А.М. 2013; Jenson O.T.2016; Marchetti С. 2007; Sharan A.; Madjar D.2008; Kao D.W.K. 2012;), и горизонталь аугментации (Брави Ф. 2008; Шлее М.2009; Di Alberte.L. 2008; Blus С. 2010;). Но эффективность многих из них недостаточно изучена.

А так же , все эти процедуры являются дополнительными расходами и требуют длительного заживления.

Итак, если удаление зуба приводит к атрофии, а атрофия усложняет операцию по имплантации, лучше использовать метод сохранения корня зуба, чтобы избежать дополнительных операций.

Особенно этот метод нуждается при таких случаях, как:

Когда у подростков были травмы или какие-то случаи когда сломались корни зубов, отсутствует возможность использовать штифтовую конструкцию

В таких случаях использование метода сохранения корня может помочь предотвратить атрофию и исключить дополнительные операции до тех пор, пока у пациента не будут противопоказания на имплантации

Цель исследования: Выработать метод для сохранения оставшихся части зубов после травмы у детей и предотвратить атрофию костной ткани.

Материалы методы исследования:

Планируется обследование 16 пациентов в возрасте от 14-18 лет с диагнозом сломанные корни из-за травмы

- Клинические методы исследования
- Рентгенологическое исследование (3Д)
- Статистическая обработка данных

Результаты нашей исследования. Если у пациента сломались корни зубов из-за травмы и невозможно использовать штифтовые конструкции, тогда можно использовать сохранения корней постоянных зубов как один из методов профилактики атрофии и устранения дополнительных методов операции для имплантации. Этапы сохранения корней:

- лечение корневые каналы
- удаление устья корней
- обработать область травмы антисептиком
- Поставить стимулирующий препарат(Стимул осс)
- использование стерилизованный латекс для защитной повязки.

Если у пациента недостаточно мягких тканей для покрытия области травмы, обычно мы берём лоскут с другой области, но тогда будет дополнительная травма для пациента. А использование стерилизованный

латекса устраняет дополнительные травмы. А также можно удалить латекс после образования слизистого слоя.

Клиническая ситуация. Обратился пациент 14 лет с жалобами травмы. При осмотре у пациента выявлены сломанный зуб 35, отсутствует возможность использование штифтовые конструкции, И присутствует противопоказания для одномоментной имплантации. Проведём метод сохранения корней. Через 2 недели удалили латекс. Ожидается результаты через 3 и 6 месяцев.

Выводы: У пациента проводили метод сохранения корней используя стерилизованные латекса. Вышеупомянутые задачи были выполнены. Состояние пациента после операции изучается.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА

Курбанов Ш. Ш., Турсуналиев З. З., Курбанов С. А., Адашов Ф. С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы. На сегодняшний день предложено большое количество самых разнообразных лечебных и профилактических мероприятий, однако частота пародонтита не снижается. В комплексном лечении пародонтита особое внимание уделяется хирургическим методам. Они позволяют добиться ликвидации хронического очага инфекции, устранения костных дефектов, приостановить прогрессирование деструкции альвеолярной кости и, в конечном итоге, восстановить морфофункциональную активность зубов, а также обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта (Мирсаева Ф.З., 1997; Грудянов А.И., 1998; Новиков А.Ю. с соавт., 2002; Болбат М.В., 2003). Анализ литературных данных, посвященных результатам экспериментальных исследований трансплантатов и их клиническому применению в разных областях медицины, в том числе в пародонтологии, показывает, что ни один из предложенных до сих пор трансплантатов в совокупности не соответствует выдвигаемым требованиям, следовательно не находит широкого применения в клинике (Безрукова А.П. с соавт., 1995; Грудянов А.И., 1998; Дунызина Т.М., 1999; Зуев В.П., 1999; Григорьян А.С., 2000; Федоровская Л.Н., Григорьян А.С. с соавт., 2001; Иорданишвили А.К., 2002; Орехова Л.Ю., 2002). В связи с вышеизложенным поиск оптимального трансплантационного материала и повышение эффективности хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с его применением остается актуальным до настоящего времени.

Цель исследования:

Повышение эффективности хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с применением комбинированного трансплантата, включающего «Гемогубка коллагеновая» и насыщенная витамином С.

Материалы методы исследования:

Планируется обследование 20 пациентов в возрасте от 35-55 лет с диагнозом пародонтит верхней и нижней челюсти.

- Клинические методы исследования.

- Рентгенодиагностические методы исследования.
- Статистическая обработка данных.

Результаты нашей исследования если глубина пародонтальных карманов более 5 миллиметров или закрытый кюретаж оказался неэффективен, проводится открытый вид процедуры. Открытый кюретаж предполагает хирургическую операцию по рассечению десны. Цель открытого кюретажа: не только удалить зубные отложения и патологические ткани, но и восстановить костную ткань.

В ХГП для удаления воспалительного процесса пародонтального кармана выполняется хирургическая практика открытого кюретажа. Дефект, возникающий после кюретажа заполняется биоматериалом Губка - коллогеновым (в случае насыщенного витамина С).

Этапы хирургической последовательности:

- Чистка зубов от налета и зубного камня;
- применение противовоспалительных средств;
- введение анестезии;
- проведение деснового разреза около шейки зубов, помогающий отслоить слизистую от костной ткани;
- обработка корней антисептиком;
- подсаживание в почищенные карманы синтетическим материалом, помогающий естественному росту кости.

Клиническая ситуация. Обратился пациент Т. 39 лет с жалобами на подвижность зубов и неприятный запах из рта. При осмотре у пациента выявлены пародонтальные карманы глубиной более 5 мм, подвижность зубов 2 и 1 степени, а также кровоточивость и воспвление десен.Ход операции.

В укзанном выше порядке была проведена операция 10 пациентам. Пациенты перенесли операцию. Случаи наблюдались через 1 неделю, через 2недели результаты зафиксированы. Ожидаются результаты 1месяц, 3 и 6 месяцев.

Вывод: Пациентам с ХГП показано хирургическое лечение с использование моткрытого кюретажа.” Гемогубка коллогеновая” насыщенная витамином С. Вышеупомянутые задачи были выполнены. Состояние пациента после операции изучается .

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Мадай Д.Ю., Иорданишвили А.К., Идрис М.И., Нассар А.

Санкт-Петербургский государственный университет

amid12121@gmail.com

Цель исследования. Изучение влияния сопутствующих заболеваний в анамнезе жизни пострадавших на ближайшие исходы сочетанной черепно-лицевой травмы.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные историй болезни 70 пострадавших с тяжелой черепно-лицевой травмой (ЧЛТ).

Исследование было проведено на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета ГБУЗ «Александровская Больница» города Санкт-Петербурга за период с 2016 по 2018 гг.

Возраст пострадавших варьировал от 23 до 96 лет и в среднем составил $48,6 \pm 18,7$ лет. 70% (n=49) пострадавших оказались мужчины, доля пострадавших женщин составила 30% (n=21). Бытовая травма отмечена у 34,3% (n=24) пострадавших; кататравма - у 18,6% (n=13). У 25,7% (n=18) пострадавших травма возникла в результате дорожно-транспортных происшествий. Причина травмы не была установлена у 21,4% (n=15) пострадавших.

У всех пострадавших отмечены повреждения как мозгового, так и лицевого отделов черепа. Тяжесть повреждений в массиве по шкале Injury Severity Score (ISS) варьировала от 5 до 50 баллов и в среднем составила $26,9 \pm 10,2$ баллов. Уровень сознания в массиве по шкале комы Глазго в ближайшие 2 часа после получения травмы варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил $12,2 \pm 2,5$ балла.

Сопутствующие заболевания имелись у 57% пострадавших и распределялись следующим образом: заболевания сердечно-сосудистой системы - у 46% пострадавших; нервной системы - у 25%; эндокринной системы - у 4%; пищеварительной системы - у 3%; дыхательной и выделительной систем - у 6% пострадавших соответственно.

Для изучения влияния сопутствующих заболеваний на ближайшие исходы ЧЛТ качественные показатели были трансформированы в количественные методом шкалирования. Для математической обработки использовалась программа Statistica 6.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ, в целом, показал умеренную прямую корреляцию ($r=0,38$) между наличием в анамнезе жизни пострадавших сопутствующих заболеваний и неблагоприятным исходом ЧЛТ. Наиболее высокий коэффициент корреляции ($r=0,4$) установлен при анализе влияния заболеваний сердечно-сосудистой системы на неблагоприятный исход ЧЛТ, что указывает на умеренную прямую связь между ними. Слабая прямая связь ($r=0,26$) установлена между наличием заболеваний нервной системы и неблагоприятным исходом ЧЛТ. Также слабая прямая связь ($r=0,2$) установлена между наличием заболеваний пищеварительной системы и неблагоприятным исходом ЧЛТ. Связь между наличием заболеваний дыхательной, выделительной и эндокринной систем и неблагоприятным исходом ЧЛТ отсутствовала ($r=$ от 0,1 до 0,1).

Выводы. Исследование установило наличие умеренной прямой связи между имеющимися в анамнезе жизни пострадавших сопутствующими заболеваниями и неблагоприятным исходом ЧЛТ. Установленная связь отражает степень влияния сопутствующих заболеваний на исход сочетанной ЧЛТ. Влияние сопутствующих заболеваний на исход травмы необходимо учитывать при оказании медицинской помощи пострадавшим.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Мальшикина Л.Т.

ФГБОУ ВПО МГМСУ им проф. А.И. Евдокимова

Своевременное выявление признаков осложнений и оказание необходимой врачебной помощи является важным условием длительного полноценного функционирования имплантатов.

Ошибочное представление, что остеофиброзное соединение имплантата и кости – необходимый этап остеоинтегративного процесса, основано на том, что соединительнотканное сочленение кости и импланта в зубочелюстном сегменте замещает периодонт. Но практическое применение имплантатов показало, что более стабильны конструкции с полностью интегрированным внутрикостным имплантом. Наблюдаемый феномен объясняется хирургическим подходом: после обширной операционной травмы удаление некротического дендрита с костного интерфейса продолжается дольше, чем после стандартной установки импланта. При установке импланта по протоколу развивается ограниченный некроз кости,

происходит быстрое удаление продуктов распад. После обширной операционной травмы (500 мкм) объем образовавшегося дендрита больше. Удаление дендрита запускается TNF- α – фактором резорбции и апоптоза, который поступает из кровяного сгустка. Связываясь с рецепторами на альвеолярных остеокластах, TNF- α активирует их и инициирует образование α –NFAT ядерного фактора транскрипции, который через AP-1 индуцирует синтез катепсина K, TRACP-5 β , ММП- 13. Прогенированные альвеолярные остеокласты также экспрессируют и рецептируют нуклеофар kB (ядерный фактор транскрипции β), индуцирующий синтез GM-CSFP и mCSF. GM-CSFP стимулирует пролиферацию макрофагов

и связывание нуклеофара kB с RANK. Комплекс RANK –нуклеофар kB вызывает

слияние моноклеаров, образование мультиядерных остеокластов и появление у них гофрированной каймы, с помощью которой реализуется остеорезорбция. Мультиядерные остеокласты продолжают активно синтезировать катепсины K, B, D, TACP-5b, ММП- 13/9 и секретировать их на поверхность очищаемой кости.

Первично образовавшаяся на импланте соединительная ткань продолжает обогащаться прогенированными FGF и CTGF бластными клетками, которые интенсивно продуцируют компоненты ЭЦМ (коллаген, протеогликаны и др.) Соединительная ткань уплотняется и вокруг импланта формируется фиброзная капсула. Репарация очищенной кости инициируется остеогенными факторами (МБК, ФРСК, КЭФР), поступающими из кровяного сгустка. Образовавшиеся под действием МБК-2 прогнаторы, участвующие в восстановлении костного интерфейса, фиксируются не на импланте, а на фиброзной капсуле. Фиброзная ткань не имеет остеогенного потенциала. В периимплантной зоне активируется аппозиционный остеогенез. Восстановление остеоинтерфейса вызывает распад и частичный лизис фиброзной капсулы. Увеличение объема кости тормозит синтез коллагена фибробластами, и они секретируют в контактную зону кейлоны - ингибиторы FGF и CTGF. Кейлоны

инициируют фибролиз. Фиброкласты продуцируют коллагеназу и фагоцитируют фрагменты коллагена. Ремоделиция и инволюция фиброзной капсулы открывают имплант для остеоинтеграции. Минерализация трабекулярной кости сопровождается образованием на открытом импланте тонкой пленки обызвествленного аморфного вещества. Объединение в интегративной зоне минерализованных слоев разной плотности провоцирует множественные микропереломы кости и активацию процесса неконтролируемой остеорезорбции. Фиброзная ткань имеет более высокий репаративный потенциал по сравнению с костной тканью. В пограничной зоне импланта соединительная ткань быстро замещает дефекты и активно врастает в незрелую трабекулярную кость. Этим объясняется устойчивость имплантата с признаками остеофиброза (выдвижение из ряда).

По мере увеличения нагрузки на имплантат в контактной зоне сопряженно усиливаются остеорезорбция и фибролиз. Остеорезорбция преобладает над остеогенезом. Прочность соединения кости с имплантом уменьшаются, объем зрелой кости падает. Рассогласование процессов вызывает дисминерализацию костного матрикса, падение костной массы в остеонах, снижение плотности остеогенных тканей, остеопению. Сегментарный остеопороз – предикторный признак выпадения имплантатов с остеофиброзным типом связи.

При длительном функционировании имплантатов с остеофиброзным типом соединения объем фиброзной ткани в зоне остеоинтеграции увеличивается. Усиление защитного мононуклеарный ответа приводит к развитию фиброзного остеита.

После завершения этапа репаративного остеомоделирования все остеоны зрелой кости должны находиться в фазе реверсии, а метаболическая активность костной ткани направлена на поддержание минерального гомеостаза.

Проталкивание импланта с усилием, его вкручивание, обуславливает неравномерное заполнение костной тканью интегративной зоны. Локальное травматическое действие инициирует переломы костных балок по границе полностью интегрированного импланта. Пьезоэлектрический эффект, возникший в результате травмы, вызывает изменение ионного гомеостаза в остеогенных тканях и образование метаболически активных гипертрофированных остеоцитов. Травмированная зрелая (ламеллярная) кость восстанавливается посредством остеоцитарного ремоделирования и находится под контролем SACR и FGF-23. Фазы остеоцитарного лизиса для одних BRU и остеоцитарной репарации для других совпадают. В результате, усиливается протеолиз в тех остеонах, где идет образование органического матрикса кости. Дисминерализация кости вызывает новые микропереломы, усиление остеолиза, утрату пула остеопатентных клеток, локальный остеонекроз в пограничной зоне. Иницируется остеокласт-зависимая резорбция кости. Усиливается синтез провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-1 β), пролиферация мононуклеаров, развивается реактивное воспаление и периимплантит.

Восстановление пула остеогенных клеток происходит очень медленно. После удаления дендрита костные лакуны быстро заполняются клетками,

прогенированными FGF и CTGF. Вокруг импланта формируется прочная фиброзная капсула. Развивается периимплантный фиброз.

Выпадение имплантатов с остеофиброзным типом сочленения, визуально стабильных, наступает неожиданно. Наличие в анамнезе и при обследовании полости рта фиброзного остеита, сегментарного остеопороза, периимплантита, периимплантного фиброза, является прямым противопоказанием к одномоментной переустановке имплантата взамен утраченного.

БОТУЛИЧЕСКИЙ АНАТОКСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Маматкулова М.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: Лечение пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии. Болевые феномены в области лица могут быть обусловлены собственно заболеваниями нервной системы, патологией глаз, пазух носа, зубочелюстного аппарата. Поэтому прозопалгии являются мультидисциплинарной проблемой и требуют совместного сотрудничества врачей нескольких специальностей (неврологов, стоматологов, нейрохирургов, отоларингологов, офтальмологов).

По образному выражению А.М. Вейна, эти больные являются своего рода «медицинскими сиротами», поскольку переходят от одного врача к другому, не получая должной помощи. В подавляющем большинстве случаев эти пациенты изначально оказываются на приеме у стоматологов (60%). Далее практически все пациенты (80%) направляются к неврологу. После посещения невролога в большинстве случаев пациент вновь направляется к стоматологу, в 10% – отоларингологу, поскольку боли иррадиируют в ухо, сопровождаются ощущением «заложенности» в ухе; в 5% – к офтальмологу из-за иррадиации болей в область орбиты и, наконец, в 20% пациенты направляются к психиатру с диагнозом психалгия. Проблема усугубляется еще и тем, что до сих пор не существует единой классификации лицевых болей.

Актуальность данного исследования определяется распространенностью болевого синдрома при дисфункции ВНЧС, отсутствием четкого алгоритма диагностики причин заболевания, а также часто неадекватным лечением, что снижает качество жизни таких пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата ботулинического токсина типа А (БТА) в комплексном лечении пациентов с миофасциальным болевым синдромом дисфункции ВНЧС.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 20 пациентов с дисфункцией ВНЧС. Среди пациентов с дисфункцией ВНЧС было 20,4% мужчин и 79,6% женщин. Эти пациенты были направлены на госпитализацию в неврологическое отделение для проведения терапии ботулическим анатоксином.

Для верификации клинического диагноза, помимо болевого синдрома, оценивали следующие симптомы: смещение нижней челюсти при открывании рта; хруст; крепитация; щелканье в суставе; ограничение открывания рта; болезненность жевательных мышц и сустава при пальпации (при попытке открыть рот возникал спазм); боль при движении нижней челюсти. Для подтверждения наличия миофасциального болевого синдрома проводилась блокада III ветви тройничного нерва, выключение двигательных волокон, иннервирующих жевательную группу мышц, что устраняло болевой синдром и приводило к снижению их гипертонуса. Установлено, что в возникновении дисфункции ВНЧС играет существенную роль наличие окклюзионных нарушений, в частности патологических видов прикуса, особенно глубоко травмирующего. Помимо этого, существенное влияние на развитие патологии сустава оказывают дефекты зубных рядов, зубочелюстные аномалии и деформации. В диагностике данного заболевания использовались дополнительные методы исследования, такие как ортопантомография, компьютерная томография ВНЧС с 3D-реконструкцией, магнитно-резонансная томография.

В целях дифференциальной диагностики применялось клико-неврологическое исследование (положение головы, объем активных движений в шейном отделе позвоночника, выражение лица, состояние лицевой мускулатуры в покое, при разговоре, глотании, признаки блефароспазма, оромандибулярной дистонии (мимические сокращения мышц в области рта и нижней челюсти), объем активных движений мимической мускулатуры, надбровный и орбикулярный рефлекс, мандибулярный рефлекс, чувствительность кожи лица, слизистой ротовой полости и языка, оценка тонуса мышц шеи и плечевого пояса); исключались цефалгии и поражения отдельных ветвей и ганглиев черепно-мозговых нервов; проводилось магнитно-резонансное исследование головного мозга (без контрастного усиления) для уточнения диагноза и исключения органических заболеваний нервной системы.

Результаты и обсуждение: Среди пациентов преобладали женщины — 78,6%. Доля мужчин составила 21,4%.

При анализе субъективных жалоб, предъявляемых пациентами, определено, что у 88,6% человек боль в области жевательных мышц имела одностороннюю локализацию и только у 11,4% - двустороннюю с преобладанием болевого синдрома на одной из сторон. По продолжительности болевого феномена пациенты распределялись так: у 66,2% боль присутствовала постоянно и у 33,8% носила приступообразный характер. 71,1% обследуемых описывали боль как ноющую, а 28,9% - как стреляющую. Большинство отмечали боль в подглазничной, околоушной области и области верхней или нижней челюсти; у 41,3% пациентов боль иррадиировала в височную и затылочную области, шею. Все пациенты отмечали усиление болевого синдрома на фоне разговора, жевания и открывания рта.

При объективном обследовании болезненность и гипертонус в области крыловидных мышц выявлены практически у всех пациентов, а в области височной и жевательной мышц — только у 31,3%; снижение высоты прикуса

обнаружено у 59,7% человек, ограничение открывания рта — у 46,3%, болезненность ВНЧС — у 33,8%, смещение нижней челюсти при открывании рта — у 75,6%, щелканье в ВНЧС — у 36,8%. Анализ данных клинико-лучевых исследований ВНЧС позволил диагностировать дисфункцию ВНЧС у всех обратившихся за медицинской помощью.

Всем пациентам с болевым синдромом дисфункции ВНЧС проводилось комплексное лечение, назначались медикаментозные средства, применялись физиотерапевтические и ортопедические методы лечения. Из медикаментозных средств использовали такие группы препаратов, как нестероидные противовоспалительные средства, ненаркотические анальгетики+спазмолитики, миорелаксанты, витамины группы В, дезагреганты и антидепрессанты при хроническом болевом синдроме. Применяли также лидокаин-гидрокортизоновые блокады спазмированных жевательных мышц лица, мышц шеи и триггеров плечевого пояса, на фоне которых болевой синдром стихал на 1,5—3 ч, после чего отмечался рецидив боли. Из дополнительных физиотерапевтических мероприятий мы назначали инфракрасный лазер на пораженную половину лица либо фонофорез с диклофенаком.

Комплексное лечение включало восстановление окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и коррекцию положения головок нижней челюсти в суставной впадине. С этой целью изготавливались каппы, накусочные пластины с применением артикуляторов, которые пациенты носили в течение 3 мес; по показаниям проводилось рациональное протезирование.

В комплексном лечении для снятия болевого синдрома при дисфункции ВНЧС мы использовали БТА. Его применение является одним из ведущих, перспективных методов достижения мышечной релаксации. Механизм действия БТА заключается в блокаде выделения ацетилхолина из пресинаптической мембраны путем связывания специфического транспортного белка. Эффект миорелаксации начинает проявляться через несколько дней после инъекции БТА в мышцы.

Перед проведением процедуры все пациенты с выраженным миофасциальным болевым синдромом лица подписывали информированное добровольное согласие, в котором были разъяснены обстоятельства лечения препаратом БТА, в том числе противопоказания: миастения, гемофилия, прием аминогликозидов.

Инъекции раствора лекарственного средства БТА проводили экстраоральным или интраоральным доступом в собственно жевательные, височные, медиальную и латеральную крыловидные мышцы, находящиеся в состоянии гипертонуса. Мышцы-мишени для инъекций выбирали на основании клинической картины и в соответствии со стандартными рекомендациями. Препарат старались вводить непосредственно в болезненное мышечное уплотнение (так называемый миофасциальный триггерный пункт); при этом использовался метод пальпации. Введение препарата в триггерную точку позволяет избежать его диффузии и генерализованной мышечной слабости; применялись дозы 10—25 ЕД (ксеомин).

Осложнений не наблюдалось, повторных инъекций препарата не проводили. Результаты клинических наблюдений показали, что внутримышечные инъекции БТА в патологически напряженные мышцы пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС способствовали снижению интенсивности лицевой боли и улучшению качества жизни в целом. При этом увеличивалась амплитуда движений НЧ, нормализовался акт жевания при приеме пищи. Существенное улучшение жевательной функции и ликвидация болевого синдрома наступали у пациентов в течение недели, а общий лечебный эффект достигал максимума через 3—4 нед после однократной инъекции БТА.

Нами осуществлялся мониторинг данной группы пациентов в течение 6 мес, в катамнезе рецидив болей отмечен у 3 пациентов. Однократной инъекции БТА оказалось достаточно для устранения болевого синдрома лица.

Заключение: — в диагностике болевого синдрома дисфункции ВНЧС необходимо соблюдать мультидисциплинарный подход, привлекать для консультаций смежных специалистов (стоматолог, невролог, нейрохирург, оториноларинголог, окулист);

— при комплексном лечении данного заболевания наряду с назначением медикаментозных препаратов и физиосредств показаны коррекция окклюзионных нарушений, рациональное протезирование;

— для устранения болевого синдрома и пролонгированной мышечной релаксации рекомендуется назначать инъекции БТА в указанных нами дозах в миофасциальные триггерные точки.

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ПОЛОСТИ РТА

Матсопоев Д.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Новообразования полости рта – одна из актуальных проблем онкостоматологии. По данным разных источников карциномы полости рта составляют от 2% до 5% от общего числа всех злокачественных новообразований. При этом опухоли данной локализации имеют особо агрессивное течение, характеризуются быстрым поражением регионарных лимфатических узлов, склонностью к частому рецидивированию. Термин «рак полости рта» охватывает все злокачественные новообразования, которые могут возникнуть в ротовой полости и в 90–95% случаев цитологически представлены плоскоклеточным раком с преимущественно лимфогенным метастазированием. Выполнено множество исследований по изучению этиологии рака полости рта, при этом особое внимание уделено экзогенным и эндогенным канцерогенным факторам. Всемирная Федерация Стоматологов (FDI) признает рак полости рта одним из главных врагов здоровья человечества и связывает рост патологии с популяризацией курения, ростом употребления алкоголя, жеванием бетеля, рекламой нетрадиционных сексуальных отношений, приводящих к вирусному (в первую очередь HPV) поражению слизистых контактным путем. При клиническом обследовании ротовой полости важными являются сбор анамнеза, осмотр и пальпация заинтересованного участка и зон регионарного

метастазирования. Исследования показывают, что рак на слизистой чаще возникает в нижней части ротовой полости, на вентральном и боковом участках языка, на мягком небе; т. е. в малодоступных для рутинного визуального осмотра участках. Несмотря на значительный прогресс в методах диагностики опухолей, основной причиной обращения пациента к врачу, как сообщают многие источники, является боль в области возникшего образования. Известно, что начальные стадии карцином полости рта в 50% случаев протекают бессимптомно, в результате чего уже при первом обращении больного к врачу часто констатируется 2-3 стадия болезни. В целом, поздние стадии карцином полости рта при самом современном лечении имеют неудовлетворительный прогноз, а потому важно выявить патологию на самых ранних стадиях болезни, желательно на стадии предрака. Ранняя диагностика предраковых состояний и сегодня сопряжена с определенными сложностями. Просматривая отчеты онкологических клиник и диспансеров, предрак, как диагноз, в реестре заболеваний (диагнозов) практически не встречается. Анализ цитологического материала объясняет это сложно улавливаемыми различиями между злокачественными и предраковыми клетками, и такая точка зрения, не без основания, поддерживается экспертами ВОЗ. В онкологии принимается допущение, по которому, мягко говоря, диагностика новообразования не всегда является достоверной и в таких случаях предпочтение отдается злокачественному диагнозу. Однако в онкологии широко известно словосочетание «рак без предрака не бывает». Как показали наши клинические наблюдения, предраковое состояние следует рассматривать сравнительно благоприятным этапом для хирургического вмешательства с большими гарантиями на безрецидивный исход и выздоровление. Тем не менее, устранив причину, вызвавшую предрак, далеко не всегда удается остановить рост и малигнизацию.

Определенные успехи в этом направлении за последние десятилетия сделаны в области онкогинекологии. Используя скрининговый подход, методом цитологического анализа выявляется направленность количественных и качественных изменений в дифференцировке эпителиальных клеток. Цитологическое исследование процессов дифференцировки эпителиоцитов и характера экспрессии цитокератинов с учетом регионарной специфики эпителия для отдельных участков полости рта, имеет определенное диагностическое значение. Нарушение этих процессов является признаком патологических изменений и чаще всего свидетельствует о начинающемся опухолевом росте.

Цель исследования: повысить достоверность цитологической диагностики при новообразованиях полости рта. Материалы получены на базе клиник ТГСИ и Ташкентского областного онкологического диспансера.

Постоянная регенерация эпителия слизистой оболочки полости рта обеспечивает его защитную функцию благодаря постоянной замене и удалению «отработанных» клеток наружного слоя. Толщина эпителиального пласта в разных участках варьирует. Около 50% всей площади полости рта выстлано ороговевающим эпителием, 30% - неороговевающим и около 20% приходится

на долю зубов. Склонность к ороговению обнаруживается в отделах, испытывающих повышенную механическую нагрузку: в эпителии твердого нёба, десен. Неороговевающий эпителий характерен для выстилающей слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, на верхней поверхности языка. Эпителиальные клетки (кератиноциты) в норме образуют кератин в поверхностных слоях многослойного ороговевающего эпителия. Однако при различных экстремальных состояниях - при механическом, химическом воздействии, чрезмерном травмировании слизистой оболочки рта, кератин может появляться и в неороговевающем эпителии.

В многослойном плоском неороговевающем эпителии различают 4 слоя клеток: базальные, парабазальные, промежуточные (шиповатые) и поверхностные (слой плоских клеток).

Базальный слой представлен призматическими или кубическими клетками, располагающимися на базальной мембране и представлен, как правило, одним слоем. В базальном слое локализуются стволовые эпителиальные клетки, способные к митотическому делению. За счет вновь образованных клеток, вступающих в дифференцировку, происходит смена эпителиоцитов вышележащих слоев эпителия.

Промежуточный слой формирует основную массу многослойного плоского неороговевающего эпителия. Он состоит из 4-10 слоев шиповатых клеток (к старости количество слоев снижается) округлой или полигональной формы, теряющих способность к митозу.

Поверхностный слой образован плоскими клетками, которые замещаются в процессе дифференцировки и клеточного обновления.

Созревание клеток сопровождается их миграцией к поверхности эпителиального пласта. Пласты неороговевающего эпителия в полости рта часто значительно толще, чем ороговевающего (см. рисунок ниже – стрелкой указано направление дифференцировки клеток: базальные шиповатые плоские).

Все, приведенные выше сведения по дифференцировке многослойного плоского эпителия полости рта в норме, необходимы для грамотной трактовки и постановки достоверного заключения при описании цитологических препаратов с подозрением на карциному полости рта. В препарате могут присутствовать 3 вида клеток: парабазальные, промежуточные (шиповатые) и поверхностные (плоские).

Однако количественное соотношение названных клеток на единицу площади препарата (подсчет ведется в 5-7 участках препарата) может свидетельствовать о напряжении механизма дифференцировки эпителиальных клеток. Так, появление в препарате большого количества промежуточных и, особенно, парабазальных клеток, будет свидетельствовать о нарушении процесса дифференцировки и истощении регенеративной способности базального слоя.

ЛЕЧЕНИЕ МЕЖКОРНЕВЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ ЗУБОВ.

Махкамов Б.М., Юлдашев Д.И., Маъмурбоев С.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

E-mail:shuxrat_b_eshonkulov@yahoo.com

Больные с различными формами такого осложнения кариеса зубов, как периодонтит, составляют до 30% из общего числа обращающихся за стоматологической помощью в лечебное учреждение (И.Б.Беляева, 1974; И.А.Денисова, 1982; В.С.Иванов с соавт., 1984). Столь высокий процент обращаемости по поводу периодонтита свидетельствует о том, что эта проблема остается не только актуальной, но и достаточно сложной, окончательно не разрешенной до настоящего времени. Хронические периодонтиты имеют скудную симптоматику, протекают без особых субъективных ощущений, часто дезориентируя пациентов и врача (А.Кодукова с соавт., 1989г.; В.Н.Балин, А.К.Иорданишвили, 1995г.). Такие длительно существующие и активно действующие хронические, особенно деструктивные, очаги воспаления в околокорневых тканях могут служить причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, возникновения и осложнения заболеваний внутренних органов и систем, алергизации и аутосенсбилизации организма (А.В.Митронин, 1988; А.М.Солнцев, 1989; Г.Довруцкий, 1993).

Особый интерес представляют хронические межкорневые деструктивные периодонтиты, являющиеся наименее изученными в плане клиники, диагностики и лечения. Зачастую, при традиционных методах эндодонтического лечения, межкорневые деструктивные периодонтиты остаются вне поля зрения специалиста и имеют неблагоприятный прогноз. По существу, такие состояния являются показанием к удалению зуба, либо короно-радикулярной сепарации с последующей санацией патологического очага и протезированием (В.С.Иванов с соавт., 1984; Т.Г.Робустова, 1990; J.P.Artis, 1986). Подобные вмешательства обеспечивают лишь простое устранение патологического очага и не способствуют восполнению дефекта костной ткани в межкорневой зоне, сохранению или восстановлению анатомо-функциональной целостности зуба, требуют длительного периода реабилитации, последующее протезирование.

Цель исследования. Разработка консервативно-хирургического метода лечения хронических межкорневых деструктивных периодонтитов с использованием материала «Стимул-ОСС».

использованием композиций материала «Стимул – ОСС».

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены у 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщины) в возрасте от 18 до 45 лет. Всего вылечено 40 зубов с хроническими деструктивными периодонтитами.

Во всех возрастных группах были выделены контрольная и основная группа для определения эффективности предлагаемого способа лечения.

В первой контрольной группе из 10 человек вылечено 10 зубов с хроническими деструктивными межкорневыми периодонтитами обычными эндодонтическими методами.

В основной группе у 20 человек проведено лечение 30 зубов с межкорневыми деструктивными периодонтитами разработанным методом.

Методика лечения пациентов в контрольной группе состояла в следующем. После раскрытия полости зуба и ее антисептической обработки, проводили удаление распада пульпы из корневых каналов, их инструментальное расширение и медикаментозную обработку. В корневых каналах оставляли турунды с антисептиками под временную пломбу до следующего посещения. При отсутствии жалоб со стороны пациентов, корневые каналы высушивали и пломбировали.

В основной группе для лечения хронических межкорневых деструктивных периодонтитов применяли предложенную нами методику, при которой дефект костной ткани восполняли материалом «Стимул-ОСС».

Предварительно, при необходимости, проводили лечение верхушечных периодонтитов, включающее механическую и медикаментозную обработку корневых каналов, заапикальное выведение паст, содержащих $\text{Ca}(\text{OH})_2$, и последующую obturацию корневых Endofill с гутаперчей .

Под инъекционной анестезией был осуществлен доступ путем отслаивания слизисто-надкостного лоскута (после предварительного разреза) и трепанации кортикальной пластинки проекции межкорневого деструктивного очага. Доступ осуществляли под строгим контролем рентгенограмм. Через созданные сообщения мы проводили тщательный кюретаж очага деструкции, включающий удаление грануляций, патологически измененной костной ткани межзубной перегородки и цемента корней, медикаментозную обработку доксициклином и физраствором из шприца под давлением. Затем восполняли дефект костной ткани материалом «Стимул – ОСС».

Слизисто-надкостничные лоскуты укладывали на место, рану ушивали 2-4 узловыми и «П» образными швами, накладывали давящие повязки.

При обследовании больных использовали общеклинические (опрос, осмотр, перкуссия, пальпация) и специальные (рентгенография и электроодонтометрия) методы исследования.

Частоту, особенности возникновения и развития межкорневых периодонтитов изучали по данным клинического обследования 30 больных основной и контрольной групп с последующим динамическим наблюдением и анализа рентгенограмм 40 многокорневых зубов с патологией периодонта.

Клинико-рентгенодогогическую оценку периодонта проводили по следующей схеме: до лечения, во время лечения, в ближайшие сроки после лечения (1-3-7-14 сутки) и в отдаленные сроки (1-3-6-12-18-24 месяцев).

Результаты лечения пациентов контрольных групп показали следующее. Данные наших исследований указывают, что обычное эндодонтическое лечение при хронических межкорневых деструктивных периодонтитах в отдаленные сроки в 80% приводит к прогрессированию деструктивного процесса с проявлением клинико-рентгенологических признаков воспаления Клиническое

благополучие достигается только в 20% , с сохранением деструктивных очагов в межкорневом периодонте без признаков регрессии. В связи с чем, исход лечения нельзя считать благоприятным, в виду сохранения хронического одонтогенного очага в межкорневой зоне и возможности возникновения многочисленных осложнений

Результаты основных групп убедительно доказывают высокую эффективность использования «Стимул-ОСС» при консервативно-хирургическом лечении хронических деструктивных межкорневых периодонтитов методом направленной регенерации тканей. Полученные данные позволяют утверждать, что разработанный нами способ лечения, в подавляющем большинстве случаев, позволяет ликвидировать патологический процесс в межкорневой зоне, восполнить дефект костной ткани и сохранить морфо-функциональную целостность зуба и зубочелюстной системы в целом. Сущность представленных в настоящем исследовании научных результатов может быть сформулирована в следующих выводах.

Выводы: Клинические исследования доказали высокую эффективность консервативно-хирургического метода лечения хронических межкорневых деструктивных периодонтитов и использованием «Стимул-ОСС». Положительные результаты достигнуты в 83,33%. Наибольшее количество благоприятных исходов в процентном отношении получено при введении «Стимул-ОСС»

ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИКЛАРИДА ОРТОИМПЛАНТЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Мирхайидов М.М., Мукимов Ш.И.

Тошкент давлат стоматология институти

Долзарблиги. Юз суяклари туғма паталогиялари мавжуд беморларни даволаш тактикасини ва реабилитациясини танлаш нафақат юз-жағ соҳаси эстетик ва функционал нуқтаи назардан, балки беморнинг мувофақиятли социал ҳаётга қадам қўйиши учун болаларда психоемоционал салбий ўзгаришларни олдини олиш муаммонинг асосий долзарблигидир (Блохина С.И., 2002, ҲанБ.Ж. 2005).

Микроимплант ва олинмайдиган суяк ичи микроимплант билан қотирилувчи ортопедик аппарат ЮЛВТТК бемор болаларни операцияга тайёрлашда қўлланилиши Республикада илк тажрибадир. Асос қилиб хориж тажрибасини олган холда, биз ушбу даво усулини 3 ойлик ва ундан катта бемор болаларда қўлладик.

Инновацион услубларни қўллаш учун кўрсатма бўлиб жағлараро суяк деформацияси даражаси хисобга олинди. Биз жағлараро суяк ва атроф суяк тузилмаларининг деформацияси оғирлиги даражаси иккинчи даража бўлиши бемор бола ёшини хисобга олган холда, суяк ичи қотирилувчи микроимплант ва кенгайтирувчи винтга кўрсатмадир (6 тасида). ЮЛВТТК беморлар жағлараро суяк ва атроф суякли тузилмаларининг учинчи оғирлик даражасида (23 тасида) микроимплантларга кўрсатмадир.

Жағға кўйилувчи олинмайдиган аппаратлар суяк ичи қотирилиши билан юқори лаб ва танглай туғма кемтикли бемор болаларда қўлланилишидаги жарроҳлик баёни стандарт тиш имплантациясидан фарқ қилмайди. Шунда ҳам, қаттиқ танглай соҳасида операция пухта режаланган ва катта еҳтиёткорлик билан ўтказилиши лозим. Бу бурун бўшлиғи деворлари ва бошқа анатомик хосилалар перфорацияси еҳтимоли билан изоҳланади. Шунинг учун ҳам қаттиқ танглайга ўрнатилувчи имплантлар, мавжуд суяк хажмидан келиб чиқиб, кичик узунликда (4-6 мм) бўлади. Агар симларни маҳкамлашда махсус супраструктура ишлатилса, имплантат тайёрланган суяк жойига тўлиқ ўтиради.

Юқори лаб ва танглай туғма кемтикли беморларни операцияга тайёрлашни биз бир неча босқичда ўтказдик. Аввал болалар стоматологияси кабинети шароитида юқори жағдан қолип олинди. Кейин ундан жағ модели тайёрланди. Юқори жағ таҳлилий модел ва компьютер томографик текширувлар натижаларини биргаликда ўрганиб, микроимлант жойини аниқладик.

Шундан сўнг бемор клиникага ётқизишиб, умумий оғриқсизлантириш остида олинмайдиган аппарат тақилди.

Олинмайдиган аппаратни қотириш ортодонтияда ишлатилувчи микроимлантлар билан амалга оширилди. Бунинг учун қотирилувчи бўлақларда (икки ён ва жағлараро суяк) олдиндан алвеоляр ўсиқ чўққиси қиррасига 45 градус бурчак остида тешик очилди. Бунда иккала ён бўлақлар юқори жағ ён бўлақлари оралиғини кенгайтириш учун ўзаро ортодонтик винт билан боғланди.

Кейинги босқичда беморнинг аппаратга мослашуви, овқатланишини йўлга қўйилиши, оғиз бўшлиғи ва аппаратга гигиеник ишлов кабиларга ўргатиш бўлди. Бемор бола аҳволидан келиб чиқиб, болалар операциядан кейинги 6-7 кунларда стационардан жавоб берилди.

Аппаратга кўниқиб бўлгач винт фаоллаштирилди. 0,5 мм. га кунда бир икки марта, шу билан бир пайтда резина торткич уч кунда бир бўғин сурилди. Бирикмаган юқори жағ алвеоляр ўсиғи хейлопластикадан кейин узунасига ўсиши сабабли кемтик тўлиқ ёпилмади, балки юқори жағ бўлақлари орасида бир вақтинчалик тиш кенглигида жой қолдирилди. Актив давр 20-30 кунни ташкил қилди. Асосий босқичлардан бири ретенция даври бўлиб, 15 кундан 30 кунгача давом этди. Ушбу даврдан сўнг аппарат олиб ташланди ва шу вақтни ўзида бирламчи, бир босқичли икки томонлама хейлопластика операция ўтказилди.

6 бемордан бир бемор давони якунига етказмади. Қолган 5 беморларда ўрнатилган олинмайдиган аппарат ва унинг жағлараро суяк ҳамда юқори жағ бўлақларига ўрнатилиши она сутини сўриш ва ютиш жараёнини нормаллашишига олиб келди. Ушбу олинмайдиган аппарат юқори жағ алвеоляр ўсиқларини кенгайтириш учун қўлланилиб, жағлараро суякни тўғри холатга олиб келиш, алвеоляр ёйни шакллантиришга хизмат қилди.

Жағлараро суяк ва юқори жағ алвеоляр ўсиғи ён бўлақларининг деформацияси оғирлиги даражасини хисобга олиб, юқори жағнинг алоҳида бўлақларини тиш ёйи шакллантириш учун микроимплантлар ёрдамида суриш ишлари олиб борилмоқда. Микроимплантларсиз жағ устига қўйилувчи

ортодонтик аппаратларда жағ бўлақлари сурилиши, тиш жағ ёйи тикланишига 1 ой вақт сарфланди. Ортодонтик тайёргарлик натижаларига кўра операциянинг бирламчи босқичи – бир этапли икки томонлама хейлопластика операцияси 6 ойлигида беморда ўтказилди.

Шундай қилиб юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтикли беморларни операцияга тайёрлашда микроимплантларни қўланилиши жарроҳлик реабилитациясига, ва жарроҳларга ортиқча қийинчиликларсиз операцияни ўтказишга, хаттоки лаб тўқималари битиши ва холатида катта ахамиятга ега.

Турли услубларда операцияга тайёрланган юқори лаб ва танглай икки томонлама туғма кемтикли бемор болалар жағларидан олинган моделлардаги антропометрик маълумотлар инновацион технологиянинг қўлланилишида тўлиқ устунликни кўрсатиб турибди. Кўрсаткичларни солиштирганда операцияга тайёрланмаган, Шаров Т.В. усулида тайёрланган ва микроимплантлар ёрдамида қотирилувчи олинмайдиган аппарат қўлланилиши ЖАС ва юқори жағ бўлақлари орасида тўлиқ ён контактга олиб келди ва статистик таҳлил натижаларини ($P < 0,05$) тасдиқлади.

Шундай қилиб, юқори лаб ва танглай икки томонлама туғма кемтикли болаларни операцияга қадар комплекс давосида инновацион технологияларни қўллаш жағлараро суяк ва жағ бўлақлари шаклини 1-2ойда нормаллаштиради, оқибатда бир босқичли икки томонлама хейлопалстика операцияси оптимал муддатда, беморларнинг ногиронлик муддатларини қисқартирган холда, мактабгача бўлган даврда тикланишига сабаб бўлади.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ОСНОВАНИИ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

**Мукаддасхонова М.Д., Пулатова Б.Ж., Хасанов Ш.М.,
Хасанов И.И.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Самаркандский государственный медицинский институт
Musina96@mail.ru*

Актуальность. В тех клинических ситуациях, когда операционные условия неблагоприятны, имеются протяженные дефекты зубного ряда, сложная топография доступной костной ткани или полная адентия челюсти, риск возникновения осложнений возрастает. Некоторые крупные производители систем внутрикостных имплантатов используют принципы систем автоматического проектирования для изготовления шаблонов позиционеров по данным КТ. Однако программное обеспечение не является открытым для дополнений, и системы рассчитаны на использование только имплантатов фирмы производителя, либо обновления базы данных систем имплантатов осуществляет производитель, что ограничивает практикующего врача в выборе. Кроме того, не все программы оснащены исследовательским модулем, или ограничен выбор технических средств для печати прототипа. В связи с изложенным, нам представляется весьма актуальным и своевременным

разработка метода предоперационного планирования операции дентальной имплантации с изготовлением шаблона позиционера на основе принципов статически компьютер-ассистированной хирургии, в сравнении с классическим подходом.

Цель работы. Повысить эффективность хирургического этапа дентальной имплантации путем внедрения статически компьютер-ассистированных технологии в процесс изготовления интраоперационного шаблона позиционера.

Материал исследования и используемые методы.

В проспективном исследовании (2019-2021г.) принимал участие 51 пациент (26 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 26 до 57 лет. 24 пациента составили контрольную группу, в которой операция дентальной имплантации осуществлялась при помощи классического шаблона. 27 пациентов составили основную группу, где для планирования и проведения операции была использована статически виртуально ассистированная хирургия и стереолитографические шаблоны позиционеры. В группы исследования были включены соматически здоровые пациенты или имеющие компенсированный соматический статус с диагнозом первичная или вторичная, частичная или полная адентия верхней или нижней челюсти (К0.00, К08.1), которым была показана ортопедическая реабилитация с опорой конструкции на остеинтегрируемые имплантаты. Критериями исключения послужили противопоказания к операции дентальной имплантации.

Всего было установлено 139 имплантатов системы "Astra Tech" (Dentsply, США) 56 пациентам контрольной группы и 83 основной. Клиническое обследование включало: сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта, проведение рентгенологического и лабораторного обследования. На первом этапе у всех пациентов проводилась терапевтическая и хирургическая санация полости рта. Хирургический этап включал обязательную фармакотерапию: начинаемую предоперационно - антибиотикотерапию, локальное использование антисептиков и симптоматические препараты. Всем пациентам на этапе планирования дентальной имплантации и перед вторым этапом имплантации проводилась конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) - New Tom 3G (QR srI Италия. В контрольной группе исследования, на послеоперационном этапе, при помощи хирургического шаблона, производилась симуляция пилотного препарирования гипсовой модели. Планирование операции дентальной имплантации и моделирование хирургического шаблона в основной группе проводилось на основании данных КТ в программе Amira 5.4.5 (Visualization Sciences Group, Германия). В основной группе, точность установки имплантатов определялась путём сопоставления (квазиньютоновский метод) запланированного топографического расположения виртуальных моделей имплантатов и их послеоперационного расположения (на основе данных КЛКТ). Расстояние между осями соответствующих установленных и запланированных имплантатов было принято за осевое смещение, а угол наклона оси установленного имплантата к соответствующей оси запланированного имплантата в плоскости - за осевое отклонение ,в контрольной группе

сопоставлялись пространственная гипсовая модель (каналы пилотного сверления) и клиническое расположение имплантатов на основе данных КЛКТ на втором этапе имплантации.

Для оценки достоверности полученных результатов использовался модифицированный двусторонний критерий Стьюдента для выборок с неравными дисперсиями. Все расчеты производились с использованием Microsoft Excel 2010.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

В группах исследования результаты осевого и углового отклонения были распределены относительно области установки: верхней и нижней челюсти. Погрешность предложенного метода обусловлена рядом факторов, которые можно условно разделить в зависимости от этапа планирования или проведения вмешательства. На этапе планирования к данным факторам относятся: • Незначительная подвижность пациента во время проведения КТ; • Невозможность определения рельефа костной поверхности по оптической плотности кортикальной пластинки альвеолярного отростка; • Наличие артефактов в результате присутствия в полости рта пациента металлических несъемных конструкции, что уменьшает точность выделения поверхности костных структур; • Аппаратная погрешность метода компьютерной томографии и быстрого прототипирования. Время сканирования пациента во время компьютерной томографии для аппарата New Tom 3G составляет в среднем 36 сек., что является длительным интервалом для постоянной неподвижности. В случаях, когда отмечалось искажение виртуальной модели костной поверхности или нарушение рентгенологической картины формы имплантата на послеоперационном этапе в результате подвижности пациента во время КТ, второй раз исследование не проводилось по причине отсутствия диагностической ценности повтора процедуры при удвоении лучевой нагрузки. Постоянное программное и аппаратное усовершенствование рентгенологической техники приводит к сокращению времени сканирования и превосходящими механизмами фиксации области интереса, что позволит в дальнейшем минимизировать влияние данного фактора. Наличие несъемных металлических конструкции в полости рта приводит к значительному искажению поверхности виртуальной модели области интереса иногда делая невозможным ее выделение. Для решения данной проблемы был использован метод сопоставления виртуальных моделей челюсти и гипсовой модели.

Результаты исследования точности установки хирургического шаблона у пациентов основной группы. Хирургический шаблон для статически ассистированной дентальной имплантации изготавливался из олигоэфирметилакрилата методом его послойной полимеризации, данный материал обладает определенной эластичностью, что порой приводит к его деформации, которая меняет геометрию направляющих каналов. Неудовлетворительная адаптация шаблона на опорных элементах операционного поля обусловлена подвижностью зубов при назубной фиксации, эластичностью материала шаблона и его хрупкостью. Так как стабилизация происходит при помощи минивинтов, чрезмерное давление может привести к

поломке, а недостаточное - к неудовлетворительной адаптации, для этого было предложено металлическое ложе винта в виде цилиндра, который распределял его давление на относительно большую поверхность. Часто при препарировании ложа имплантата, рабочий инструмент проходит тангенциально одной из кортикальных пластин, в результате происходит отклонение инструмента в сторону менее плотных костных структур. Описанное отклонение можно наблюдать во время установки имплантата в боковом отделе нижней челюсти.

Выводы. 1. Установлено, что применение принципа обратного планирования в инженерной программной среде позволяет обеспечить безошибочную взаимосвязь между ортопедическим и хирургическим этапами лечения на стадии расчета топографии расстановки имплантатов.

2. В соответствии с разработанными критериями оценки эффективности установлено, что статически компьютер-ассистированный подход позволяет повысить точность установки имплантатов, но требует больше времени на изготовление шаблона позиционера.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕКМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE”

Мукимов О.А., Усманова Д.Р, Мукимова Х.О.,

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Odil_0557@bk.ru, diyora.isanova.97@bk.ru

Атрофия костной ткани после удаления зубов является одним из важнейших вопросов современной стоматологии, так как значительная атрофия костной ткани челюстей делает невозможным выполнение внутрикостной имплантации, а также создает серьезные трудности при ортопедическом лечении пациентов.

“Root membrane” представляет собой хирургическую процедуру, выполняемую перед установкой имплантата, чтобы вызвать успешную остеоинтеграцию как увеличение эстетики мягких тканей путем минимизации потери буккальной кости после извлечения. Он отделяет корень во время извлечения и оставляя корень частично в буккальной стороне.

Цель исследования. Изучение дентальной имплантации помощью метода “root membrane” в верхней челюсти для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента.

Материалы методы исследования: В эксперименте участвовали 10 из них 6 мужчин, 4 женщин в возрастной категории от 35 -55 диагнозом частичный вторичной адентии верхней челюсти. Эти пациенты были разделены на 2 группы по 5 человек. 1 группа пациентов было оперирован традиционным методом. 2 группа пациентов были оперирован методом “root membrane”.

- Клинические методы исследования
- Лучевые методы исследования (КЛКТ)
- Гистологические методы исследования

- Функциональные методы (частотно резонансный анализ КСИ-ISQ)
- Статистическая обработка данных

Результаты исследование . Были выставлены несколько критериев по котором производилась оценка состояния пациентов. Извлеченный образец ткани, который включал имплантат, корневую мембрану пространство между ними и щечную костную пластину, оказался неповрежденным. Гистологическая оценка показала контакт кости с имплантатом 76,2%. Настоящее гистологическое исследование человека повреждает утверждение о том, что метод корневой мембраны эффективен для предотвращения резорбции костной ткани щечной костной пластинки передней верхней челюсти. Это человеческое гистологическое доказательство того, что корневая мембрана может сохранить щечную костную пластину, имеет большое значение, поскольку оно может помочь подтвердить клиническое исследование этого хирургического метода для поддержания твердых и мягких тканей с течением времени для оптимизации эстетических результатов.

Выводы: Как показывает исследование, причина в том, что, когда фрагмент буккального корня намеренно оставлен, кровоснабжение будет поддерживаться плавно и, следовательно, размеры альвеолярного гребня могут быть сохранены. На основании этих данных можно сделать вывод, что корневая методика мембраны является безопасным методом лечения, дает высокий показатель успеха имплантации. Согласно исследованиям, метод “root membrane” является альтернативным методом лечения в эстетически важной зоне. Он показал чрезвычайно высокий успех в сравнение с другим методом. Сильной стороной метода корневой мембраны является немедленное размещение имплантата. Сильная начальная стабильность гарантирует высокий уровень успеха.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА И КОЛЛАГЕНА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Муратова Н.Ю., Абдуллаев Ш.Ю., Алимжонов К.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

nadejda_muratova@mail.ru, sharif1952uzb@gmail.com,

Qobuljonstom@mail.ru

Применение материалов, соответствующих по составу и структуре человеческой кости видится сегодня наиболее перспективным направлением в восстановительной хирургии (Пахлеванян Г. Г., Пахлеванян С. Г., 2016; Zhang Z. et al., 2019; Sargolzaei-Aval F. et al., 2020). Именно с таким составом соотносят биосовместимость имплантируемого материала.

Модификация поверхности эндопротезов с помощью биоактивных напылений считается одним из перспективных направлений создания комплексных материалов, обладающих не только свойствами пассивного матрикса для вновь образующейся кости, но и определенными прочностными характеристиками (Попова А.А., 2016; Сарака Д., 2017).

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения костных дефектов нижней челюсти с использованием комбинированного

костнопластического материала на основе гидроксиапатита и коллагена.

Материал и методы исследования: В основу исследования положен анализ результатов лечения 75 больных с дефектами нижней челюсти, которые находились на стационарном лечении.

Среди оперированных больных мужчин было 42 (56 %), женщин - 33 (44 %). Возраст больных составлял от 25 до 58 лет.

У больных первой группы (32 наблюдений) при реконструкции устанавливался титановый имплантат фирмы «CONMET LLC». У больных второй группы (23 человека) на поверхность имплантата фирмы «CONMET LLC» наносился порошок гидроксиапатита методом лазерного спекания по методике. У больных третьей группы (20 человек) в дополнение к лазерному спеканию гидроксиапатита на поверхности имплантата фирмы «CONMET LLC» наносился коллаген (препарат Healos J&J).

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных проводили оценку показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Большое значение при имплантации принадлежит клеточному компоненту иммунитета, который является ответственным за трансплантационный иммунитет. Исследуя Т-клеточный компонент иммунитета, подсчитывали количество Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, Т-хелперов и иммунорегуляторный индекс соотношения Тх/Тс.

Анализ иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, проведенный до операции выявил несколько сниженное содержание Т-хелперов и Т-супрессоров по отношению к здоровым лицам, но это различие недостоверно ($P < 0,05$).

Исследования функциональной активности В-лимфоцитов по содержанию в сыворотке крови иммуноглобулинов G, A и M до операции не выявило достоверных отличий от данных в группе здоровых. Анализ данных по группам также не обнаружил достоверных отличий в содержании IgG, IgA и IgM до операции. До операции как средние величины уровня иммуноглобулинов, так и индивидуальные существенно не отличались от контрольных.

По данным рентгенологического исследования через 6 месяцев после операции в первой группе и второй группе больных наблюдается гомогенная ткань в области дефекта, в третьей исследуемой группе присутствовало трабекулярное строение.

Всем больным производили рентгеноденситометрическое исследование после операции, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев. На рентгеновских снимках для определения минеральной плотности кости проводили рентгеновскую денситометрию, при помощи которой определяется поверхностная минеральная плотность кости. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1994 г.) при Т-критерии нормой считался $-1,0 - 1,4$ г/см².

Имплантат с биопокрытием покрывается плотной костной тканью, происходит предотвращение микродвижений и напряжений на границе раздела кость/имплантат.

Исходя из вышеизложенного, возможно заключить, что нанесение на поверхность титанового имплантата гидроксиапатита методом лазерного спекания способствует оптимизации восстановления структурно-

функциональных характеристик кости.

Таким образом, представляется возможным сделать вывод о том, что использование эндопротезов с нанесением слоя гидроксиапатита, приводит к более быстрому формированию и созреванию костной ткани, что позволяет рекомендовать его к использованию в клинической практике.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мухамедов М.Х.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
muhiddinmuxamedov@gmail.com*

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не утратила своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных в современной челюстно-лицевой хирургии (Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., 2019; Ешиева А.А., 2020; Pham Dang N., Delbet-Dupas C., 2020).

У существенной части больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Шиханян Н.Н. и соавт., 2014).

Сведения о показателях иммунного сдвига на ранних этапах развития флегмон лица и шеи могут быть использованы для адекватного выбора и определения эффективности проводимой терапии (А.В. Добров и соавт., 2012).

По данным Н.Г. Баранник и соавт. (2016) все флегмоны челюстно-лицевой области независимо от степени их распространённости сопровождаются увеличением содержания в крови большинства провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1, ФНО α , ИЛ-6, ИЛ-8). При увеличении зоны поражения флегмонозным процессом установлена активация защитных сил организма, что проявляется в увеличении синтеза ИЛ-4 по сравнению с нормой. Распространение гнойно-некротического процесса из челюстно-лицевой области в медиастинум приводит к подавлению иммунной реакции организма, сопровождающемуся выраженной депрессией синтеза ИЛ-4 в крови.

С.А. Кабанова (2015) установила, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области отмечаются иммунологические нарушения, проявляющиеся в статистически достоверном увеличении количества Т-активных лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов. Степень нарушения иммунного статуса достоверно зависит от тяжести течения воспалительного процесса.

Конев С.С. и соавт. (2017) отмечают, что цитокиновая регуляция иммунного ответа является универсальной реакцией неспецифического иммунного ответа. В этой связи исследовался уровень интерлейкина - 1 (ИЛ - 1), специфичность которого определяется в различных защитных механизмах иммунного ответа, который активируется при его нарушении. Следует уточнить, что ИЛ-1 является локальным медиатором воспалительного процесса. При возрастании концентрации ИЛ-1, его специфика приводит к

возникновению многих системных реакций. Этот фактор делает его центральным медиатором ответной реакции острой фазы иммунного воспаления. Наряду с ИЛ – 1, авторами исследовалась концентрация уровня интерлейкина - 6 (ИЛ - 6). Этот цитокин, в большей мере, при повышенной концентрации способен стимулирует гепатоциты, конечной фазой которого является стимуляция синтеза белков острой фазы воспаления. Этот цитокин приводит к хронизации воспалительного процесса и переводит острые состояния процесса в хроническую форму.

Учитывая вышеизложенное, возможно сделать вывод о том, что определение уровня интерлейкинов, в частности, ИЛ-1, -6, является адекватным прогностическим фактором и может быть использован для определения эффективности проводимой терапии.

ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мухамедова Ш.Ю., Холмурадов Ж.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
dr_shmukamedova@mail.ru, jxolmuradov@list.ru*

Наибольшее распространение в практической медицине получил метод лимфотропной терапии, позволяющий отказаться от использования других путей введения лекарственных препаратов с созданием высоких концентраций их в зоне очага воспаления и в биологических средах. Лимфологические методы терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области являются одним из составных комплексного лечения. Включение этих методик патогенетически обосновано. Лимфатические капилляры, сосуды и лимфатические узлы являются барьером для многочисленных токсических факторов, поступающих из воспалительного очага.

При тяжелом течении гнойно-воспалительных заболеваний регионарные лимфатические узлы и сосуды оказываются заполненными некробиотическими массами, клетками красной крови, сгустками фибрина,

часто с высоким содержанием микрофлоры. Диссеминированно блокируется микролимфатический дренаж тканей, пассаж лимфы через лимфатические узлы. Все это парализует барьерную и иммунную функции лимфатической системы. Она сама становится источником септицемии и токсемии.

Стимуляция лимфатического дренажа тканей приводит к очищению тканевого сектора и лимфатической системы на уровне микрососудов. Это связано с тем, что усиление транспорта жидкости в звеньях кровь-ткань-лимфа позволяет вымывать из тканей накопившиеся продукты нарушенного метаболизма и некробиоза. Кроме того, усиление перфузии создает возможность проникновения в лимфатические пути

вводимых лекарственных препаратов. Анализ клинических данных и литературы позволил нам выявить существенные отличия регионарного лимфотропного введения антибиотиков от других способов их введения в

комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Таким образом, в схему комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области необходимо включить регионарную лимфотропную терапию с методами стимуляции лимфатического дренажа, усиливающих концентрацию лекарственных препаратов и длительность их пребывания в гнойном очаге.

ПРОБЛЕМА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Мухторов З.К.

Многие люди продолжают страдать от миофасциального болевого синдрома (МФБС), определяемого как региональный болевой синдром, который клинически характеризуется болью в мышцах, вызванной миофасциальными триггерами (МФТр). В натянутых повязках можно заметить мышечный спазм и блокировку кровообращения [1-3]. В области МФТр ноцицепторы могут быть сенсibilизированы периферическими воспалительными факторами, а также может быть индуцирована контрактура фасции. Традиционные методы лечения МПС включают растягивающую терапию, термическую терапию, электростимуляцию, массаж, манипуляции, инъекции в триггерные точки, иглоукалывание и физиотерапию. Однако болевой синдром не может быть купирован даже с помощью нескольких терапий. Недавно кинезиотейпирования (КнТп) широко используется при спортивных травмах, послеоперационных осложнениях и различных проблемах с болью, но мало исследований посвящено МФБС с методом КнТп. В этой статье мы рассматриваем исследования по применению КТ при лечении МПС и других связанных с этим проблем. Похоже, что приложение КНТП может поднять подкожное пространство, а затем увеличить кровообращение и отток лимфатической жидкости, чтобы уменьшить химические факторы вокруг области МФТр. Таким образом, предполагается, что метод КТ может использоваться в качестве обычного лечения или добавляется к предыдущему лечению миофасциальной боли.

МФБС, определяются как мышечная боль из-за миофасциальные триггерные точки (МФТрТ) [1], был считается связанным с бедными поз, neuromusculoskeletal расстройств или системными заболеваниями [2]. Кроме того, хроническое повторяющееся незначительное растяжение мышц, бурсит, энтезопатия, артрит или поражение диска также могут вызывать МПС [2]. Клинически пациенты с миофасциальной болью жалуются на локальную боль в мышцах, часто с отраженной болью. Если сопутствующие патологические причины не лечить должным образом, боль часто возвращается позже [2]. При физикальном обследовании МФТр в натянутой полосе скелетных мышц может быть пальпирован, и локальный ответ на подергивание может быть вызван щелчком МФТр [3]. Другие симптомы миофасциальной боли включают ограничение диапазона движений (ROM), более быстрое истощение и рефлексию спазма.

Миофасциальная триггерная точка. Для диагностики МФТр «болезненность пятна», «тугая повязка» и «распознавание боли» предлагаются в качестве трех основных критериев, а «отраженная боль» и «местные судорожные реакции» являются «признаками» для этого [4]. У пациентов, страдающих МФБС, могут отмечаться как латентные, так и активные МФТр с характером спонтанного болевого ощущения или боли в ответ на движение мышц при активных МФТр и болезненность без спонтанного болевого ощущения при латентных МФТр. Пациент с МФБС начинает с одного активного МФТр, называемого первичным МФТр, в пораженной мышце по причинам, указанным выше. Когда под неадекватным лечением, расширяя боль области и дополнительного активного МФТр, называемого вторичным или спутниковый МФТр, будет развиваться [1].

Этиология миофасциальной триггерной точки. Острая мышца над нагрузкой может активировать МФТр. Если поражение не контролируется должным образом, образуется прогрессирующая рубцовая ткань, которая переходит в хроническое поражение. Это может быть основной причиной дегенерации и активации МФТр в более позднем возрасте [5].

Клинические исследования МТРП. Чтобы исследовать боль, исследование MacDonald [5] показало, что мышцы с активными МФТр имеют ограниченную пассивную ROM. Поскольку напряжение задействованных мышечных волокон увеличивается даже в состоянии покоя, чрезмерное растяжение мышцы может вызвать сильную боль. Болезненное сокращение также можно отметить при выполнении теста на фиксированное сопротивление [6]. После обработки МФТр и снятия натянутой ленты ПЗУ можно вернуть в исходное состояние.

В поверхностных электромиографических (ЭМГ) исследованиях, проведенных Хедли [6, 7], было обнаружено, что мышцы с активными МФТр начинают утомляться, утомляются раньше и восстанавливаются позже, чем нормальные мышцы. Другое исследование с использованием поверхностной ЭМГ для теста на выносливость при миофасциальной боли продемонстрировало, что амплитуда ЭМГ-активности увеличивалась, а средняя частота мощности снижалась со временем. А с более болезненной стороны была отмечена повышенная утомляемость с меньшей продолжительностью выносливости по сравнению с нормальной стороной [7]. В исследовании с поверхностной ЭМГ было показано, что мышца, содержащая активные МФТр, находилась в состоянии усталости и истощала энергию раньше, чем в норме [4]. Кроме того, после инъекции 2% раствора лидокаина в триггерные точки верхней трапециевидной мышцы отмечалось значительное снижение интенсивности боли ($P < 0,001$) и активности ЭМГ ($P < 0,03$) в ипсилатеральной жевательной мышце с подтверждением отраженного спазма из-за миофасциальной боли. [7].

Что касается поиска изображений, Sikdar et al. накладывают ультразвук на тугую повязку в области верхней трапеции [8]. Они обнаружили, что МФТр являются фокальными гипоехогенными областями и снижают амплитуду вибрации при вибрационной соноэластографии. Он указывал на локальные изменения эхогенности тканей и проявлялся эллиптическими узелками

размером около $0,16 \pm 0,11$ см². Chen et al. [9] с помощью магнитно-резонансной томографии отметили, что жесткость тугой повязки у пациентов с миофасциальной болью была около 9,0 кПа и на 50% больше, чем у окружающих тканей.

Чтобы подтвердить теорию энергетического кризиса, Шах и его коллеги использовали микропипетки для определения значения рН и концентрации электролита как в активных, так и в латентных триггерных точках, а также в контрольных точках [10,11]. Они обнаружили значительно более высокую концентрацию медиаторов воспаления (таких как брадикинин, вещество Р, фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-1 бета, серотонин и норэпинефрин) и более низкое значение рН в активных или латентных областях МФТр, чем в нормальных точках. Эти медиаторы воспаления могут вызывать периферическую сенсibilизацию ноцицепторов в мышцах или центральную сенсibilизацию центральной нервной системы. Когда сообщение передается в спинной мозг через ноцицепторы, оно может индуцировать нейронные цепи МФТр в центральной нервной системе и может формировать латентные МФТр в мышцах [2, 11]. При увеличении стимуляции этой нервной цепи из-за острого или хронического повреждения латентные МФТр могут активироваться в болезненные активные МФТр.

Исследования, проведенные Mense [9, 10] для центральной сенсibilизации, показали, что постоянная стимуляция сенсорной афферентности мышц может приводить к нейропластическим изменениям в заднем роге спинного мозга и аллодинии, часто связанной с активными МФТр. Высвобождение вещества Р, глутамата и пептида, связанного с геном кальцитонина, из первичных афферентных волокон может сенсibilизировать ноцицепторы либо на рецептивных, либо на спинных концах. Эти нейропептиды также вступают в другие синаптические ассоциации с другими нейронами заднего рога, что приводит к гипералгезии. Кроме того, ноцицепторы рядом с местом патологии могут передавать сообщения нейронным соединениям ассоциированных МФТр, а затем индуцировать латентные МФТр на активные МФТр.

Из-за множества факторов МФБС однократное лечение или терапия не могут эффективно решить проблему. Лечения МФТр включают в себя ручную терапию [11], условие физической терапии [11], прошивание терапии (в том числе МФТр инъекции [9], сухое прошивание [9], акупунктура [11], percuta новременного выпуска мягких тканей [12] и подкожное иглоукалывание [11]), или оральные лекарства. Устранение любых препятствующих факторов и введение адекватных образовательных и домашних программ для пациентов также является важным [1, 5].

Самая ранняя эффективная терапия, предлагаемая для лечения – это распыление этилхлорида на кожу в сочетании с растяжкой [1]. Трэвелл предложил нанести два или три движения спрея до или одновременно, осторожно растягивая мышцу на всю ее длину [9]. Но из-за побочных эффектов, таких как повреждение дыхательных путей, замораживание и разрушение окружающей среды, спрей был вытеснен трением льда.

В лечебной физкультуре Левит и Саймонс [11] ввели в качестве лечения упражнения постизометрической релаксации (ПИР). Пациенты выполняют изометрические сокращения этих мышц с 10-25% полной силы. Затем они заставляют пациента расслабить мышцу через три-десять секунд после легкого растяжения той же мышцы врачом и снова расслабиться. Круг выполняется несколько раз. При сочетании упражнений ПИР с рефлекторным усилением релаксации, включая дыхание и движение глаз, эффективность будет значительно повышена [12].

Syriax [11] разработал глубокий фракционный массаж, требующий, чтобы палец проходил по длинной оси мышечных волокон или тугих полос на уровне МФТр, и он специфичен для тех, которые расположены в середине мышечного живота. Введенный метод ролфинга фокусируется на вязкоупругости фасции [11]. С помощью этого ручного лечения твердый тип коллоидной фасции из-за механического воздействия может быть преобразован в более жидкую форму. Фасции полны обильной иннервации с механорецепторами. Техника высвобождения фасции со стимуляцией рецепторов Гольджи может привести к изменению основного напряжения скелетных мышц. По крайней мере, за счет увеличения местной проприоцепции статус дисфункции будет снижен.

Вывод. Таким образом, несмотря на проведение многочисленных исследований и разработанных методов лечения МФБС, вопрос остается актуальным и не полностью раскрытым. В частности не разработан единый систематизированный протокол лечения при МФБС, а так как в каждом выше предлагаемом методе, имеются ряд своих недостатков, которые требуют корректировки и уточнения.

Литература:

1. JG Travell и DG Simons, Миофасциальная боль и дисфункция: Руководство по триггерной точке, vol. 1, Lippincott Williams & Wilkins, Балтимор, Мэриленд, США, 2001.
2. С.-З. Хонг, «Миофасциальная терапия боли,» Журнал Musculoskeletal боли, против О л. 12, вып. 3-4, с. 37-43, 2004.
3. DG Simons, С.-Z. Hong, и LS Simons, «концевая пластина POTEN циталы являются общими для midfiber myofascial триггерных точек,» Американский журнал физической медицины и реабилитации, т. 81, нет. 3. С. 212-222, 2002.
4. RD Gerwin, S. Shannon, С.-Z. Hong, Д. Хаббард, Р. Гевиртц, «надежность Interrater в триггерной точке обследования,» Pain, v o л. 69, нет. 1-2, стр. 65-73, 1997.
5. R. Cailliet, Боль в мягких тканях и инвалидность, FA Davis Company, Филадельфия, Пенсильвания, США, 2012
6. Д. Г. Саймонс и Дж. Трэвелл, «Миофасциальные триггерные точки, возможное объяснение», Pain, v o л. 10, вып. 1. С. 106-109, 2000.
7. Д. Г. Саймонс, «Новые аспекты миофасциальных триггерных точек: этиологические и клинические», Journal of Musculoskeletal Pain, v o л. 12, вып. 3-4, стр. 15-21, 2004.

7. Б. Дж. Хедли, «Оценка и лечение миофасциального болевого синдрома с использованием биологической обратной связи», в *Clinical EMG for Surface Recordings*, vol. 2, стр. 235-254, Клинические ресурсы, 1990.

8. Б. Дж. Хедли, «Физиологические факторы риска», в разделе «Управление кумулятивным травматическим расстройством», М. Сандерс, ред., Стр. 107-127, Баттерворт-Хайнеманн, Бостон, Массачусетс, США, 1997.

9. М. Хагберг и С. Kvarnstrom, «мышечная выносливость и эльки tromyographic усталость в миофасциальном боли плеча,» *Архивы физической медицины и реабилитации*, V ö л. 65, нет. 9. С. 522-525, 1984.

10. С. Mense и D. G. Simons, мышечные боли. Понимание его природы, диагностики и лечения, Lippincott Williams & Wilkins, Филадельфия, Пенсильвания, США, 2001.

11. Э.А. Таф, А.Р. Уайт, Т. М. Каммингс, С. Х. Ричардс и Дж. Л. КэМФБСелл, «Иглоукальвание и сухое иглоукальвание в лечении боли в миофасциальных триггерных точках: систематический обзор и метаанализ рандомизированные контролируемые испытания», *European Journal of Pain*, v o l. 13, нет. 1. С. 3-10, 2009.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нормуродов М.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Возрастной состав пострадавших с переломами челюстей в большинстве случаев 20-40 лет (до 70%), т.е. наиболее трудоспособная часть мужского населения. По данным ВОЗ в данной возрастной группе очень высок уровень заболеваний пародонта. По данным разных авторов, в возрасте 35-40 лет он составляет от 60 до 98% случаев. Воспалительные заболевания пародонта, как правило, сопровождаются общими и местными нарушениями иммунитета, кровообращения и иннервации.

Цель работы. Изучить частоту встречаемости заболеваний пародонта с учетом их степени тяжести у больных с переломами нижней челюсти при неосложненном течении и в случае развития гнойно-воспалительных осложнений - нагноения костной раны, мягких тканей, травматического остеомиелита, а также влияние воспалительных заболеваний пародонта на заживление костной раны.

Материал исследования и используемые методы.

Под наблюдением находилось 46 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 18 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 15 человек, с пациентами с переломами

нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 13 человек. В возрастной группе 21-40 лет, у большинства обследованных отмечался гингивит (39,3%) или пародонтит легкой степени (35,0%), реже встречались лица с пародонтитом средней (21,8%) и тяжелой степени (3,9%). У больных в возрасте старше 40 лет редко встречался гингивит (15,4%), пародонтит легкой степени отмечался только в 14,1% случаев, наиболее часто встречался пародонтит средней и тяжелой степени (по 35,25% случаев).

В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы, рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 46 больных, получавших традиционное лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием назубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 18 мы наблюдали гнойно-воспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (15 человек), у 29,2% (13 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (12 человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (6 пациентов) диагностирован пародонтит тяжелой степени

При этом среди пациентов с неосложненным течением переломов нижней челюсти у 17 человек (36,9%) определялся гингивит, у 11 (23,9%) больных генерализованный пародонтит различной степени тяжести. Тяжесть заболевания при пародонтите распределилась следующим образом: пародонтит легкой степени был выявлен у 12 больных (26%), пародонтит средней степени тяжести - у 12 (26%), и у 4 больных (8,7%) - пародонтит тяжелой степени.

У больных с осложненным течением переломов гингивит наблюдался значительно реже, чем при неосложненном течении переломов - только у 11 больных (21,4% случаев). Реже отмечался пародонтит легкой степени - 13 пациентов (22,5% случаев). Значительно чаще встречался пародонтит средней (19 больной — 35,3%) и тяжелой степени (16 пациентов - 20,8% случаев).

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ($r=0,81$) между частотой развития гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Полученные данные можно объяснить тем, что инфицирование зоны перелома патогенной микрофлорой полости рта во многом определяет исход травмы и подготавливает почву для развития гнойно-инфекционных осложнений. Это подтверждают те обстоятельства, что при закрытых переломах ветви нижней челюсти воспалительных осложнений почти не бывает. Наличие зуба с патологическими процессами в периапикальных тканях

или тканях пародонта в линии перелома также способствует развитию нагноительного процесса в зоне повреждения кости.

Выводы. У больных с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти определяется прямая сильная корреляционная зависимость ($r=0,81$) между тяжестью заболевания пародонта и частотой развития гнойно-инфекционных осложнений переломов. Патология пародонта при неосложненном течении переломов нижней челюсти представлена в основном гингивитом (36,9 %) и пародонтитом легкой степени (26%), реже встречается пародонтит средней (18,9%) и тяжелой степени (8,7%). При осложненном течении переломов реже наблюдается гингивит (21,4%) и пародонтит легкой степени (22,5%), чаще пародонтит средней (35,3%) и тяжелой степени (20,8%). У пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти отмечается замедление консолидации отломков по сравнению с больными, не имеющими патологии пародонта.

СОСТОЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАЗУБНЫХ ШИН У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАРОДОНТИТОМ

Нормуродов. М.Т., Пулатова Б.Ж., Халматова М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

wonderland8540@gmail.com

Актуальность. В настоящее время переломы нижней челюсти и их лечение являются одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии, с которыми ежедневно сталкиваются практикующие хирурги-стоматологи. Среди всех травм костей лица переломы нижней челюсти составляют по данным разных авторов от 45 до 85%. Для решения этой проблемы используется значительное количество методов и средств, однако число гнойно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших.

Цель работы. Изучить изменения в системе гемостаза у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом на основании изучения клинических показателей и системы гемостаза крови.

Материал исследования и используемые методы.

Под наблюдением находилось 36 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 12 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 13 человек, с пациентами с переломами нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 11 человек. В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы,

рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 36 больных, из них 12, получавших лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием назубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 8 мы наблюдали гнойно-воспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (11 человек), у 29,2% (10 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (9 человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (4 пациента) диагностирован пародонтит тяжелой степени.

При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации кровяных пластинок увеличена до $83,8 \pm 4,8$ усл.ед., максимальная степень их агрегации до $80,5 \pm 2,8\%$ и времени достижения максимальной степени агрегации до $88,7 \pm 3,8$ с. На 3-5 сутки от начала лечения функциональная активность тромбоцитов в обследуемой группе достоверно не изменяется ($p > 0,05$) по всем показателям. В то же время в группе сравнения отмечено увеличение ($p < 0,05$) функциональной активности тромбоцитов. На 10-12 сутки проводимого лечения происходит лишь частичное восстановление функциональных свойств тромбоцитов у больных, о чем свидетельствует снижение максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до $65,4 \pm 1,1$ усл.ед., снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $59,1 \pm 3,7\%$, времени достижения максимальной скорости агрегации до $708,5 \pm 33,7$ с., времени достижения максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $63,3 \pm 5,5$ с., но их значения остаются достоверно выше ($p < 0,05$) группы здоровых людей и группы сравнения.

Нарушение регионального кровотока и проникновение в сосудистое русло разнообразных тканевых факторов коагуляции является патогенетическим звеном тромбгеморрагического синдрома.

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ($r = 0,81$) между частотой развития гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Следовательно, развитие гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти является следствием ряда факторов, в том числе значительное влияние имеет состояние тканей пародонта. В свою очередь, изменения в организме, происходящие при травме и гнойно-инфекционных осложнениях влияют на состояние тканей пародонта. У ряда больных симптомы, свидетельствующие о прогрессировании воспалительно-

деструктивных процессов в тканях пародонта в момент снятия назубных шин купировались в течение нескольких дней, после проведения профессиональной гигиены полости рта и назначения местной противовоспалительной терапии. В основном такое течение заболевания мы наблюдали у больных гингивитом, редко - пародонтитом легкой степени при неосложненном течении переломов. У больных пародонтитом при осложненном течении переломов нижней челюсти изменения, произошедшие в тканях пародонта в период иммобилизации с помощью назубных шин, чаще проявлялись прогрессирующим деструкцией тканей пародонта и были необратимы.

Полученные данные доказывают, что у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта в период фиксации отломков при переломах нижней челюсти двучелюстными назубными шинами, неизбежно происходит обострение и прогрессирование заболеваний пародонта. Выраженность этих явлений зависит от исходного состояния тканей пародонта и течения заживления костной раны в области перелома нижней челюсти.

Степень консолидации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом при переломах в момент снятия шин (через 4-5 недель после травмы) в среднем составила $36,59 \pm 2,83\%$, что значительно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц, не имеющих заболеваний пародонта. Это можно объяснить снижением регенераторных возможностей и нарушением минерального обмена у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

У больных с заболеваниями пародонта имеются изменения в костной ткани, которые приводят к увеличению сроков регенерации кости, что удлиняет консолидацию отломков нижней челюсти после перелома. При поступлении больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта при переломах нижней челюсти на стационарное лечение, у всех обследованных нами лиц отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта. При этом значения ИГ при гингивите ($1,71 \pm 0,16$) и пародонтите легкой степени ($1,62 \pm 0,09$) существенно не отличались. В этих группах преимущественно отмечался зубной налет. При пародонтите тяжелой степени значения ИГ были выше и составил $2,22 \pm 0,14$. У этих пациентов чаще определялось наличие зубного камня.

Несмотря на снятие зубных отложений при поступлении, после наложения двучелюстных шин с межчелюстной фиксацией гигиеническое состояние полости рта значительно ухудшается за счет образования зубного налета преимущественно с оральной стороны зубов. Увеличение значений ИГ ($p < 0,05$) во всех обследованных группах было примерно одинаковым. На момент их снятия во всех группах оно соответствовало плохому гигиеническому состоянию полости рта, среднее значение гигиенического индекса составило $2,81 \pm 0,1$. Ухудшение гигиенического состояния у больных с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти в период иммобилизации назубными шинами существенно влияет на микрофлору полости рта, создавая условия для прогрессирования воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта. Среднее значение ПМА индекса,

характеризующего выраженность воспалительных явлений в пародонте, до наложения шин составило в группе больных с гингивитом $20,9 \pm 3,2$, с пародонтитом легкой степени - $25,3 \pm 2,1$, что соответствует легкой степени воспалительного процесса в тканях пародонта. При пародонтите средней и тяжелой степени среднее значение ПМА индекса в эти же сроки соответствовало средней степени тяжести гингивита и составляло $38,2 \pm 1,9$ и $48,7 \pm 3,7$ соответственно.

После снятия шин (28-35 суки с момента иммобилизации) во всех группах больных нами отмечено увеличение значений ПМА индекса ($p < 0,05$), которое у больных с гингивитом составило $32,4 \pm 2,5$, при пародонтите легкой степени - $43,9 \pm 3,4$, средней степени - $56,5 \pm 4,1$ (средняя степень тяжести гингивита), и тяжелой степени - $61,3 \pm 3,8$ - тяжелая степень гингивита больных с гингивитом равнялось $1,86 \pm 0,19$; у больных с пародонтитом легкой степени - $2,42 \pm 0,27$; средней степени - $3,61 \pm 0,32$; при тяжелой степени пародонтита - $4,84 \pm 0,28$.

Подвижность зубов и ее степень определяли по методу Евдокимова А.И. при первичном обращении и на момент снятия шин и оценивали в баллах. Этот признак указывает на достаточно глубокое поражение тканей пародонта, захватывающее не только слизистую десны, но и межзубную перегородку и альвеолярный отросток, что и приводит к патологической подвижности зубов, вплоть до их смещения, потере жевательной эффективности.

У пациентов с гингивитом патологическая подвижность зубов отсутствовала. У пациентов с пародонтитом легкой степени подвижность зубов определялась в 8,4% случаев и не превышала 1 степень, у больных пародонтитом средней степени в 59,4% случаев была подвижность 1-2 степени, при тяжелой степени пародонтита мы наблюдали подвижность в 84,6% случаев, из них у 13,5% отмечена 3 степень подвижности зубов. На момент снятия шин нами отмечено увеличение подвижности зубов в среднем на 1 балл, в 37% случаев отмечалась подвижность зубов, которые до шинирования были устойчивы. При этом чаще отмечалась подвижность 1 степени, у 25% - 2 степени.

Выводы. Таким образом, у всех обследованных нами пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти на момент снятия шин отмечалось ухудшение гигиенического состояния полости рта и прогрессирование воспалительных явлений в тканях пародонта, выраженность которых зависела от состояния на момент поступления в стационар. При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации кровяных пластинок увеличена до $83,8 \pm 4,8$ усл.ед., при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до $851,6 \pm 12,2$ с.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОКОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Олимжонов Т., Пулатова Б.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

wonderland8540@gmail.com

Актуальность. Среди травм челюстно-лицевой области преобладают переломы нижней челюсти, причиной которых явилась бытовая травма. Несмотря на совершенствование методов лечения переломов нижней челюсти, в посттравматическом периоде часто приходится встречаться с инфекционно-воспалительными осложнениями, развитие которых зависит от ряда факторов, в том числе от наличия зубов с патологическими процессами в тканях пародонта. Значимыми факторами в развитии осложнений являются состояние резистентности организма, нарушения кровообращения и иннервации в зоне перелома. Для решения этой проблемы используется значительное количество методов диагностики, тем не менее число гнойно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших.

Цель работы. Изучить изменения в системе гемостаза у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом на основании изучения клинических показателей и системы гемостаза крови.

Материал исследования и используемые методы. Под наблюдением находилось 36 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 12 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 13 человек, с пациентами с переломами нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 11 человек. В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы, рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 36 больных, из них 12, получавших лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием шин Тигерштедта. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 8 мы наблюдали гнойно-воспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (11 человек), у 29,2% (10 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (9

человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (4 пациента) диагностирован пародонтит тяжелой степени.

При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. На 10-12 сутки проводимого лечения происходит лишь частичное восстановление функциональных свойств тромбоцитов у больных, о чем свидетельствует снижение максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до $65,4 \pm 1,1$ усл.ед., снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $59,1 \pm 3,7\%$, времени достижения максимальной скорости агрегации до $708,5 \pm 33,7$ с., времени достижения максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $63,3 \pm 5,5$ с., но их значения остаются достоверно выше ($p < 0,05$) группы здоровых людей и группы сравнения.

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ($r = 0,81$) между частотой развития гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Полученные данные доказывают, что у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта в период фиксации отломков при переломах нижней челюсти шинами Тигерштедта, неизбежно происходит обострение и прогрессирование заболеваний пародонта. Выраженность этих явлений зависит от исходного состояния тканей пародонта и течения заживления костной раны в области перелома нижней челюсти.

Степень консолидации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом при переломах в момент снятия шин (через 4-5 недель после травмы) в среднем составила $36,59 \pm 2,83\%$, что значительно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц, не имеющих заболеваний пародонта. Это можно объяснить снижением регенераторных возможностей и нарушением минерального обмена у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

У больных с заболеваниями пародонта имеются изменения в костной ткани, которые приводят к увеличению сроков регенерации кости, что удлиняет консолидацию отломков нижней челюсти после перелома. При поступлении больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта при переломах нижней челюсти на стационарное лечение, у всех обследованных нами лиц отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта. При этом значения ИГ при гингивите ($1,71 \pm 0,16$) и пародонтите легкой степени ($1,62 \pm 0,09$) существенно не отличались. В этих группах преимущественно отмечался зубной налет. При пародонтите тяжелой степени значения ИГ были выше и составил $2,22 \pm 0,14$. У этих пациентов чаще определялось наличие зубного камня.

После снятия шин (28-35 суки с момента иммобилизации) во всех группах больных нами отмечено увеличение значений ПМА индекса ($p < 0,05$), которое у больных с гингивитом составило $32,4 \pm 2,5$, при пародонтите легкой степени - $43,9 \pm 3,4$, средней степени - $56,5 \pm 4,1$ (средняя степень тяжести гингивита), и

тяжелой степени - $61,3 \pm 3,8$ - тяжелая степень гингивита больных с гингивитом равнялось $1,86 \pm 0,19$; у больных с пародонтитом легкой степени - $2,42 \pm 0,27$; средней степени - $3,61 \pm 0,32$; при тяжелой степени пародонтита - $4,84 \pm 0,28$.

Выводы. Таким образом, при изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации кровяных пластинок увеличена до $83,8 \pm 4,8$ усл.ед., при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до $851,6 \pm 12,2$ с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Олимжонов Т., Пулатова Б.Ж., Нормуродов. М.Т., Джахангирова Д.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт
tolimjonov77@gmail.com

Актуальность. Возрастной состав пострадавших с переломами челюстей в большинстве случаев 20-40 лет (до 70%), т.е. наиболее трудоспособная часть мужского населения. По данным ВОЗ в данной возрастной группе очень высок уровень заболеваний пародонта. По данным разных авторов, в возрасте 35-40 лет он составляет от 60 до 98% случаев. Воспалительные заболевания пародонта, как правило, сопровождаются общими и местными нарушениями иммунитета, кровообращения и иннервации.

Цель работы. Изучить частоту встречаемости заболеваний пародонта с учетом их степени тяжести у больных с переломами нижней челюсти при неосложненном течении и в случае развития гнойно-воспалительных осложнений - нагноения костной раны, мягких тканей, травматического остеомиелита, а также влияние воспалительных заболеваний пародонта на заживление костной раны.

Материал исследования и используемые методы. Под наблюдением находилось 46 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 18 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 15 человек, с пациентами с переломами нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 13 человек. В возрастной группе 21-40 лет, у большинства обследованных отмечался гингивит (39,3%) или пародонтит легкой степени (35,0%), реже встречались лица с пародонтитом средней (21,8%) и тяжелой степени (3,9%). У больных в возрасте старше 40 лет редко встречался гингивит (15,4%), пародонтит легкой степени отмечался только в 14,1% случаев, наиболее часто встречался пародонтит средней и тяжелой степени (по 35,25% случаев).

В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы, рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 46 больных, получавших традиционное лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием назубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 18 мы наблюдали гнойно-воспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (15 человек), у 29,2% (13 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (12 человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (6 пациентов) диагностирован пародонтит тяжелой степени

При этом среди пациентов с неосложненным течением переломов нижней челюсти у 17 человек (36,9%) определялся гингивит, у 11 (23,9%) больных генерализованный пародонтит различной степени тяжести. Тяжесть заболевания при пародонтите распределилась следующим образом: пародонтит легкой степени был выявлен у 12 больных (26%), пародонтит средней степени тяжести - у 12 (26%), и у 4 больных (8,7%) - пародонтит тяжелой степени.

У больных с осложненным течением переломов гингивит наблюдался значительно реже, чем при неосложненном течении переломов - только у 11 больных (21,4% случаев). Реже отмечался пародонтит легкой степени - 13 пациентов (22,5% случаев). Значительно чаще встречался пародонтит средней (19 больной — 35,3%) и тяжелой степени (16 пациентов - 20,8% случаев).

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ($r=0,81$) между частотой развития гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Полученные данные можно объяснить тем, что инфицирование зоны перелома патогенной микрофлорой полости рта во многом определяет исход травмы и подготавливает почву для развития гнойно-инфекционных осложнений. Это подтверждают те обстоятельства, что при закрытых переломах ветви нижней челюсти воспалительных осложнений почти не бывает. Наличие зуба с патологическими процессами в периапикальных тканях или тканях пародонта в линии перелома также способствует развитию нагноительного процесса в зоне повреждения кости.

Выводы. У больных с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти определяется прямая сильная корреляционная зависимость ($r=0,81$) между тяжестью заболевания пародонта и частотой развития гнойно-инфекционных осложнений переломов. Патология пародонта при неосложненном течении переломов нижней челюсти представлена в основном гингивитом (36,9 %) и пародонтитом легкой степени (26%), реже

встречается пародонтит средней (18,9%) и тяжелой степени (8,7%). При осложненном течении переломов реже наблюдается гингивит (21,4%) и пародонтит легкой степени (22,5%), чаще пародонтит средней (35,3%) и тяжелой степени (20,8%).

ВНУТРИКОСТНЫЕ ИНФУЗИИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

Олимов А.М., Шокиров С.М., Назарова Ф. Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино».

Таджикистан, nazarovafarangis1997@gmail.com

Цель работы. Обосновать метод внутрикостного введения лекарственных препаратов при хирургическом лечении больных с острым остеомиелитом челюстей для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы. На клиническом этапе исследования было проведено хирургическое лечение 16-больных с острым одонтогенным остеомиелитом челюстей находившихся на стационарном лечении в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии Государственное Учреждение Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» за период 2019-2021 годов. Возраст больных составлял в основном от 15-ти до 35-лет. Из общего количества больных мужчины составили - 10 (62,5%), женщины - 6 (37,5%) больных.

Всем больным проведены клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография).

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют, что при использовании стандартных хирургических методов лечения больных с острым остеомиелитом челюстей совместно с внутрикостными инфузиями наблюдаются снижение интоксикации, стабилизации процесса и регенерация костной ткани. Целесообразность внутрикостного введения лекарственных средств для достижения их максимальной бактерицидной концентрации в патологическом очаге, локализующимся в кости, доказана рядом исследований.

Наиболее часто встречались острые остеомиелиты нижней челюсти у 12 (75,0%) больных, верхняя челюсть прожался у 4 (25,0%) больных. Причинами одонтогенных остеомиелитов явились 6-е 8-е зубы нижней челюсти. Всем больным в острой стадии проводили комплексное лечение, включающее внутрикостную инфузию растворами антисептиков, антибиотиков, ферментов, а также физиотерапевтическое лечение.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали высокую эффективность метода внутрикостного введения лекарственных препаратов, что позволяет, предупредить дальнейшего распространения инфекции, образование обширных секвестров дефектов и деформации тканей челюстно-лицевой области.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНЫХ СТЕНОК ГЛАЗА

Патхиддинов Ж.Ш

Ташкентский государственный стоматологический институт

jpatxiddinov@gmail.com

Повреждения глазницы в основном встречаются в течение первых двадцати лет жизни, уступая по частоте возникновения лишь эндокринной офтальмопатии у взрослых и дермоидным опухолям у детей. Из всех травм глазницы, требующих стационарного лечения, около 85 % составляют нарушения целостности ее стенок. Орбитальные переломы являются одной из наиболее распространенных травм средней зоны лица, уступая лишь повреждениям костей носа. По данным Р. Siritongtaworn с соавторами (2001), переломы глазницы составляют 40 % от всех переломов лицевого скелета. Три четверти пострадавших — мужчины. Изолированные фрактуры орбиты встречаются примерно в 35–40 % случаев, у 30–33 % пострадавших оказываются поврежденными две стенки. Перелом трех стенок глазницы регистрируется у 15–20 % пациентов и всех четырех — в 5–10 % случаев. У детей орбитальные переломы составляют 23 % от всех травм лица, уступая лишь фрактурам нижней челюсти (34 %). В свою очередь из всех переломов глазницы, встречающихся в педиатрической практике, от 25 до 70 % приходится на повреждения нижней стенки в варианте линейного перелома без смещения отломков — по типу «капкана». Как правило, орбитальные переломы сочетаются с теми или иными повреждениями глазного яблока, в том числе с проникающими ранениями и субконъюнктивальными разрывами склеры. По данным С. Ioannides с соавторами (1988), Т. Cook (2002), повреждения глаза или периокулярных мягких тканей встречаются у 26 % пациентов с орбитальными переломами, но состояния, требующие экстренной офтальмологической помощи, отмечаются гораздо реже — в 6,5 % случаев. Наиболее тяжелые травмы глаза встречаются при переломах наружной стенки орбиты, ее вершины, костей лица по типу Ле Фор III. Изолированные переломы нижней стенки глазницы ассоциируются с менее тяжелыми повреждениями глаза. В половине случаев орбитальные переломы сочетаются с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) причем вероятность ее возникновения значительно повышается при повреждении двух и более глазничных стенок. В общем, как следует из литературных данных, до 70 % орбитальных переломов ассоциируются с теми или иными повреждениями глазного яблока, других костей лица, ЧМТ. Основные механизмы повреждения орбиты дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и криминальная травма (на каждую из перечисленных причин приходится по 40 % переломов). Нередко травмы являются следствием занятий спортом. К примеру, в Италии и Австралии на долю спортивного травматизма приходится 15–16 % переломов костей лица малоинвазивных методов в практической деятельности стоматолога-хирурга, что представляется крайне важным, учитывая высокую частоту болезней опорно-двигательного аппарата у врачей-стоматологов в структуре

профессиональной заболеваемости медицинских работников. С учетом вышеизложенного были определены цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: повышение клинической эффективности дентальной имплантации путем внедрения в практику интраоперационной навигации и контроля лечения.

Материалы и методы исследования. Методология динамического, проспективного исследования (prospective study), основанного на первичной информации (primary data studies), включала следующие зоны приложения:

- постановка проблемы (изучение возможности навигационной системы);
- построение предмета исследования как совокупности взаимосвязанных подпроблем;
- создание научной теории, объясняющей механизм формирования изучаемой проблемы.

На основании результатов исследования выполнена сравнительная оценка воздействия на костную ткань традиционных методов оперативного вмешательства и использование навигационных технологий и контроля лечения при проведении дентальной имплантации. На основании компьютерного моделирования, морфологического исследования охарактеризован процесс остеоинтеграции в зависимости от метода формирования ложа под имплантат, будет продемонстрировано, что применение нового метода формирования ложа под имплантат способствует: уменьшению травматического воздействия на кость; повышению точности формирования ложа; продемонстрирована наиболее высокая клиническая эффективность использования предложенных методов по сравнению с традиционными подходами при проведении дентальной имплантации у пациентов с частичной и полной вторичной адентией.

Заключение. Таким образом, предложен и апробирован на практике подход к имплантологическому хирургическому лечению больных с вторичной адентией на основе применения компьютерных технологий интраоперационной навигации и контроля лечения методов, что позволит объективно создать более благоприятные условия для регенерации кости и мягких тканей, улучшить течение послеоперационного периода и способствует повышению качества реабилитации пациентов с данной патологией.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Пулатова Б.Ж., Мукадасхонова М.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

На фоне широкого внедрения дентальной имплантации в стоматологическую практику, по данным ряда авторов, увеличивается частота осложнений на различных этапах стоматологической реабилитации пациентов с применением дентальных имплантат. Возросла также частота случаев неудовлетворенности пациентов качеством лечения, нередко последствия стоматологического лечения не соответствуют декларированным и ожидаемым

результатам, что в свою очередь способствует увеличению частоты конфликтов и судебных исков.

В качестве причин осложнений и неудовлетворительного качества лечения с использованием дентальной имплантации специалисты рассматривают в частности недостаточную профессиональную подготовленность специалистов к применению современных стоматологических методов диагностики и лечения, неудовлетворительную оснащенность лечебных учреждений инструментами, приборами и материалами для проведения лечения с помощью современных малоинвазивных технологий, а также отсутствие алгоритмов и стандартов применения такого рода методов на различных этапах имплантологического лечения.

Актуальной остается и проблема контроля послеоперационного заживления раны при дентальной имплантации. Ряд исследователей считают, что решению ее может способствовать применение минимально инвазивных хирургических вмешательств, которые, повышая возможность визуального контроля манипуляций, обеспечивают значительное уменьшение травматизации тканей.

К настоящему времени дентальная имплантология является фундаментально обоснованным подходом к лечению адентии, что способствует повышению клинической эффективности данного комплекса малоинвазивных методов и широкому их внедрению в практику современной стоматологии. Впервые использование микроскопической техники в стоматологии было описано в работах Apotheker H., Jako G. J. (1981), с этого времени микроскоп стал широко применяться в терапевтической стоматологии, эндодонтии и в пародонтологической практике. В последние десятилетия была продемонстрирована высокая клиническая эффективность применения микроскопической техники в дентальной имплантации. Однако на сегодняшний день в отечественной стоматологии практически отсутствуют сообщения о результатах комплексных клинико-экспериментальных исследований, посвященных сравнительной оценке клинической и экономической эффективности использования микрохирургических методов при проведении зубной имплантации у пациентов с частичной и полной вторичной адентией. Не проводились исследования, посвященные эргономическим аспектам применения комплекса

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ.

Рахматуллаева О.У., Эшонкулов Ш.Б., Хужаниезова Н. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

E-mail:shuxrat_b_eshonkulov@yahoo.com

В современной стоматологии большой интерес представляют результаты многочисленных клинических и экспериментальных исследований,

установивших взаимосвязь между изменениями в полости рта и патологией внутренних органов.

Актуальность. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов (в частности печени) и органов полости рта. Практика показывает, что болезненные процессы, развивающиеся в печени, в основном провоцируют органические и функциональные нарушения в слизистой оболочке полости рта и пародонте.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, имеющих сопутствующую патологию как гепатит А, В, С с воспалительными процессами в полости рта и челюстно-лицевой области после экстракции зубов по экстренным показаниям, в поликлинике хирургической стоматологии клиники Ташкентского Государственного Стоматологического Института за период 2017 – 2019 гг.

Материалы и методы. По архивным данным за 3 года (2017-2019 гг) на базе клиники взрослой хирургической стоматологии ТГСИ проведен статический анализ 78 историй болезни госпитализированных пациентов с гепатитами и 107 амбулаторных карт пациентов, имеющих сопутствующую патологию как гепатит А, В, С в возрасте от 19 до 55 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области различных локализаций с различными течениями.

Результаты.

1. Из проведенных статистических анализов следует, что с сопутствующей патологией гепатита выявлено: с гепатитом А 27 (36%) больных, с гепатитом В 34 (43.5%) больных, гепатитом С 16(20.5%) больных.

2. Распределение больных с гепатитом по осложнениям различной локализации и одонтогенными флегмонам челюстно-лицевой области составило 17 (22%) больных, с лимфаденитами 11 (14%) больных, периоститами 24 (31%) больных, альвеолитами 26 (33%) больных. Следовательно, за счет существования тесной функциональной связи между пораженными органами характерно зависимое течение заболеваний.

Заключение. Пациенты с сопутствующей патологией, а именно гепатитами в хронической форме, обладают плохим качеством здоровья зубов и десен в ротовой полости. Эта проблема требует дополнительного и дальнейшего изучения.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Садыкова Х.К, Эшмаматов И.А, Мухамедов И.Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
xirurgislombek@mail.ru*

Опухоли слюнных желез являются тем разделом клинической онкологии в котором по-прежнему остается много нерешенных вопросов. Это касается буквально каждого случая с которым сталкиваются патоморфологи и клиницисты. Опухолевая патология слюнных желез мало известна. Диагностика опухолей слюнных желез представляет значительные сложности. Основная проблема диагностики это решение злокачественности процесса. В

настоящее время хорошо разработаны критерии диагностики неопухолевых заболеваний слюнных желез. Описана ультразвуковая семиотика опухолевых заболеваний но нет четких дифференциально-диагностических признаков злокачественных и доброкачественных опухолей не достаточно изучены возможности соноэластографии.

Все выше сказанное говорит о том что поиск и разработка высокоинформативных неинвазивных и сравнительно недорогих методов диагностики опухолей слюнных желез является актуальной проблемой в современной онкологии.

Соноэластография повышает качество дифференциальной диагностики образований слюнных желез. СЭГ осуществлялось на аппарате HI Vision Prairies (Hitachi Vtdical Corporation) со встроенной программой эластографии с помощью датчика с частотой 5-13МГц (L74V, Hitachi). Эластографическое изображение получалось путем компрессии и декомпрессии с постоянной скоростью в направлении перпендикулярном исследуемой зоне. Выбирались оптимальные параметры давления на исследуемую зону в пределах стандартизированной шкалы заложенной в программе сканера. Эластическое изображение исследуемой области отображалось в виде наложения цветовой карты на изображение в В-режиме.

Нами было обследовано 30 пациентов с предварительным диагнозом опухоль слюнной железы. Из 30 пациентов 18 случаев коэффициент деформации не превысил 2.0 собственно ткани окрашивались в красно-зеленый паттерн. Этот показатель доказывает доброкачественную природу опухолей и больные были прооперированы в клинике челюстно-лицевой хирургии. У 4 пациентов коэффициент деформации колебался от 2.0 до 8.0 а ткани окрашивались в сине-зеленый паттерн. После хирургического вмешательства был поставлен диагноз плеоморфная аденома. Этот цветовой показатель характерен для переходящих тканей. У 8 пациентов коэффициент деформации превышал 8.0 и окружающие ткани окрасились в синий паттерн. Эти пациенты лечились в онкологическом диспансере с диагнозами-аденокарцинома и мукоэпидермоидный рак.

Вывод: Завершая изложение нашего исследования отметим что комплексная ультразвуковая диагностика с использованием эластографии является высокоинформативным методом исследования для определения опухолевого поражения слюнных желез для оценки распространенности опухоли и ее метастазирования дающие полные и наглядные сведения для определения прогноза заболевания и тактики лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ В ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Саидов Б.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Пьезохирургия— воздействие на костную ткань зубов при помощи потока энергии ультразвука. Энергия ультразвука в опытных руках хирурга-стоматолога, превращается в действенный инструмент для разрушения твердой

ткани без нанесения вреда слизистым оболочкам рта. Зубы, как раз, и состоят из этой твердой ткани. Очень важным становится то обстоятельство, что ультразвук, как бы, рассекает твердую ткань и после такой процедуры костная ткань не разрушается. Ультразвука это значит, что процедуры наращивания, после удаления зуба, можно будет легко избежать. Пьезохирургия основывается на использовании высокоточной аппаратуры, которая и позволяет воздействовать на стоматологические проблемы. Такого вида хирургия представляет собой достойную альтернативу механической экстракции зубов из ротовой полости

Удаление зуба ультразвуком – инновационная процедура, позволяющая избавиться от проблемного участка челюстного аппарата.

При помощи энергии ультразвука, могут удаляться абсолютно любые зубы. Однако следует помнить, что обычные операции, связанные с механическим удалением зубов, также бесспорно эффективны. Поэтому к использованию ультразвука прибегают в следующих ситуациях: Если пациент имеет определенные проблемы, связанные со свертываемостью крови. Если больной зуб пациента имеет неправильное, по отношению к другим зубам, расположение. Если пациент находится на определенном сроке вынашивания плода. Если росту зуба препятствует твердая костная ткань. Все эти случаи в стоматологической практике, являются абсолютным показанием к удалению зуба при помощи пьезохирургии. Следует также отметить, что метод применяется в детской стоматологии, поскольку дети чрезвычайно чувствительны к боли.

Неоспоримые преимущества стоматологического ультразвука:

- ❖ высокая точность действий;
- ❖ сниженная травмоопасность;
- ❖ сокращение периода реабилитации после процедуры;
- ❖ гарантия минимальных постпроцедурных проявлений (таких как отек, боли, кровотечение и пр.);
- ❖ быстрое время проведения операции;
- ❖ снижение риска распространения инфекции в обработанной области;
- ❖ возможность проведения работ в труднодоступных местах полости рта.

К преимуществам ультразвуковой процедуры относится следующее: Ультразвуковая указка способна дотянуться даже до самых труднодоступных мест в ротовой полости. Болевые ощущения пациента при процедуре сведены к минимуму и несопоставимы с теми ощущениями, которые пациент может испытывать при механическом способе удаления зуба. Ультразвуковая операция отличается малой кровоточивостью, что имеет важное значение при проведении её у пациентов с дополнительными заболеваниями, помимо стоматологических. Данный вид воздействия на костную ткань имеет небольшую продолжительность по времени. А это значит, что раны, как последствия операции, будут затягиваться значительно быстрее. Также большое значение имеет тот факт, что ультразвуковые волны имеют сильное

антисептическое действие Мягкие ткани ротовой полости после такой операции не страдают. При применении бормашины, наблюдается усиление сосудистого рисунка, как во время операции, так и после неё При такого рода воздействиях, снижается риск занесения инфекции в ротовую полость при операции. Ведь лазерная указка не соприкасается с мягкими тканями ротовой полости после ультразвуковой операции редко наблюдаются осложнения. При механическом способе извлечения зуба, такие осложнения неизбежны.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСТКОВИДНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

**Саидов Д.Д., Каршиев Ш.Ч., Каршиев Х.К., Эназаров Д.И.,
Нормуминов Ф.П.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт и ООО
«Happy life medical centre» г.Ташкент
saidovdiyorb@gmail.com*

Совершенствование методов лечения больных с гнойно-воспалительными осложнениями. челюстно-лицевой области перенесших Ковид-19 относятся к особой группе заболеваний, характеризующейся распространенностью, тяжестью клинического течения и грозными осложнениями. Решение ее возможно лишь при углубленном изучении влияния патологического процесса на различные показатели гомеостаза. Врачу чрезвычайно важно иметь объективные критерии оценка активности заболевания и степени вызываемых им изменений в организме больного. Непредсказуемость течения и исхода этого тяжелого заболевания особенно ярко проявляется в последние 2 года, что, по мнению исследователей связано с нарушением некоторых показателей гомеостаза .

Однако мы не встретили работ содержащих анализ комплексов показателей который позволил бы выяснить наиболее информативные из них для оценки состояния больных с гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области перенесших тяжелые формы Ковид-19 на фоне сахарного диабета.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 16 больных (14 мужчин и 2 женщин) в возрасте от 35 до 64 лет, госпитализированных по поводу осложненного гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области после перенесенного Ковид-19. У 8 больных (50 %) была выявлено сопутствующее заболевание инсулинозависимая форма сахарного диабета. При этом клиническая картина у них характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в челюстно-лицевой области, оголением пораженных костных тканей, без явных признаков интоксикации.

Методика обследования включало: определение концентрации лейкоцитов (WBC), нейтрофилов: палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы (%) , моноциты (%) , лимфоциты (%), эритроциты

(RBC), концентрация гемоглобина (HGB), гематокрит (HCT), средний объем эритроцита (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), ширина распределения эритроцитов - коэффициент вариации (RDW-CV), тромбоциты (PLT), тромбокрит (PCT), средний объём тромбоцитов (MPV), анизоцитоз тромбоцитов (PDW), скорость оседания эритроцитов (ESR), время свертывания крови.

Наряду с этими были определены глюкоза в крови, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаргатаминотрансфераза (АСТ), общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, мочевины, креатинин.

Из коагулограммы: протромбиновое время, П.Т.И. (время по Квику), МНО (Международное нормализованное отношение) фибриноген, тромбиновое время (сек), А.Ч.Т.В (сек), А.Ч.Т.В (Активированное частичное тромбопластиновое время (А.Ч.Т.В соотношение)), группы крови и резус-фактор. Всего выполнены 560 исследований крови на автоматических анализаторах «Merilyzer» (Индия), ERBA ECL 412 и ERBA ELITE 3 (Чехия).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализы полученных данных показали что у одного больного было отмечено повышение концентрации эритроцитов до $5.29 \cdot 10^{12}/л$ и лейкоцитов до $10.07 \cdot 10^9/л$. При этом было отмечено повышение концентрации сегментоядерных нейтрофилов до 78%. У трёх отмечено снижение концентрации моноцитов до 1%. У двух больных исследования содержания гемоглобина в крови показала их снижение до 102 г/л. Отмечено повышение концентрации тромбоцитов крови у трёх больных от 409 до $498 \cdot 10^9/л$. У двух больных выявлено повышение скорости оседания эритроцитов до 23 мм/ч. При дальнейших исследованиях у восьми больных обнаружено повышения концентрации сахара в крови от 9.9 до 26.6 ммоль/л. Исследования содержания АЛТ показало, что только у одного больного отмечена повышения его концентрации до 88.2 U/L, а при исследования концентрации АСТ у двух больных наблюдался повышение его содержания в крови от 36.8 до 68.3 U/L. При исследовании параметров коагулограммы у одного больного было отмечено повышение содержания фибриногена в крови до 535 мг/л. Исследование группы крови и резус фактора показала, что, у семи больных отмечено третья группа крови и только лишь у одного больного вторая группа, у всех восьми больных отмечено положительный резус фактор.

Таким образом на основании проведенных исследований установлена повышение концентрации эритроцитов, лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, тромбоцитов, СОЭ, АЛТ, АСТ, снижение концентрации моноцитов и гемоглобина. Определение этих показателей позволяет своевременно оценить состояния организма и дает возможность коррегировать проводимое комплексное лечение и судить о динамике выздоровления больного.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ЭКЗОСТОЗАХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Сафаров М.Т., Хусанбаева Ф.А., Азизова Ш.А.

Актуальность темы. От 15 до 46% пациентов в возрасте 45-70 лет нуждаются в изготовлении полных пластиночных съемных протезов. Одним из факторов, непосредственно влияющих на фиксацию полного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти, является состояние слизистой оболочки протезного ложа. Проведено изучение хирургической, ортопедической и физиотерапевтической подготовки тканей беззубого протезного ложа нижней челюсти, а также их комбинации. Из известных методов заслуживают внимания способы пластики альвеолярной части нижней челюсти и увеличение объема мягких тканей беззубого протезного ложа методом Plasmolifting.

Цель исследования. Клинико-функциональная оценка эффективности применения плазмолифтинга при экзостозах челюстей на этапах подготовки протезного ложа для съёмного протезирования.

Методы исследования . 1. Стоматологический (стоматоскопия, определение болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта по Воронову). 2. Микробиологическое исследование. 3. ЛДФ-метрия. 4. Статистические исследование.

Материал и методы исследования. Клиническая часть работы выполнена на основе обследования и лечения 86 пациентов в возрасте от 25 до 61 лет, без фоновой патологии. Из них 46 женщины и 40 мужчины.

Для проведения исследования планируется обследовать 44 больных с включёнными малыми дефектами зубных рядов: 1 группа – 46 больных с полным отсутствием зубов, которым была проведена операция удаления экзостозов; 2 группа – 40 пациентов с полным отсутствием зубов, которым была проведена операция удаления экзостозов с применением плазмолифтинга. Метод обуславливает инъекционного введения плазмы, богатой тромбоцитами, в десневую ткань пациента. Тромбоцитарная плазма, используемая при проведении плазмолифтинга, благодаря факторам роста (PDGF, PDAF, TGFb, IGF, EGF, PD-ECGF) вызывает прорастание капилляров, нормализует гемодинамику, тканевое дыхание, увеличивают регенеративные свойства ткани, ускоряют обменные процессы и рост капиллярной сети.

В результате исследования авторами были получены экспериментальные данные о наиболее рациональном использовании «плазмолифтинга» при лечении заживающих ран в области удалённых зубов различной выраженности и протяжённости.

Вывод. Для улучшения, заживления костных, мягких тканей после удаления экзостозов челюстей хорошие клинические результаты получены при применении метода плазмолифтинга. Метод плазмолифтинга в предортопедической подготовки протезного ложа для дальнейшего съёмного протезирования.

ОЦЕНКА ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Свиридов Е.Г, Левкина А.О, Изотов О.И, Сорокина М.С, Дробышев А.Ю

*Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова*

Dr.Levkina@yandex.ru

Актуальность. Подбородок играет эстетически важную роль в гармонии лица. [4] Лицо - это гармония и симметрия каждого сегмента, это лицо отличает прежде всего совокупность плавных линий и рельефов, а также физиологически правильно распределенные объемы мягких тканей[1],[5].

На данный момент эталоном оказания медицинской помощи пациентам с врожденными аномалиями и деформациями челюстей являются комплексные хирургические методы коррекции эстетических параметров средней и нижней трети лица при ортогнатических операциях, с проведением остеотомии, липосакции или липофилинга проблемных зон[2]. Хирургическим этапом лечения является ортогнатическая операция в сочетании с остеотомией подборочного отдела нижней челюсти, горизонтальная (скользящая) остеотомия подбородочного отдела, «chin-wing» [3].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с врожденными аномалиями и деформациями челюстей с применением хирургических методов коррекции нижней трети лица.

Материалы и методы. На базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено цефалометрическое и фотометрическое обследование 100 пациентов с врожденными аномалиями и деформациями челюстей до и после ортогнатической операции. Из них 98 пациентам была проведена остеотомия подбородка, как этап ортогнатической операции. В исследуемую группу вошло 60 пациентов, которым проводилось КЛКТ- исследованием челюстно-лицевой области до и после операции (6 месяцев).

Две исследуемые группы мужчины и женщины, были разделены на 4 подгруппы по форме скелетной аномалии и деформаций челюстей. Количество мужчин со II скелетным классом- 11, с III скелетным классом- 16. Количество женщин со II скелетным классом- 15, с III скелетным классом- 12.

Оценка эстетических параметров лиц пациентов до и после проведения операции проводилась по значениям выбранных параметров Arnett/McLaughlin в программе Dolphin Imaging®: длина верхней и нижней губы, высота нижней трети лица, высота лица, толщина верхней губы, толщина нижней губы, толщина мягких тканей подбородка, лицевой угол, высота от подбородка до носа, высота от нижней губы до верхней губы, параметры подбородка, высота от нижней губы до подбородка. .

Полученные данные анализировали путем расчета изменений лицевых параметров и максимальному приближению результатов после операции к предоперационному планированию по выбранными нами параметрами Arnett/McLaughlin.

Сравнение значений показателей до и после лечения выполняли на основе парных критериев. Поскольку для всех признаков разность отклонений от нормы до и после лечения (т.е. показатель AN показатель BN) имеет нормальное распределение на уровне значимости 0,05 (проверка выполнена с помощью критерия Шапиро-Уилка в ПО Jamovi), для анализа используется параметрический парный t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования. За счет хирургической коррекции нижней трети лица у пациентов с врожденными аномалиями и деформациями челюстей, происходит нормализация выбранных нами лицевых параметров: длина верхней и нижней губы, высота нижней трети лица, высота лица, толщина верхней губы, толщина нижней губы, толщина мягких тканей подбородка, лицевой угол, высота от подбородка до носа, высота от нижней губы до верхней губы, параметры подбородка, высота от нижней губы до подбородка, изменения которых, обусловлены перемещением подбородочной части нижней челюсти.

По данным результатам, в группе женщин на уровне значимости $p \leq 0,005$ выявлены статистически достоверные различия до и после лечения: длина верхней и нижней губы до операции составляли 182.5 мм, после операции 218.2мм, при значении нормы 223.0 мм.

Высота нижней трети лица до операции составляла 42.6 мм, после операции 68.5.0 мм, при значении нормы 71.1мм. Толщина мягких тканей подбородка до операции составляла 17.4 мм, после операции 11.3 мм, при значении нормы 11.8 мм.

По данным результатов, в группе мужчин на уровне значимости $p \leq 0,005$ выявлены статистически достоверные различия до и после лечения: длина верхней и нижней губы до операции 239.2мм, после операции 218.0 мм, при значениях нормы 223.0мм. Высота лица до операции 130.4мм, после операции 137.2мм, при значении нормы 138.0мм. Толщина мягких тканей подбородка до операции 17.8мм, после операции 14.1мм, при значениях нормы 13.5мм.

В ходе данного исследования, выяснилось что проведение предоперационного планирования хирургической коррекции нижней трети лица, дает возможность получить высокие эстетические результаты.

Заключение. Таким образом, составление индивидуального алгоритма планирования хирургической коррекции нижней трети лица у пациентов с врожденными аномалиями и деформациями челюстей дает прогнозируемые результаты. Планирование хирургической коррекции нижней трети лица у пациентов со II и III скелетными классами, также позволяет достичь максимально высокого эстетического результата, за счет проведенного комплексного лечения у данных пациентов происходит нормализация ключевых морфометрических параметров, изменения которых обусловлены перемещением подбородочной части нижней челюсти.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО НАВИГАЦИОННОГО ШАБЛОНА ДЛЯ МЯГКОТКАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Ткаченко Э.Д., Степанов А.Г., Апресян С.В.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов (Москва)

Tkachenko1607@gmail.com

Актуальность. В современной стоматологии, пациенты от врача-стоматолога ожидают не только качественного воссоздания функции полости рта, но и предъявляют высокие требования к эстетическому результату проведенного лечения.

По данным ВОЗ, одна из частых причин обращения за стоматологической помощью является желание переделать ранее проведенное стоматологическое лечение с целью улучшения эстетического вида зубов. Основным критерием эстетического результата лечения является достижение гармонии «белых» и «розовых» структур полости рта. В достижении данных задач серьезное развитие получила пародонтальная пластическая хирургия с использованием десневых трансплантатов. Пересадка десневых трансплантатов в полости рта преследует следующие цели: увеличение зоны кератинизированной десны и увеличение объема мягких тканей с конечной целью — достижение эстетической улыбки.

Эстетический результат может быть достигнут, как с помощью качественной реставрации, так и посредством грамотно созданного профиля мягких тканей, что наиболее важно в зоне улыбки. Для этих целей в стоматологической практике применяется множество хирургических методик по работе с мягкими тканями.

При проблемах тканей пародонта, связанных с мелким преддеверьем полости рта, наличием слизистых тяжей, либо низко прикрепленных уздечек, утратой кератинизированной прикрепленной десны а так же рецессий десны, наиболее часто применяемой и самой результативной методикой является вестибулопластика с апикальным смещением лоскута и пересадкой свободного десневого трансплантата.

При проведении вестибулопластики с пересадкой свободного десневого трансплантата, донорская ткань забирается с твердого неба пациента и пересаживается в заранее сформированное реципиентное ложе. Забор трансплантата происходит по приблизительным параметрам. Сложность в заборе указанного трансплантата заключается в близком расположении сосудисто-нервного пучка и соответственно, вероятности его повреждения, а также, в формировании формы и толщины трансплантата и его адаптации к операционному ложу. Зачастую забирается фрагмент, больший по размеру, чем само реципиентное ложе, и адаптируется под ложе в полости рта путем подрезания и придания более точной формы. Такой метод является чрезмерно травматичным и ведет к более тяжелому послеоперационному восстановлению, и как следствие негативному опыту у пациентов.

В современной стоматологии очень важную нишу заняли цифровые технологии, которые за последнее десятилетие охватили уже практически все отрасли стоматологии. В хирургической стоматологии наиболее востребованными являются навигационные хирургические шаблоны, позволяющие сократить время операции и минимизировать послеоперационные осложнения. На сегодняшний день, также известны хирургические шаблоны для коррекции маргинальной десны и проведения резекции верхушки корня. Однако, ни в одном научном источнике мы не смогли найти информацию о существующих навигационных конструкциях, применяемых для забора аутотрансплантата с донорской зоны.

В связи с этим, существует необходимость разработки и клиническое обоснование эффективности навигационных шаблонов, изготовленных с применением современных цифровых технологий, что является перспективным и актуальным направлением в стоматологии.

Материал и методы. При разработке конструкции навигационного хирургического шаблона, используемого в операции вестибулопластики, нами был проведен информационный анализ информационных источников. В качестве информационных источников выбраны базы международных и отечественных электронных библиотек.

Наиболее близкими к разрабатываемой конструкции явились: Способ создания медицинского шаблона на основе информации о цифровом изображении части тела (части челюсти, всей челюсти, зубов, кости, других тканей организма) (патент на изобретение РФ №2369354, МПК: А61С 8/00). Шаблон представляет собой позиционирующую деталь, временно устанавливаемую на часть тела (кость, слизистую полости рта, зубы, ортопедическую конструкцию и т.д.), для проведения хирургической операции, например, дентальной имплантации, в частности для точного сверления через нее отверстий в кости для последующей установки имплантатов. Таким образом, медицинский шаблон указывает направление, место и глубину сверления отверстия в кости для последующей установки в него имплантата. Для создания медицинского шаблона получают цифровое изображение части тела, например, челюсти, в частности, сделанное при помощи сканера компьютерной томографии или любого другого устройства обработки цифрового изображения, например, магнитно-резонансного томографа. Далее полученную информацию о цифровом изображении части тела направляют в блок обработки данных. Кроме того, в блок обработки данных направляют цифровую информацию о функциональном элементе в создаваемом медицинском шаблоне, например, сквозном отверстии, через которое в момент хирургической операции производят сверление в кости с полезной функцией, указывающей место и направление сверления. Затем полученную цифровую информацию преобразуют с помощью блока обработки данных в виртуальную модель с возможностью добавления к ней, по меньшей мере, одного функционального элемента с полезной функцией в качестве функции цифровой информации - положение будущего имплантата в кости челюсти, положение оси сверления и т.д., при этом данная цифровая информация об этом

функциональном элементе может быть использована как из внешних источников, так и получена из блока обработки данных. После этого обработанные данные направляют в устройство прототипирования, которое создает медицинский шаблон, по крайней мере, часть которого показывает профиль некоторых частей тела. При этом для одного варианта осуществления способа цифровое изображение области указанной части тела получают при наложении на нее дополнительного функционального элемента, обладающего рентгеноконтрастными свойствами, часть поверхности которого представляет собой отпечаток поверхности указанной части тела. Для второго варианта делают слепок области указанной части тела, по сделанному слепку отливают модель указанной части тела, путем сканирования получают цифровое изображение полученной модели, а виртуальную модель медицинского шаблона формируют по цифровому изображению модели, которое отображает поверхность исследуемой области без искажения от влияния помех, вызванных металлическими объектами, и с возможностью точного выделения границы тканей.

Приведенные в качестве аналогов навигационные шаблоны используются в операции дентальной имплантации и их невозможно применить для забора десневого трансплантата.

Наиболее же близким к предлагаемому нами устройству явился шаблон для коррекции десны изготавливаемый методом компьютерного моделирования и прототипирования и представляющий собой назубную капу с отверстиями в оперируемой зоне по форме соответствующей форме, планируемой красной эстетической линии.

Задачей нашего изобретения стало создание направляющего шаблона для программированного атравматичного забора свободного десневого трансплантата необходимого в лечении болезней тканей пародонта и переимплантитов.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа информационных источников нами была предложена следующая конструкция.

Направляющий шаблон представляет собой монолитную капу, изготовленную методом компьютерного моделирования и аддитивного производства из биоинертного медицинского полимера по объемной модели верхней челюсти пациента полученной соединением данных компьютерной томографии и оптического сканирования челюсти, при этом направляющий шаблон выполнен с возможностью перекрытия зубов с вестибулярной стороны на уровне клинических экваторов и полностью перекрывает небо. Кроме того, направляющий шаблон на небной поверхности в позиции премоляров и моляров имеет отверстие, форма которого определена на этапе клинического планирования операции и соответствует геометрии операционного поля. При этом толщина стенок направляющего шаблона по контуру отверстия соответствует толщине слизистой оболочки пациента, определенной по данным компьютерной томографии и сканировании челюсти, и выполнена с возможностью регулирования глубины погружения лезвия скальпеля в

донорской зоне, ограничивая его погружение в мягкие ткани неба по всему периметру.

Перекрытие шаблоном зубов с вестибулярной стороны до уровня клинических экваторов обеспечивает его надежную фиксацию, что необходимо для точности проведения разреза. Соответствие геометрии формы отверстия в шаблоне для забора свободного десневого лоскута геометрии операционного поля, обеспечивает атравматизм операции и сокращение время ее проведения за счет отсутствия необходимости адаптировать лоскут к оперируемому участку. Также, сокращение времени проведения операции и атравматизм манипуляции обеспечивается программированной глубиной погружения лезвия скальпеля регулируемой толщиной стенок шаблона по краю отверстия. Описанные преимущества предлагаемого устройства обеспечиваются высокоточным методом изготовления шаблона – компьютерного моделирования на оптической модели челюсти полученной соединением данных компьютерной томограммы и сканирования челюсти, а также аддитивной технологией изготовления - 3D-печатью. Снижению воспалительных явлений в послеоперационном периоде способствует использование в качестве конструкционного материала биоинертного медицинского полимера.

Заключение. Разработанные в процессе проведенного исследования клинического протокола операции вестибулопластики с использованием цифровых стоматологических технологий моделирования и производства позволят создать индивидуальный шаблон для пациента по форме и размеру реципиентного ложа, который будет надежно фиксироваться за счет ретенционных накладок на зубы верхней челюсти и задавать глубину забора трансплантата. Таким образом, забор донорской ткани сможет осуществляться строго в необходимых объемах без необходимости дальнейшей адаптации трансплантата все полости рта, что заметно укоротит время проведения хирургической процедуры и сделает операцию менее инвазивной.

Результатом проведенного исследования был получен патент РФ (№2369354) на изобретение «Направляющий шаблон для забора свободного мягкотканого трансплантата десны».

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА

Тўйчиев О.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Рак полости рта (РПР) представляют собой ЗНО, развивающееся, из элементов неороговевающего эпителия, слизистой оболочки в следующих анатомических структурах: щек, нёба, десен, дна ротовой полости, языка. Граница между полостью рта анатомически проходит по нёбно-язычным дужкам, нёбному язычку и желобовидным сосочкам корня языка. Всё это обуславливает сложность топической диагностики при выборе лечебных подходов.

В мире ЗНО ОФР представляют одну из глобальных проблем, в виду увеличения этой патологии, особенно среди мужского населения планеты. В

структуре опухолей головы и шеи рак полости рта занимают четвертое место по заболеваемости и второе по смертности.

Несмотря на совершенствование методов диагностики и доступность опухолей данной локализации для визуального осмотра, более 2/3 больных к моменту установления диагноза имеют III–IV стадию заболевания.

Цель исследования: Совершенствование и улучшение результатов лечения рака полости рта с изучением иммунологических особенностей.

Материалы и методы. Общеклинические исследования

1. Специальные исследования
2. Сонография, МСКТ, МРТ
3. Гистологические исследования
4. Цитологические исследования

Результаты и их обсуждение.

определены уровни иммунологических маркеров CD3+, CD4+, CD8+ у больных с раком полости рта;

- использование модифицированного метода мандибулотомии у больных раком полости рта приводит к уменьшению послеоперационных гнойных осложнений, улучшает качества жизни с увеличением выживаемости;

Выводы. разработан и внедрен способ мандибулотомии у больных раком полости рта, который позволяет снизить количество возникающих послеоперационных осложнений, тем самым увеличивает эффективность проведенного лечения, обеспечивающего высокое качество жизни и выживаемость больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ-ШЕИ

Убайдуллаев Х. А.

*Свободный соискатель кафедры стоматологии, детской стоматологии,
ортодонтии ЦРПКМР*

Актуальность. Комплексная реабилитация больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области ныне приобретает особую актуальность в связи с всё более эффективным применением средств радикального лечения, например, комплексного с использованием лучевого, химиотерапевтического, гипертермического и ортопедического воздействия, позволяющих увеличить продолжительность жизни пациентов

Цель исследования. разработка и внедрение метода сложного протезирования при реабилитации после хирургического лечения больных со злокачественными опухолями в области головы-шеи и челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдения над 157 онкологическими больными с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области. Было произведено распределение больных по полу и возрасту, по стадиям заболевания, по локализации заболевания и

гистологическому строению опухоли. Определение клинической картины дефектов позволяло подойти к выбору метода их устранения.

Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были распределены на 3 клинические группы: 1-группа - больные с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти - 91 человек; 2-группа - больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях - 53 человека; 3-группа - больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти - 13 человек;

Больные первой и второй группы имели наиболее благоприятные условия для фиксации съемных протезов с obturatorом. Больные же третьей группы находятся в крайне неблагоприятных условиях для фиксации и стабилизации съемных протезов с obturatorом на мягких тканях лица.

Вышеупомянутый метод исследования позволяет восстановить утраченные функции полости рта, сохранить внешний вид больного, создает условия для получения лучших косметических результатов и способствует возвращению пациентов к нормальной жизни после проведения комплексной реабилитации.

Результаты. Применение комплекса лечебных мероприятий позволило:

- повысить эффективность сокращения сроков реабилитации;
- улучшить качество жизни онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области после протезирования;
- увеличить продолжительность жизни больного
- улучшить психо-эмоциональное состояние больных

Заключение. При комплексной реабилитации больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области восстанавливаются потерянные функции (жевание, глотание и речь) и устраняются косметические дефекты лица больного до 80% по шкале ECOG и по индексу доктора Карновского, и улучшается качество жизни и психо-эмоциональное состояние больного.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Убайдуллаев Х.А., Гафур-Ахунов М. А., Гаффаров С.А.

Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение в связи с тем, что продолжительность жизни после проведенного лечения неуклонно возрастает. Поэтому разработка вопросов повышения эффективности не только хирургического, но и реабилитационного и ортопедического лечения данной категории больных имеет актуальное значение.

Цель исследования: разработка и внедрение метода сложного протезирования при реабилитации после хирургического лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования: для достижения цели и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдения над 107 онкологическими больными с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которые применяли различные методы протезирования в клинике Республиканского Онкологического Научного Центра и Ташкентского Института Усовершенствования Врачей. Материалом исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты. Кроме обычных методов клинического исследования были использованы методы изучения влияния сложно-челюстного протезирования в сочетании с лучевой терапией, химиотерапии с локальной на слизистую оболочку полости рта, иммунологическую реактивность и психоневрологическую резистентность организма.

1. Распределение больных по полу и возрасту.
2. Распределение больных по стадиям заболевания.
3. Распределение больных по локализации заболевания и гистологическому строению опухоли.

Определение клинической картины дефектов позволяло подойти к выбору метода их устранения.

Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были распределены на 3 клинические группы:

1-группа - больные с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти - 68 человек 2-группа - больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях - 53 человека;

3-группа - больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти - 13 человек. Усовершенствована реабилитация онкологических больных со злокачественными опухолями с дефектами челюстно-лицевой области методом 3-х этапного сложного челюстно-лицевого протезирования.

Разработан метод сложного челюстно-лицевого протезирования после комплексного лечения с применением химия-лучевой терапии Психофармакологический и Психологической воздействия больным.

Разработана усовершенствованная методика сложного протезирования трудоспособным пациентам, позволяющая приступать к активной трудовой деятельности через 12-13 месяцев после радикального лечения.

Применение комплекса лечебных мероприятий позволило:

- повысить эффективность сокращения сроков реабилитации;
- улучшить качество жизни онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области после лечебной реабилитации (протезирования);
- увеличить продолжительность жизни больного.

Применение лечебной психофармакологической и психосоциальной реабилитации онкологических больных со злокачественными опухолями стабилизирует качество жизни больного в обществе людей.

Вывод: при комплексных реабилитациях больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области восстанавливаются

потерянные функции (жевание, глотание и речи) и устраняется косметические дефекты лица больного до 80 - 85% по шкале доктора Корниевского, и улучшается качество жизни и психологическое состояние больного.

**СУРУНКАЛИ МАҲАЛЛИЙ ВА ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТ
ҲАМДА СУРУНКАЛИ МАҲАЛЛИЙ ПЕРИИМПЛАНТИТНИ НОН-
ИНВАЗИВ ЛАНАП(ЛАСЕР АССИСТЕД НЕУ АТТАЧМЕНТ
ПРОСЕДУРЕ), ЛАПИП(ЛАСЕР АССИСТЕД ПЕРИ-ИМПЛАНТИТИС
ПРОСЕДУРЕ) ЛАЗЕР НУРЛАРИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ
Фасихиддинов Ж.С.**

*Тошкент давлат стоматология институти
jaloliddin.fasixiddinov@gmail.com*

Мақсад: ҳар хил турдаги (диод, карбонат ангидрид асосли (CO₂), неодий-иттрий асосли(Нд:ЙАГ)) лазерларни пародонтит ва перимплантитларга таъсирини органиш

Материал ва методлар: Нд:ЙАГ, 810нм диоде ласер. Нопертатив перимплантит ва пародонтал чўнтак терапияси.

Натижалар ва муҳокамалар: Югнанинг гистологик текширувлари шуни тасдиқлайдики, ЛАНАП муолажасини олган беморларда регенерация жараёнларини бўлиши ва янги бириктурувчи тўқима ва сементнинг ҳосил болиши ва алвеоляр суякни регенерацияси кузатилган. Невинс томонидан нашр қилинган клиникал натижалар шуни кўрсатадики ЛАНАП муолажасини олган беморларда 73%га камайганини ва тиш ва милк ўртасидаги боғламларнинг 53% яхшиланганини аниқланди. ЛАПИП технологиясини қўллаган беморда 9 ойдан сўнг 8-9 мм қонайдиган патологик чўнтакни 3ммгача қонамайдиган ҳолатга 7 ойдан сонг йетишмаётган суякнинг тикланганини аниқланди. Қуйидаги рентгенологик тасвирлар шуни тасдиқлайди.

Хулоса: ҳозирги кунда актуал бўлиб келаётган касалликлар пародонтит ва перимплантит касалликларни нооператив даволаш катта аҳамият касб этади. ЛАНАП ва ЛАПИП технологияларнинг антибактериал ва регенератив хусусиятлари ва юқори даярадаги ефекти бу технологияни катта афзаллари борлигини тасдиғидир. Аммонинг бу технологиянинг энг катта камчилиги унинг нархидир.

**ТЎЛИҚ РЕТЕНЦИЯГА УЧРАГАН ТИШЛАР ОЛИНГАНДАН СУНГ
ЮЗАГА КЕЛАДИГАН ЖАҒ СУЯГИНИНГ АТРОФИЯСИНИ ОЛДИНИ
ОЛИШ**

Фозилов М.М., Бекмуров.Б.Б.

*Тошкент Давлат Стоматология Институти
E-mail: bekmurovboymurod@gmail.com.*

Долзарблик. Ҳозирга келиб жуда кўплаб тиш чиқиш аномалиялари кузатилмоқда. Ретенцияга учраган тишлар бу аномалияларнинг бир қисми хисобланади. Ретенцияга учраган тишлар билан боғлиқ жуда кўплаб асоратлар юзага келади, бу ҳолатлар тишларни олишдаги алоҳида жаррохлик ёндашувини талаб қилади. Ретенцияга учраган тишларни олиб ташлаш огиз бушлиғи

соҳасида кенг тарқалган мураккаб операция хисобланади. Тишлар олингандан сўнг 7-10 кун беморларни юз-жағ соҳасида шиш, оғриқ қийнайди. Шу билан бирга тишлар олинган соҳа яъни суякларда катта бўшлиқ ҳосил бўлади. Бу бўшлиқни ёпиш мақсадида беморларга куплаб кальций сақловчи препаратлар буюрилади. Беморларда иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида тиш олинган соҳага бевосита препарат стимул-осс ҳамда тиш олиш жараёнида олинадиган суякни биргаликда қўллаш самарадорлигини ўрганиш қизиқиш уйғотади. **Мақсад.** Ретенцияга учраган тишлар олингандан сўнг жағ суягида ҳосил бўладиган бўшлиқни тез ва сифатли битишини таъминлаш ҳамда алвеоляр суякда атрофияни олдини олиш. **Тадқиқот усуллари ва материаллари.** Тадқиқот ТДСИ жаррохлик стоматологияси ва денгал импланталогия кафедрасида олиб борилди. Клиник текширув усуллари, рентгенологик текширув усули (3D-рентгенография, ортопантомограмма) ва ультра-товушли денситометрия текширув усули колланилади. Ўқув адабиётлари, илмий-тиббий нашрлар тахлили билан ўтказилади. 20 сони беморни ўрганилди. **Натижа ва Муҳокама.** Клиник маълумотлар назорат гуруҳи (25-40 ёшдаги 10 бемор) ва асосий гуруҳ (25-40 ёшли 10 бемор) ўртасида аниқ фарқлар йўқлигини кўрсатади. Операциядан кейинги давр муаммосиз ўтди. Кейинчалик, остеопластик материалларни жойларида клиник жиҳатдан зич еластик консистенсияга ега инфилтрат аниқланди. Кейин, 3-6 ой ичида филтратнинг остеофитга айланиши аниқланди, уларнинг ўлчамлари таққослаш гуруҳларида фарқланади. Иккинчи (асосий) гуруҳда аниқроқ ижобий ўзгаришлар, етарли зичликдаги янги ҳосил бўлган суякнинг пайдо бўлиши аниқланди. Клиникада олинган маълумотлар рентген текшируви ва КТ маълумотлари натижалари билан тасдиқланган. Остеопластик терапиядан сўнг 3 ва 6 ой ичида қизиқиш жойларида янги ҳосил бўлган суякнинг жойлари аниқланди, улар нозик ҳалқали тузилишга ега ва минерализация даражаси ошган. Бу ҳодисалар иккинчи (асосий) гуруҳда кўпроқ намоён бўлди.

Хулоса. Тулик ретенцияга учраган тишлар олинган вақтда ажратиб олинган ауто кост ва стимул-осс препаратини куллаш йукот самарадорлик беришини аниқланди.

РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИЕ ПЕРИМПЛАНТИТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАРОДОНТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хаджиметов А.А., Дусмухамедова Д.К., Дусмухамедов М.З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

dr.dilshod_88@mail.ru

Основная цель данного исследования направлена для оптимизации профилактики и лечения тромборезистентности эндотелия сосудов у больных хронической генерализованной пародонтитом сочетанной кардиоваскулярной патологией в развитие периимплантита при подготовке их к дентальной имплантации. На наш взгляд, изменения, происходящие при данной сочетанной патологии, способны усугублять гемореологические изменения, характерные для атеросклероза.

Целью настоящего исследования явилось, оценить характер функционального состояния сосудистой стенки у пациентов с хроническим пародонтитом сочетанной с патологией кардиоваскулярной системы в развитии периимплантита. В связи с вышеизложенным была проведена серия клинико-лабораторных исследований у больных ХГП сочетанной кардиоваскулярной патологией по апробации использования в комплексной терапии препаратов системного действия; аторвастатин, клексан, анаэробоцидннй средство и хондропротектор.

Материал и методы исследования. Обследованы 74 пациентов, из них: I- группа (14 пациентов) с хронической генерализованной пародонтитом средней степени тяжести, II-группа (26 пациентов) с хронической генерализованной пародонтитом сочетанной заболеванием кардиоваскулярной системы и III- группа (34 пациентов) с хронической генерализованной пародонтитом сочетанной заболеванием кардиоваскулярной системы с частичной вторичной адентией с (отсутствием 1-2-х зубов, длительность существования дефекта зубных рядов до 1 года), за 14 дней до дентальной имплантации.

Результаты исследования. Использование клексана в комплексном лечении обеспечивало *улучшение* антитромбогенных свойств сосудистой стенки. Об этом свидетельствовало повышение индексов антикоагулянтной и фибринолитической активности сосудистой стенки по сравнению с величинами в группе пациентов, не получавших комплексную терапию. Полученные в работе данные свидетельствуют о недостаточной эффективности традиционных методов лечения ХГП сочетанной патологией кардиоваскулярной системы воспалительно - деструктивных процессов в тканях пародонта, не позволяющих предотвратить нарушений тромборезистентности эндотелия сосудов и микроциркуляторных расстройств.

Заключение. Проведенная работа позволило сформулировать новые принципы патогенетической терапии ХГП сочетанной заболеванием кардиоваскулярной системы с использованием противовоспалительной, антикоагулянтной терапии, а также предотвратить деструктивных изменений в костной ткани пародонта, что раскрывает новые возможности диагностики и профилактики осложнений после дентальной имплантации.

РОЛЬ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Хаджиметов А.А., Юлдашев А.А., Дусмухамедов Д.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

dr.dilshod_88@mail.ru

Актуальность. Проявление и прогрессирование признаков пародонтита зависит от многих обстоятельств, включающих наличие соматических заболеваний, социальные, поведенческие, системные, генетические факторы, микробный состав зубного налета и другие индикаторы, и факторы риска. Важным обстоятельством, влияющим на тяжесть течения генерализованного пародонтита, является рост общесоматической патологии, в частности

патологии сердечно-сосудистой системы протекающий при постоянном присутствии разнообразных ассоциаций микроорганизмов в ротовой полости. Необходимо отметить, что *P.gingivalis* в качестве питания в воспалительном экссудате (зубодесневая жидкость) использует гемин (продукт распада гемоглобина). При гингивите, за счет распада эритроцитов происходит повышение уровня свободного гемоглобина, который используется в качестве пищи для возбудителя гингивита. Свободный гемоглобин, при этом должен захватываться специфическим гликопротеином- гаптоглобином, так как, свободный гемоглобин пагубно воздействует на тромбоциты и активирует систему гемокоагуляции.

Цель. Изучить особенности показателя гаптоглобина в крови у обследуемых лиц.

Результаты исследования и их обсуждение. В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 3 группы: I группа — 50 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне АГ и ИБС, II группа -34 пациентов с ХГП на фоне АГ и ИБС сочетанной адентией, находящихся на этапах лечения по поводу ССЗ, III группа - 25 пациентов с патологией пародонта (ХГП), без заболеваний сердечно-сосудистой системы. В I группе пациентов показатель гаптоглобина на 41,5 % ниже показателей группы сравнения, тогда как у пациентов 2 группы она снизилась на 56% при сравнение с показателями группы сравнения. Следовательно, увеличение свободного гемоглобина в крови активирует синтез печенью гаптоглобина для связывания свободного гемоглобина у больных сочетанной формой заболевания и образования комплекса гаптоглобин/гемоглобин. У больных с ХГП сочетанной с ИБС и особенно при сопутствующей адентии наблюдается усиленный гемолиз эритроцитов цистеиновыми протеазами *P. gingivalis* и ведущее в конечном итоге к прогрессированию заболевания. Каждое механическое повреждение тканей пародонта при гингивите приводит к усилению образования свободного гемоглобина, что является пищей для *P. Gingivalis* и размножения его. В свою очередь локальная активация данного процесса способствует деструкции и репаративным процессам в тканях пародонта при данной сочетанной патологии пародонта и сердечно-сосудистой системы.

ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.

Халилов А.А., Абдуллаев Ш.Ю., Исомов М.М.

Тошкент давлат стоматология институти
Farrux4400@mail.ru, sharif1952uzb@gmail.com,
miraskadisomov@gmail.com.

Сўнгги йилларда аҳолининг меҳнатга яроқли гуруҳлари ўртасида юз-жағ соҳаси жароҳатларининг сони ортмоқда. Жаҳонда олиб борилган илмий адабиётларнинг метаанализлар таҳлили натижаларида «...ривожланган давлатларда жароҳатланиш ва бахтсиз ҳодисалар ўлим сабаби сифатида 3-ўринни, ногиронлик ва вақтинча иш қобилиятини йўқотиш сабаби сифатида 2-

ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, жароҳатланиш оқибатида ҳар йили меҳнатга лаёқатли шахслар орасида 300 минг киши вафот этади, 7 миллиондан ортиқ инсон ногирон бўлиб қолади...». Юз-жағ жароҳатларининг 45-90 % ини пастки жағ синишлари ташкил этади. Сунгги йилларда пастки жағ жароҳатлари сонининг ортиши билан асоратлар кўрсаткичининг ҳам ўсиши кузатилмоқда.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент давлат стоматология институтининг катталар юз-жағ жарроҳлик бўлимида 2020 йилда мурожаат қилган беморлар орасида пастки жағни синиши билан даволанишда бўлган 436 нафар беморлардан 18 дан 55 ёшгача бўлган 206 (47.2%) нафар беморлар, улардан эркаклар – 269 (61.7%), аёллар – 15 (3.4%) олинди. Шундан 75.4% ҳолатларда тиббиёт муассасасига кеч мурожаат қилиш кузатилган. Пастки жағ синишларини аниқланган сабабларидан маиший жароҳатлар (87.3%), шулардан (15.5%) спиртли ичимликлар таъсирида жароҳат олганлар. Травматик остеомиелитларни асосий келиб чиқиши сабаби беморларни тиббиёт муассасасига кеч мурожаат қилиши (41.7%), синиқ бўлақларини қоникрсиз маҳкамланганлиги (6.0%) ва ноадекват медикаментоз даводан (4.0%)

Пастки жағ синишлари бурчак соҳасида (34.9%), танасида (26.7%), икки томонлама синишлар 131 (38.4%) ҳолатларда кузатилган.

Даволаш динамикасида юзага келган яллиғланиш асоратларнинг частотасини баҳолашда синиш жойига коррелятив боғлиқлик аниқланмаган. Шу билан бирга травматик остеомиелит (энг дахшатли асорат сифатида) 8.8% ни ташкил этади.

Тадқиқотни умумклиник, рентгенологик (пастки жағнинг рентгенографияси, дентал рентген, компютер томографияси), биокимёвий, сўровнома ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Пастки жағи синган беморлардаги даволаш жараёнида Василева ва Тигерштед шиналари қўйилгандан сўнг пародонт тўқималарида салбий ўзгаришлар кузатилди. Беморлар овқат истеъмол қилганда ва тишларни тозалаш вақтида милклар қонашига (89,1%), оғриққа (85,5%), милклар соҳасида қичишиш, ачишиш (21,8%), оғиздан нохуш ҳиднинг келиши (84%), бир ёки бир неча тишларнинг қимирлаб қолиши (22%), тишларда карашлар ва тошлар йиғилиб қолаётганлигига (81,2%), шиналарда овқат истеъмол қилишдаги ноқулайликларга (78,2%), синиш чизиклари соҳасида овқат кириб қолишига (52,7%) шикоят қилдилар. Иммобилизация даврида беморларда парадонтал чўнтақлар чуқурлигини ортиши ва тишларнинг ҳаракатчанлигининг ортиб кетиши кузатилди.

Комплекс даволаш дастури бўйича 337 (77.3%) беморда синиқ бўлақларини маҳкамлашнинг анъанавий усулларида қўлланилган бўлса 223 (51.1%) ҳолатда ортопедик тузилмаларга устунлик берилган. 87 (20%) беморларда жарроҳлик аралашуви амалга оширилган. Уларга қуйидагилар киради: сим-чок усули билан синиқ бўлақлари остеосинтези – 31 (7.1%) ва титан пластинкалар ёрдамида синиқ бўлақлари остеосинтези – 56 (12.8%).

Клиник ҳолатларга қараб ўтказилган оператив амалиётлар очик остеосинтез йўли билан ўтказилди.

Синиқ бўлаклари очик остеосинтези (30.5%) қуйидаги ҳолатлари ўтказилди: синиқ бўлақларини қўл билан репозиция қилишни ва одатий усуллар билан уни маҳкамлашни имкони бўлмаганда, бир ҳолатда синиқ бўлақларини мустаҳкамлаб бўлмаганда ва катта бўлақлар билан парчаланиб синганда.

Шифохонага ётқизилган барча беморлар (436та) текширилганда шулардан 197 та беморда пастки алвеоляр нервнинг ўтказувчанлигини бузилиши аниқланган. Шу билан бирга алвеоляр нервнинг зарарланаш даражаси бўлақларнинг силжиш даражаси билан боғлиқ лекин жағлар атрофи юмшоқ тўқималарида яллиғланиш жараёни борлиги ёки йўқлиги ахамиятли эмас.

Шифохонага ётқизилган кунда, жароҳатдан кейинги даврда беморларнинг ананавий даволашда инфекцион-яллиғланиш касалликлари 20.8% ни ташкил қилди. Букиладиган симли шиналардан фойдаланилганда энг кўп учрайдиган инфекцион яллиғланиш касалликлар – 14.3%, суяк ярасини йиринглаши, травматик остеомиелит – 6.5% ташкил этади. Сим-чок ёрдамида синиқ бўлақлари остеосинтези операцияси ўтказилганда 5.2% беморларда асоратлар кузатилган. Ишга яроқсизлик муддати $28,8 \pm 0,34$ кунни ташкил этди.

Жароҳатдан кейинги даврда синиқ бўлақларини анъанавий усулларни қўллаб маҳкамланганда асоратланмаган кечишида ҳам Са в Р ўзгаришлари нормада қолади бу кўрсаткичлар синиқ чизиғи каердалигига ва беморни қачон шифохонага мурожаат қилишига ҳам боғлиқ эмас. Яллиғланиш жараёни билан асоратланган жароҳатдан кейинги даврларда фақатгина Са даражасини ўзгариши учунгина характерлидир. Пастки жағ жароҳатдан кейинги остеомиелити ривожланаётган беморларда аниқланган ўзгаришлар сақланади ва ахволи ёмонлашади.

Пастки жағнинг синишларидан кейинги асоратлари билан оғриган беморларни даволашнинг эрта босқичида комплекс даволаш тадбирларига қўшимча қилиб синиқ бўлақлари орасига дори воситаларини инфузион юбориш усулини мақсадга мувофиқ булади. Бу тананинг жароҳатга тезроқ мослашишига ва репаратив жараёнларни яхшиланишини тезлаштиради. Асоратлар сони 21.7%, ишга яроқсизликни уртача вақти $28,6 \pm 0,27$ суткани ташкил этади. Бу синиқ бўлақлари орасига инфузион даво олмаган беморларга қараганда сезиларли даражада камроқ (асоратлар сони 44.4%, меҳнатга лаёқатсизлик даври $33,1 \pm 0,36$ сутка).

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНО СОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ Т3

Халматова М.А., Ганиев А.А.

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

e-mail: avaz-ganiev@yandex.ru

По современным рекомендациям разных международных онкологических обществ тактика лечения, т.е. выбор метода лечения на первом этапе рака гортани (РГ) существенно изменилась. Связи с этим с 2018 года в отделении Опухолей головы и шеи Ташкентского областного филиала онкоцентра

Республики отработана тактика отбора пациентов раком гортани с распространённостью Т3 на хирургическое вмешательство на I этапе лечения. При этом критериями отбора являлись: местная распространённость, гистологическая интерпретация и наличие или отсутствие опухолевой инфильтрации вокруг опухоли.

Материалы и методы. Из 306 больных леченных РГ (с 2008г. по 2021г.) в Ташкентском областном филиале онкоцентра, мы имеем опыт органно-сохранного лечения у 62 пациентов.

По локализации опухолевого процесса распространённостью Т3, больные распределились следующим образом: вестибулярный отдел – 18 больных, складочный отдел – 41 больных, подскладочный - 3. У 2 пациентов в момент обращения в регионарные лимфатические узлы определялись метастазы. У всех пациентов морфологически верифицирован плоскоклеточный рак.

Пациенты разделены в группы различающиеся очередностью методов лечения. В I группу вошли 16 больных, которым на первом этапе выполнены органно-сохранные хирургические вмешательства в объемах: передней или переднебоковой резекции гортани с формированием плановых ларингостом. Последняя является оправданной в связи с необходимостью контроля возможного рецидива и пластики резецируемой части гортани лоскутом кожи. Далее, химиолучевое лечение проводилось в адьювантном режиме.

Во II группу вошли 14 больных соответствующие следующим критериям: наличия опухолевой инфильтрации в слизистой вокруг, инфильтративный рост опухоли и наличие регионарного метастаза. Эти пациенты на первом этапе получали 1-2 курса химиотерапии платино-содержащими схемами. После уменьшения инфильтрации и снижения активности опухолевого процесса на втором этапе этим больным выполнены органно-сохранные объемы операции. Далее, больным подведены курсы лучевой терапии ТГТ СОД 50Гр по послеоперационной программе.

В контрольную группу включены 32 пациента, которым органно-сохранные хирургическое вмешательство произведено после лучевого или химиолучевого лечения. При этом количество курсов химиотерапии от 2 до 4 курсов, а доза лучевого воздействия ТГТ СОД от 40 до 65Гр.

При отсутствии признаков рецидива и продолженного роста опухоли во всех группах через 4-6 месяцев выполняется пластическое закрытие ларингостомы перемещенными кожно-жировыми лоскутами.

В сроки наблюдения в I группе у 2 (12,5%) больных, а во второй группе у 1 (7,1%) больного диагностирован продолженный рост опухоли, по поводу чего произведена ларингэктомия. В контрольной группе случаи рецидива наблюдаются у 5 (15,6%) пациентов, не смотря на проведения адьювантных курсов химиотерапии.

Таким образом, выполнение органно-сохранных резекции на I этапе либо после неоадьювантных курсов химиотерапии с последующей лучевой терапией в адьювантном режиме, при раке гортани с распространённостью Т3 позволяет добиться хороших непосредственных онкологических результатов и сохранения функционального состояния гортани.

**ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ПРИ
ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЖНОГО
АУТОТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ
КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

Хамраева Н.Т., Брайловская Т.В., Дениев А.М.

*ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»*

Цель работы: по результатам клинических данных, а также по данным ЛДФ-диагностики и тканевой оксиметрии выявить изменения микроциркуляции и кислородного метаболизма в мягких тканях преддверия рта до и после проведения вестибулопластики с применением кожного аутотрансплантата. Определить оптимальные сроки восстановления кровотока и эффективность применения метода вестибулопластики.

Материал и методы исследования: проведено клиническое и функциональное исследование слизистой оболочки мягких тканей преддверия рта у 12 пациентов в возрасте 30-50 лет после операции вестибулопластики с применением кожного аутотрансплантата. Эффективность метода оценивали по результатам инструментального измерения глубины преддверия полости рта. По данным микрогемодинамики и оптической тканевой оксиметрии выявляли особенности динамики микроциркуляции и оксигенации тканей преддверия рта при вестибулопластике. Методом ЛДФ (прибор «ЛАКК-М») проведено исследование состояния кровотока и кислородного метаболизма в слизистой оболочке альвеолярного гребня. Определяли показатель микроциркуляции (M , у.е.), характеристику потока эритроцитов « σ » - среднее квадратическое отклонение. Соотношение между перфузией ткани и величиной ее изменчивости (флаксом) оценивалось коэффициентом вариации - K_v (%), характеризующим вазомоторную активность микрососудов. С помощью метода оптической тканевой оксиметрии (ОТО) (прибор «ЛАКК-М») определяли индекс перфузионной сатурации кислорода в тканях пародонта (S_m), индекс удельного потребления кислорода в тканях (U , у.е.). Сроки наблюдения – до, через 3, 7 дней, через 2, 3 и 6 мес. после операции. Для статистической оценки полученных данных и построения графиков и диаграмм использовали специализированное программное обеспечение GraphPad Prism 9 (США).

Результаты: так, по данным клинических исследований до операции у всех пациентов преддверие рта отсутствовало. После операции на 7-ые сутки глубина преддверия рта составляла $10,2 \pm 0,5$ мм, через 3 мес. $6,5 \pm 0,2$ мм, и через 6 мес. $5,3 \pm 0,3$, что соответствовало нормальным значениям. По данным ЛДФ через 3 суток после операции вестибулопластики в слизистой оболочке альвеолярного гребня уровень кровотока (M) снижался в 1,9 р. При этом, интенсивность кровотока (σ) падала на 45%, а вазомоторная активность микрососудов (K_v) возрастала на 7% по сравнению с исходным уровнем до операции, что характеризовало развитие ишемии в микроциркуляторном русле, которая купировалась через 2 мес., что сохранялось через 6 мес. По данным оптической тканевой оксиметрии через 7 дней после вестибулопластики индекс

перфузионной сатурации кислорода (S_m) и индекс удельного потребления кислорода (U) снижались на 25% и 13%, соответственно, что свидетельствовало о снижении потребления кислорода в тканях вследствие развития гипоксии в микроциркуляторном русле, которая купируется через 2 мес.

Выводы: таким образом, на основании проведенного исследования выявлены изменения микроциркуляции и кислородного метаболизма в мягких тканях преддверия рта до и после вестибулопластики, определены оптимальные сроки восстановления. Так через 2 мес. глубина преддверия рта приближалась к нормальным значениям, уровень микрогемодинамики и кислородного метаболизма в слизистой оболочке альвеолярного гребня восстанавливались. Полученные данные свидетельствуют о положительном результате проведенного хирургического лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Хасанов А.И., Махмудбеков Б.О., Мукимов Ш.И.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
mahmudbekov.bo@inbox.ru

Актуальность. Проблема хирургических инфекций чрезвычайно актуальна в практике челюстно-лицевой хирургии. Распространенность острого одонтогенного остеомиелита увеличивается из года в год. Также в последние годы отмечается неуклонный рост числа прогрессирующих гнойно-воспалительные процессы, часто осложняющихся такими грозными состояниями, как контактный медиастенит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, абсцесс головного мозга, сепсис, а также атипичных и малосимптомных флегмон (Е.В. Фомичев, 2009; Бажанов с соавт., 2010; М.А. Губин, Ю.М. Харитонов, 2009; А.А. Никитин, 2011; Russia et al., 2014).

Цель исследования: Повысить эффективность комплексной терапии острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей.

Материалы и методы исследования. В работе представлены наблюдения за 124 детьми в возрасте от 4 до 17 лет с острыми одонтогенными остеомиелитами из обследованных мальчиков было 65 (52,41%), девочек 59 (47,58%) в отделении Детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института с марта 2019 до октября 2020 года.

В зависимости от способа проводимого в дальнейшем лечения все были разделены на 4 групп методом случайной выборки: I группа – 30 детей, с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ получавшие традиционное лечение

II – группа- 46 детей, с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ в котором на фоне традиционной терапии применялся «воскопран» в виде повязки.

III-группа-48 детей, с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ в котором на фоне традиционной терапии применялся «воскопран» в виде повязки и в/в капельного применения сукцинасола

Традиционное лечение представляло собой комплексную противовоспалительную терапию, основу которой составляли антибиотики широкого спектра действия. Кроме этого, этот вид лечения предполагал также использование дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии.

У всех больных в день поступления в стационар после изучения жалоб, анамнеза проводилось общеклиническое обследование с анализами крови, рентгенологические и бактериологические исследования. Клиническое обследование больных заключалось в тщательном сборе анамнеза, выяснении преморбидного фона и др. Из 124 больных у 9 (16,9%) число лейкоцитов не превышало $10 \cdot 10^9/\text{л}$, у 30 больных (53,0%) колебалось в пределах от $10 \cdot 10^9/\text{л}$ до $15 \cdot 10^9/\text{л}$, у 15 (26,5%) составляло от $15 \cdot 10^9/\text{л}$ до $20 \cdot 10^9/\text{л}$ и только у 2 больных (3,6%) превысило $20 \cdot 10^9/\text{л}$. Лейкоцитарный индекс интоксикации зависел от распространенности гнойного процесса. У 38 (67,5%) превышал нормы, причем колебания от 1,1 до 2,0 наблюдались у 13 человек (22,9%), свыше 2,0 - у 37 (44,6%). И лишь у 5 человек лейкоцитарный индекс был ниже нормы (8,4%). У 13 больных (24,1%) этот показатель не отличался от нормального.

Что касается проведенных биохимических исследований, то уровень МДА до лечения значительно превышал контрольные значения (на 59,6% в плазме и 69,9% в эритроцитах). Активность липолитического фермента ФА2 при этом также повышалась в плазме и эритроцитах по сравнению с контролем на 44,9 и 65,5%, соответственно. Уровень активности антиокислительного фермента каталазы по сравнению с контролем повышалась в плазме и снижалась в эритроцитах до проведения лечебных мероприятий (на 30,4% и 34,1%, соответственно).

Что касается уровня СОД, то обнаруживалось усиление ее активности в плазме и угнетение ее активности в эритроцитах до лечения (на 41,1% и 51,5%, соответственно). При этом отмечалось увеличение активности ГР в плазме и эритроцитах соответственно на 35,7 и 52,7%.

Значительное снижение АО-индекса плазмы до 5,55 (в контроле – 6,68) и эритроцитах до 4,19 (в контроле – 8,98) свидетельствовало о том, что интенсификация процесса липопероксидации произошла в основном за счет снижения функции системы антиокислительной защиты.

Степень выраженности нарастания интенсивности ПОЛ (по показателям МДА и ФА2), угнетение активности АОС по показателям СОД, КТ соответствовали тяжести течения, характеру и форме заболевания. Наиболее высокие показатели ПОЛ были выявлены у больных с флегмонами двух и более клетчаточных пространств, более низкие – у больных с абсцессами.

Необходимо отметить, что высокий уровень продуктов ПОЛ в плазме и эритроцитах крови, наряду с угнетением ферментов АОС, сочетался с выраженными изменениями цитологической картины гнойных ран. Для лечения следующей группы больных (II группа) нами использовался повязка Воскопрана. Как было сказано выше, появление в ране некротических масс вследствие цитолиза провоцирует возникновение гипоксии, что опять-таки приводит к усилению процессов свободно радикального окисления, образуя замкнутый круг. Для того, чтобы бороться со звеном этого порочного круга –

некротическими наложениями, мы использовали Воскопрана гнойных ран с целью очищения раневой поверхности. А для борьбы с усилением процессов ПОЛ, не контролируемых антиоксидантной системой – использовали внутривенное введение Сукцинасола.

Анализ результатов исследования показал, что дополнительное включение в комплексное лечение Воскопрана привело к повышению клинической эффективности по сравнению с традиционным лечением, которая составила 65,0%, эффективность лечения по восстановлению биохимических показателей составила 38,5%.

Применение Воскопрана улучшает клинические результаты лечения. В этом плане важным является качественный исход воспаления – рана заживает более мягким, эластичным рубцом. При традиционной терапии нередко возникают грубые рубцы, что связано с нарастанием деструктивных процессов в центре воспаления с повышением содержания тканевого гистамина, высокой активностью воспалительного процесса, значительным нарушением регенерации с преобладанием фазы пролиферации над фазой дифференцировки эпителия, глубокой депрессией иммунной системы, повышением показателей ПОЛ и снижением активности ферментов АОС, что еще раз наглядно демонстрирует способность воскопрана усиливать процессы дифференцировки эпителия и, как следствие, снижать частоту образования грубых деформирующих рубцов.

Вывод. Таким образом, после применения воскопрана и внутривенного введения Сукцинасола рана быстро очищалась от некротических наложений, уменьшались воспалительные явления, исчезало гноетечение, появлялись грануляции и рана заживала мягким, эстетичным рубцом.

БОЛАЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒ ЎТКИР ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТЛАРИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Хасанов А.И., Махмудбеков Б.О., Мукимов Ш.И.

Тошкент Давлат стоматология институти,
mahmudbekov.bo@inbox.ru

Жарроҳлик касалликлари орасида юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликлари етакчи ўринни эгаллайди, ўз навбатида улар инсон ҳаётига ҳавф туғдириш эҳтимоли ҳам катта. [1,2].

Юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларининг ажралиб турувчи хусусияти уларнинг инфекцион касалликлар қаторига ҳам киришидир. Йирингли яллиғланиш ўчоқларининг микрофлораси полимикроб характердаги облигат ва факультатив аэроб ва анаэроб культуралардан тузилган [3]. Ааралаш культураларда бактериялар ўзаро антогонист ва синергик таъсир қилиб касалликнинг кечишини қийинлаштиради [4].

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Изланишга Тошкент давлат стоматология институти болалар юз жағ жарроҳлиги бўлимида 2019 йил март ойидан 2020 йил октябр ойигача даволанган ўткир одонтоген остеомиелит билан оғрган 124 нафар беморлар ўрганилди. Уларнинг 65 таси (52,41%) ўғил болалар ва 59 таси (47,58%) қиз болалар бўлиб 4 ёшдан 17 ёшгача

Барча беморларда стационарга ётқизилгандан сўнг шикоят ва анамнези, умумий клиник белгилари ўрганилди, умумий қон тахлили, рентгенологик ва бактериологик текширувлар ўтказилди. Клиник белгилари ўрганилганда, беморнинг анамнези, шикоятлари ва преморбид фони синчковлик билан ўрганилди. Беморларни ёши бўйича тақсимланиши.

Юқоридаги тақсимланишга кўра юз жағ соҳасидаги флегмоналар кўпроқ 7 ёшдан 11 ёшгача бўлган болаларда учраган. Беморларнинг шифохонага мурожаат қилиш муддати ўрганилганда уларнинг кўп қисми асосан касалликнинг 3-5 суткасида мурожаат қилганлиги аниқланди

Яллиғланиш жараёнини локализацияси ўрганилганда беморларнинг кўпчилигад 1 та клетчатка бўшлиғида (79.6%) эканлиги, уларнинг ҳам кўп қисми (48.8 %) жағ остида жойлашганлиги аниқланди. Икки анатомик бўшлиққа тарқалганлиги 16.8 % холларда, уч ва ундан ортиқ бўшлиққа тарқалган беморлар 3.6 % холларда кузатилди

Шу тарзда, яъни болаларда юз жағ соҳаси одонтоген флегмоналарини текширишнинг информацион-диагностик тизими ёрдамида оптимал баҳолаш қоидаси (кодификатор) аниқлаб олинди. Клиник белгиларни градацияларга ажратиш муҳим ҳисобланади, сунки болаларда юз жағ соҳаси одонтоген флегмоналарини кечиш характери уларнинг миқдоридан фарқ қилади. Шу сабабли мурожаат қилган беморларнинг клиник лаборотор текширувлари натижалари уларнинг умумий ҳолатини ўрта оғирликда баҳолади ва гуруҳлардаги беморлар бир турдаги беморлар сифатида ўрганилди.

Болаларда ўткир одонтоген остеомиелитларини маҳаллий даволаш усуллари. Ушбу касалликни маҳаллий даволашда қўланиладиган даво турга кўра беморлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди:

Асосий кузатувдагилар (I гуруҳ) – одонтоген флегмоналарда анъанавий даво билан биргаликда ВоскоПран Диоксидин малхамли, ВоскоПран Метилурацил малхамли ва ВоскоСорб антибактериал боғламларини қўлланилган 62 нафар бемор. Ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг йирингли жароҳат антисептик эритмалар билан ювилиб ортидан ВоскоПран Дикосид малхамли асептик боғлами қўйилди, устидан жароҳатдан чиқиши мумкин бўлган экссудатни шимиш учун адсорбцияловчи хусуиятга эга бўлган ВоскоСорб антибактериал боғлами қўйилди. Яллиғланишнинг биринчи фазаси (йиринли-некротик) да беморларга ўтказилган хар кунги қайта боғламдан сўнг 3-5 сутка давомида ВоскоПран диоксидин малхамли ва ВоскоСорб антибактериал боғлами қўлланилди. Иккинчи ва учинчи фазалари (регенерация ва эпителизация) даврида эса ВоскоПран Метилурацил малхамли ва ВоскоСорб антибактериал боғламлари комбинацияларидан фойдаланилди. Бу турдаги боғламлар антимиқроб ва сезиларли абсорбцион хусуиятга эга бўлиб, жароҳатдаги намликни бир меъёрада ушлайди, жароҳат атрофидаги тўқимларни

шикастланишдан сақлайди. Неоангиогенез ва регенерация жараёнини стимуллаштириш мақсадида жароҳатнинг грануляцион тўқималар шаклланаётган юзасига Воскопран Метилурацил малҳамли боғлами ва Воскосорб антибактериал боғлами комбинатцияларидан фойдаланилган бўлса, жароҳатни некротик детритлар ва экссудациядан тезроқ тозаланиши учун Воскопран Дикосидин малҳамли боғлами ва Воскосорб антибактериал боғлами комбинацияларидан фойдаланган мақсадга мувофиқ.

Экссудация фазасида беморларда ҳар куни 1 маҳалдан қайта боғлам ўтказилди. Регенерация фазасида эса ҳар 2-3 кунда 1 марта қайта боғлам ўтказилди, бу вақтд беморлар амбулатор кузатувда бўлишди.

Солиштирма гуруҳда эса (II гуруҳ) – жарроҳлик амалиётидан сўнг анъанавий маҳаллий даводан фойдаланилган одонтоген флегмона билан оғриган 62 нафар бемор кузатилди. Уларда жарроҳлик амалиётидан сўнг аниқланган йирингли бўшлиқлар очилиб дренажлангандан сўнг жароҳат антисептик эритмалар билан ювилди ва бир неча қаватдан ташкил топган докали окклюзион боғламдан фойдаланилган. Кейинги кунларда ўтказилган қайта боғламларда эса йирингли бўшлиқлар антисептик эритмалар билан ювилиб Левомиколь малҳами билан биргаликда докадан бир неча қаватдан иборат окклюзион боғлам қўйилди.

Барча беморлар жарроҳлик амалиётидан сўнг умумий антибактериал даво: 1 суткада яллиғланиш жараёнига сабабчи бўлган кўзғатувчини инобатга олган ҳолда эмпирик антибактериал даво тайинланади, бактериологик текширув натижаси тайёр бўлгандан сўнг патогенетик антибактериал давога алиштирилади. Яллиғланишнинг умумий белгилари бартараф этилганидан сўнг антибактериал даво бекор қилинади. Электролит-сув балансини бузилиши, гипопротеинемия, анемиянинг коррекцияси ва профилактикаси учун кристалл ива коллоидли эритмалар қўлланилди.

Ўтказилган давонинг клиник самарадорлигини аниқлаш учун интоксикация симптомларини йўқолиши, тана ҳароратининг нормал ҳолатга келиши, экссудациянинг тугаш, грануляция ва эпителизациянинг бошланиш муддати, шу билан бирга беморларнинг стационарда даволаниш муддати қисқариши баҳоланди.

Анъанавий даволаш ўтказилган беморларнинг 58 нафар (93.3 %) ида жарроҳлик амалиётидан сўнг жароҳатдаги умумий ифлосланиш миқдори 106 дан 108 КОЕ гача аниқланди. Текширувнинг 5 ва 14 кунда олинган қайта текширувда беморларнинг бир қисми (31.1 %) да микроблар пейзажи касалхона ичи микрофлорасига ўхшаш ҳолга келди. Жароҳатнинг микроблар билан ифлосланиш кўрсаткичи 104 КОЕ гача камайди.

10 суткада жароҳатдан олинган суртмада фибробластларнинг пайдо бўлиши кузатилди ва бу грануляцион тўқима ҳосил бўлаётганини англатади, 15 суткада олинган препаратда эса жароҳат қирғоқларининг эпителизациясига ҳос бўлган базофил цитоплазмага эга бўлган эпителий ҳужайралари аниқланди.

Юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиши бор 62 нафар беморда ўтказилган комплекс давода текширув, профилактика чора тадбирлари жарроҳлик

амалиёти билан бир вақтда таклиф этилган боғлов материаллари комбинациясидан фойдаланиб патогенетик даво ўтказлди.

Бактериал ифлосланиш даражасининг ўзгариши даволашнинг 5 суткасида кузатилди: микроблар билан ифлосланиш даражаси оператив даво ўтиши билан 107-8 КОЕ дан 1045 КОЕ гача камайди. Таклиф этилган боғлов материаллари комбинациясидан фойдаланилганда микробиологик сурат шартли патоген аэроб ва факультатив анаэроб микробиофлора сифатида пайдо бўлди. 8 суткада 76 % беморларда клинко-лаборатор кўрсаткичларда сезиларли ўзгариш, тўлиқ деконтаминация кузатилди, қолган 24 % беморларда фақатгина ягона микроорганизмлар колонияси аниқланди.

Комплекс давоининг йирингли жароҳатга яллиғланишнинг барча фазасида ижобий таъсири цитологик текширувлар натижасидагина ўз исботини топди. Тўғри қўлланилган боғлов материаллари комбинацияси ўткир яллиғланиш жараёнидаги хужайралар: сегментядролилар, таёқчасимон лейкоцитлар сонининг тез камайишига олиб келишади.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг даволанишини деярли 5 кунда нейтрофиллар таркибида макрофаглар сонининг куўпайиши кузатилди.

Хулосалар: 1. Таклиф қилинган даво усули, яъни йирингли яллиғланиш ўчоғини жароҳлик амалиёти билан очиб дренажлаш ва бир вақтда антимиқроб ва абсорбент хусуиятга эга бўлган боғлов материаллари комбинациясидан фойдаланиш ўзининг самарадорлигини исботлади, унинг натижасида йирингли жароҳатда микробларнинг йиғилиши камайди, яллиғланиш жараёнини атроф тўқмаларга тарқалишини олди олди ва жароҳатни иккиламчи инфекция билан зараланиш хавфини йўқотди.

2. Ишлаб чиқилган даволаш тактикаси юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларини комплекс даволашда маҳаллий антибактериал боғлов материаллари комбинациясидан фойдаланиш беморларни стационар даволаниш муддатини қисқартириб беморларнинг реабилитациясини тезлаштиради ва оптимал эстетик натижаларга эришишга имкон беради.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хасанов А.И., Мустафокулов Ж.А., Бейсенбаев Н.К., Бимбетов Е.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Вопросы этиологии, диагностики, профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний остаются актуальными в челюстно-лицевой хирургии [9, 11]. Последнее обусловлено ростом числа больных с прогрессирующим течением гнойных воспалительных процессов [1]. В настоящее время они составляют более 20 % от всех обратившихся за амбулаторной стоматологической помощью, а в челюстно-лицевых стационарах – от 40 до 60% [5]. Т.Г. Робустова [11] отмечает, что флегмоны челюстно-лицевой области (ЧЛО) развиваются при отягощенном стоматологическом статусе: множественном кариесе и его осложнениях, низкой гигиене полости рта (42%) и при недостаточном эндодонтическом лечении

(51%). Решающими моментами в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) являются позднее обращение больных за медицинской помощью и неадекватное лечение в догоспитальном периоде. В частности, 39–61% больных госпитализировались через 5–7 дней после начала заболевания, а у 24% установлена неэффективность лечения. Следовательно, в развитии одонтогенной инфекции ЧЛЮ имеют значение недооценка опасности инфекции в пределах одного зуба, неадекватность первичного лечения, позднее обращение больных за медицинской помощью. Кроме того, на увеличение числа больных с острой одонтогенной инфекцией и прогрессирования ее тяжести влияет изменение спектра микрофлоры, вызывающей ГВЗ, снижение ее чувствительности к большинству антибиотиков [2, 3]. В абсолютном большинстве случаев причиной воспалительных заболеваний ЧЛЮ является одонтогенная инфекция [2]. В.Н. Царев и соавторы [30, 31] показали, что в последние годы произошла смена стрептококков и стафилококков на представителей анаэробной инфекции. Гипердиагностика одонтогенной стафилококковой инфекции была обусловлена использованием селективных питательных сред. Основными возбудителями гнойных инфекций в ЧЛЮ в настоящее время являются ассоциации облигатных анаэробов с аэробами [1, 2]. К наиболее распространенным возбудителям гнойной инфекции относят *Staphylococcus aureus*, который является частым компонентом аэробно-анаэробных ассоциаций [4, 5]. У больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами высеваются ассоциации микроорганизмов в 33,3% случаев [4]. Микрофлора в монокультуре составила 66,7%, золотистый стафилококк – 26,7%, эпидермальный стафилококк – 17,8%, стрептококк – 11,1%, кишечная палочка и протей – 11,1% наблюдений. Кроме того у таких больных выявлены анаэробы в 60,6% случаев, что составляло 54,1% всех выделенных культур [9, 10]. Факультативные анаэробы при одонтогенных воспалительных процессах встречались в 32,8–48,9%, стафилококк – в 23,3%, стрептококк – в 11% случаев [10]. Количество видов микроорганизмов в очаге воспаления колеблется от 2 до 7, среди которых выделяются как облигатные, так и факультативные виды анаэробов [10]. Участие в воспалительных процессах факультативных анаэробов в сочетании с облигатными аэробами обуславливает тяжесть течения воспалительных процессов и возникновение осложнений [6]. Из анаэробов наибольшее клиническое значение представляют облигатные неспорообразующие микроорганизмы: *Bacteroides melanogenicus*, *Bacteroides* *beta-lactamas* *positive*, *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Eikenella corrodens*, *Neisseria* spp. [10, 11]. К настоящему времени в полости рта выявлено свыше 2500 видов микроорганизмов, населяющих разные экологические ниши (губы, слюна, десны, язык, небо, защечные мешки и др.) [2]. Соотношение анаэробных и аэробных бактерий разных экологических ниш варьирует от 10:1 до 1000:1. Более того, острота проблемы гнойно-воспалительных заболеваний и их осложнений обусловлена тем, что в полости рта присутствуют, кроме анаэробной и аэробной микрофлоры, возбудители гепатита В, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, дифтерии, гриппа, герпеса, микозов и др. [3]. Важную роль в развитии абсцессов и флегмон ЧЛЮ

играет грибково-бактериальная флора [7]. В частности, при остром гнойном периостите чаще возбудителем является сочетание стрептококков и грибов рода *Candida*, при абсцессах – стрептококков и грибов рода *Penicillium*, а флегмонах – стрептококков, стафилококков, актиномицетов, грибов рода *Candida*, *Penicillium*, *Phodotorula*. Важно при лечении гнойно-воспалительных процессов оценить степень чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам [3]. Наиболее распространено определение антибактериальной активности препаратов методами диффузии в агар, серийных разведений и турбодиметрический способ. Известны методы определения чувствительности возбудителей к различным антибиотикам и способы оценки их содержания в биологических жидкостях. В частности, для получения лечебного эффекта концентрация препарата в очаге инфекции должна в 2–4 раза (иногда до 10 раз) превышать этот показатель для конкретного микроорганизма. Такие концентрации считают терапевтическими, и их нужно поддерживать в очаге воспаления путем назначения препарата в рекомендуемых дозах [1]. Однако наблюдения Е.В. Турчиной [7,5] свидетельствовали о том, что у больных с абсцессами ЧЛО после внутримышечного введения ампициллина в крови через 4 часа происходило снижение его концентрации более чем в три раза ($1,00 \pm 0,44$ мкг/мл). Более того, у части обследуемых отмечена нулевая концентрация ампициллина (от 0 до 6,5 мкг/мл). В этой группе обследуемых период полуэлиминации колебался от 0,25 до 1,5 часа. Между тем, после лимфотропного введения антибиотика у сосцевидного отростка височной кости через 4 часа концентрация его достигла $4,24 \pm 0,17$ мкг/мл, а период полуэлиминации составил от 20,6 до 43,5 часов. Создание необходимой концентрации антибиотика на протяжении всего периода лечения положительно отразилось на клиническом течении заболевания. Известные методы определения микробного пейзажа и его чувствительности к антибиотикам достаточно трудоемки, сложны в выполнении, дорогостоящи и занимают большое количество времени, что не отвечает современным требованиям экстренной хирургии при лечении абсцессов и флегмон ЧЛО [9]. Следовательно, существует острая необходимость совершенствования способов оценки чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Лечение гнойных воспалительных заболеваний ЧЛО в настоящее время является комплексным и включает в себя хирургическое лечение и медикаментозную терапию. Оно проводится с учетом фазы течения раневого процесса, тяжести заболевания, местных проявлений воспалительного процесса, эндогенной интоксикации организма и вида возбудителя заболевания [7,8,9]. Общепринятым методом хирургического лечения острых гнойных воспалительных процессов ЧЛО является вскрытие гнойного очага и удаление причинного фактора [8]. В комплексном лечении ГВЗ ЧЛО основное место отводится антибактериальным препаратам. Их выбор должен определяться типом острого воспалительного процесса. В.С. Агаповым и В.Н. Царевым [1] на основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований разработаны основные принципы антимикробной терапии при лечении ГВЗ ЧЛО. Они включают:

раннее начало антимикробной терапии; выбор препарата и способа его введения с учетом особенностей заболевания и соматического статуса пациента; выбор оптимальных схем лечения с учетом возбудителя и локализации инфекционного процесса; рациональную комбинацию антимикробных препаратов; сопутствующую патогенетическую и симптоматическую терапию. Однако следует отметить, что для проведения эффективной антибактериальной терапии важны не только доза препарата, частота его введения, чувствительность к микроорганизмам, но и пути его доставки в организм и к очагу воспаления (per os, внутримышечное, внутривенное, внутриартериальное, внутрикаротидное, лимфотропное и др.). Наиболее широко распространены прием антибиотиков per os и внутримышечные инъекции. Последние имеют такие недостатки как инактивация антибиотика в желудочно-кишечном тракте, длительность создания требуемой концентрации в крови и др. [4]. Успех антибактериальной терапии определяется не только высокой активностью препарата, чувствительностью к нему микроорганизмов, но и длительностью сохранения терапевтической концентрации антибиотика в очаге воспаления. Челюстные кости и прилежащие к ним мягкие ткани являются труднодоступными для проникновения в них антибиотиков при энтеральном, внутримышечном, внутривенном способах введения [7]. Особенно это выражено при нарушении микроциркуляции в воспаленных тканях, т.к. лекарственные вещества частично связываются с белками крови и инактивируются, разрушаются в портальной системе печени, быстро выводятся почками из организма. Это вынуждает врачей повышать дозу антибиотика, увеличивая тем самым риск развития дисбактериоза, суперинфекции, токсического действия на внутренние органы, вторичного иммунодефицита и угнетения неспецифической резистентности организма [6]. Вместе с тем не всегда удается достичь достаточной концентрации антибиотика в очаге воспаления при традиционных методах введения [4]. В связи с этим большую популярность приобрел метод лимфотропного введения лекарственных препаратов, который позволяет создать необходимую концентрацию препарата по пути физиологического оттока лимфы в месте наибольшей микробной обсемененности. Однако в литературе встречаются лишь единичные сведения о применении лимфотропной терапии при лечении стоматологических больных [7, 10]. Особенностью эндолимфатической антибактериальной терапии является уменьшение степени эндогенной интоксикации и частоты возникновения аллергических реакций [3], так как при этом создается возможность для реализации антибактериального эффекта, несмотря на малую дозу антибиотика, вводимого эндолимфатическим методом. Эффективность воздействия на патогенную микрофлору возрастает при проведении ступенчатой антибактериальной терапии, заключающейся в двухэтапном применении антиинфекционных препаратов с переходом с парентерального на пероральный путь введения. Ступенчатую антибактериальную терапию с успехом использовали в комплексном лечении больных с остеомиелитом нижней челюсти [4]. Такое лечение уменьшает количество инфекций и сроки

стационарного лечения, что благоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного и снижает финансовые затраты. С другой стороны, основная тактика лечения ГВЗ ЧЛЮ должна предусматривать в качестве одного из основных направлений использование высокоэффективных антимикробных средств, не оказывающих существенного влияния на иммунные процессы [2]. При наличии иммунного дефекта или гиперреактивности иммунной системы как причины либо следствия инфекционного процесса возникает необходимость прибегать к иммунокоррекции. При использовании антибиотиков при заболеваниях инфекционной природы следует выделять препараты, обладающие иммуностимулирующими или иммуносупрессивными свойствами, а также «инертных» к иммунной системе [10, 11]. Многие исследователи, характеризуя взаимодействие антибиотиков с клетками иммунной системы, подчеркивают, что особенности такого воздействия часто связаны как с механизмами антимикробного действия антибиотиков, так и способами формирования микробной устойчивости к ним [5, 46]. Полувековой опыт применения антибактериальной терапии свидетельствует о том, что путь введения, доза и кратность введения препарата должны обеспечивать поддержание его необходимой терапевтической концентрации в очаге инфекции на протяжении всего периода лечения. Отход от этих принципов неминуемо приводит к появлению антибиотико-резистентной микрофлоры, хронизации воспалительного процесса, ослаблению иммунной системы и многим другим нежелательным последствиям [4,3, 5,6]. Между тем существует мнение о том, что при некоторых ГВЗ ЧЛЮ можно ограничить лечебный арсенал только хирургическим пособием, активным местным лечением раны, сти-мулирующей и симптоматической терапией во избежание желательных побочных эффектов антибиотикотерапии [1,7]. Однако за более чем полувековой период применения анти-биотиков практически отсутствуют методы контроля их концентрации в крови и других биологических жидкостях организма. Существующие методы контроля не точны и сложны в применении. Эта проблема стала особенно актуальной, т.к. количество антибактериальных препаратов многократно увеличилось, все чаще стали встречаться антибиотикоустойчивые микроорганизмы, существенно возросла частота развития аллергических и токсических реакций. В связи с этим в клинической практике возникла необходимость мониторинга лекарственных препаратов, включая антибиотики, и разработки способов осуществления [8]. Мониторинг – это длительно проводимое на протяжении нескольких часов или суток слежение за состоянием жизненно важных функций организма путем непрерывной регистрации. Мониторинг антибиотиков предполагает осуществление контроля их концентрации в биологических жидкостях организма. Одним из самых современных и наиболее информативных методов исследования фармакокинетических параметров лекарственных препаратов является метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). На сегодняшний день сделаны только первые шаги в изучении закономерностей хроматографического поведения антибиотиков в условиях обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии. Между тем уже разработаны

модели удержания цефалоспориновых антибиотиков в условиях ВЭЖХ с обращенными фазами, связывающими строение исследуемых сред, содержание органического модификатора в подвижной фазе и величины коэффициента емкости. Зарубежными и отечественными учеными начата разработка мониторинга антибиотиков в крови больных с различными заболеваниями, но серьезных результатов в решении данной проблемы пока не получено [8]. Разработка методов терапевтического мониторинга различных препаратов в других биологических жидкостях имеет преимущество, связанное с большей доступностью биологического материала для исследования. Одной из шести биологических жидкостей организма является слюна. Она играет важную роль в сохранении интеграции тканей полости рта, а также в патогенезе большинства стоматологических заболеваний [8]. Смешанная слюна является комплексным секретом, которая первично состоит из секретов больших и малых желез. В дополнение к этому, она содержит ряд компонентов неслюнного происхождения (жидкость зубодесневой бороздки, сывороточные составляющие и клетки крови, бактерии и продукты их жизнедеятельности, слущенный эпителий и клеточные элементы, друзы и грибки, остатки и выделения бронхов и др.). Чистые секреты из протоков больших слюнных желез при сборе непосредственно из устьев слюнных протоков околоушных, подчелюстных и подъязычных желез содержат не только синтезированную слюну. В нее попадают разносимые током крови лекарственные препараты, гормоны, вирусы и др., которые могут быть обнаружены лабораторными методами. Таким образом, анализ данных литературы указывает на нерешенные проблемы в антибактериальной терапии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. В частности, остается практически не исследованным микробный пейзаж при ГВЗ ЧЛЮ с учетом региональных и климатогеографических условий проживания пациентов. Традиционные схемы назначения антибактериальных препаратов не позволяют добиться необходимой терапевтической концентрации в организме больного и очаге гнойного воспаления. Более того, практически отсутствуют способы их мониторинга. Между тем рациональное использование фармакокинетического мониторинга антибиотиков может существенно повысить эффективность лечения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.

Литература:

1. Агапов В.С. Пути совершенствования методов лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / В.С. Агапов, И.А. Пиминова // Образование, наука и практика в стоматологии : тез. докл. всеросс. II науч.-практ. конф. – СПб. : Человек, 2005. – С. 16-17.
2. Антибиотики и противоинфекционный иммунитет / Н.Д. Ющук [и др.] – М.: Практическая медицина, 2012. – 232 с.
3. Антибактериальная терапия в лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области / О.В. Цымбалов [и др.] / Актуальные вопросы стоматологии : Сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. – М., 2003. – С. 156-157.

4. Артеменко К.Л. Повышение эффективности антимикробной терапии у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации / К.Л. Артеменко // Современные стоматологические технологии : Сб. науч. тр. 7-й науч.-практ. конф. Врачей стоматологов, посвящ. 15-летию стоматологического фак. АГМУ / Под ред. Л.Н. Тупиковой. – Барнаул : АГМУ, 2005. – С.21–23.

5. Дурново Е.А. Основные принципы планирования иммунокорректирующего лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / Е.А. Дурново // Образование, наука и практика в стоматологии : Тез. докл. II Всерос. науч.-практ. конф. – СПб. : Человек. – 2005. – С. 52-55.

6. Дутов А.А. О принципах и проблемах терапевтического мониторинга лекарств / А.А. Дутов // Лаборатория. – 2004. – № 4. – С. 3-5.

7. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных процессов / Н.Н. Бажанов, М.М. [и др.] // Стоматология. – 2004. – №3. – С. 87-89.

8. Кабанова С.А. Изучение спектра микрофлоры и чувствительности к антибиотикам у больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / С.А. Кабанова, А.К. Погоцкий // Актуальные вопросы стоматологии : Сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. – М., 2003. – С.55-56.

9. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002 –528 с

10. Кукес В.Г. Клиническая фармакология : учеб. / Под ред. В.Г. Кукеса. - 2-е изд., перераб.

11. Лечение нозокомиальной пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией легких, у хирургических больных / Б.Р. Гельфанд [и др.] // Consilium Medicum. – 2001. - Т. 3, № 7.-С. 24-30

ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Хасанов И.И., Шомуродов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

mr.ilkhom.khasanov@mail.ru

Актуальность. Серьезную проблему для хирургов-стоматологов представляет недостаточное количество и качество кости в случае утраты жевательной группы зубов на верхней челюсти. В последние годы методика синус-лифтинга с оптимизацией высоты альвеолярного отростка и коррекции дна верхнечелюстного синуса, приобретает все большее распространение.

Ключевыми причинами осложнений и неудовлетворительного качества дентальной имплантации следует назвать наличие объективных факторов, касающихся несовершенства и недостаточной информативности как клинических, так и инструментально-лабораторных методов местного обследования пациентов.

Цель исследования: изучить состояние фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с вторичной частичной адентией при применении дентальной имплантации верхней челюсти.

Материалы и методы исследования. Нами было осуществлено клинико-лабораторное обследование 72 пациентов с дефектами зубного ряда, обратившихся по поводу стоматологического лечения, в возрасте от 40 до 65 лет. В крови обследованных пациентов определяли показатели фосфорно-кальциевого обмена методом ИФА набором 1,25 Vitamin D ELISA (Immundiagnostik, Германия).

Результаты исследования. При изучении состояния фосфорно-кальциевого обмена в связи с успешным приживлением зубных имплантатов у пациентов с частичной адентией, были изучены уровни ионизированного кальция, неорганического фосфата и активности щелочной фосфатазы.

Общее содержание кальция в плазме крови у пациентов, нуждающихся в дентальной имплантации, составляла от 2,08 до 2,61 ммоль/л, в среднем $2,39 \pm 0,11$ ммоль/л количество ионизированного кальция в диапазоне от 1,18 до 1,33 ммоль/л, в среднем $1,26 \pm 0,05$ ммоль/л.

Уровень неорганического фосфата в плазме пациентов, нуждающихся в дентальной имплантации, колебалась от 0,86 до 1,44 ммоль/л, в среднем $1,09 \pm 0,17$ ммоль/л активность щелочной фосфатазы в диапазоне от 121 до 354 Ед/л, в среднем 179 ± 44 U/L и превышала физиологическую норму только у 2 пациентов.

Анализ показателей фосфорно-кальциевого обмена в разных группах показал, что уровень общего кальция был сопоставим в обеих группах независимо от успешности приживления ДИ и составлял от 2,17 до 2,54 ммоль/л у пациентов без отторжения ДИ и от 2,08 до 2,54 ммоль/л у пациентов с отторжением дентального имплантата ($p < 0,01$) ниже показателей, полученных во второй группе, где уровень Ca^{2+} колебался от 1,19 до 1,33 ммоль/л.

У лиц с успешным приживлением ДИ, содержание неорганического фосфора в плазме крови в диапазоне от 0,85 до 1,33 ммоль/л. Во второй группе, колебания уровня фосфата были в том же интервале от 0,9 до 1,33 ммоль/л. Не было статистически значимой разницы между группами по уровню неорганического фосфата.

Определение активности щелочной фосфатазы в группах испытуемых показало, что у пациентов первой группы она составляла от 121 до 247 МЕ/л. Во второй группе активность фермента была несколько выше и составляла от 140 до 354 Ед/л. При этом средние значения ЩФ от статистически значимых не различались между группами.

Выводы: В группе пациентов с неуспешным приживлением дентальных имплантатов, более высокие уровни свободного ионизированного кальция были определены при сравнимых уровнях общего кальция, неорганического фосфата, в то же время, следует отметить, что активность щелочной фосфатазы в группе больных с неблагоприятным исходом дентальной имплантации статистически значимые различия не выявлены.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
dentamaxplus@mail.ru*

Одонтогенные гаймориты – проблема, стоящая на стыке двух специальностей стоматологии и отоларингологии, их частота по данным авторов варьирует от 4,2% до 30% госпитализированных больных в челюстно-лицевые и ЛОР стационары [М.И. Азимов, 1977, С.З. Пискунов, 2008].

Опубликованные данные и результаты клинического опыта показывают, что причинами распространения инфекции в гайморовую пазуху являются поражённые зубы, расположенные вблизи дна данного синуса, перфорации дна гайморовой пазухи во время удаления зубов на верхней челюсти, осложнения синус лифтинга и периимплантиты [В.И. Гунько, 2008], и особенно при введении пломбировочного материала за верхушку корней зуба. За последние годы с внедрением высокотехнологического медицинского оборудования в стоматологию участились случаи возникновения ятрогенных гайморитов в результате попадания пломбировочного материала в гайморовую пазуху.

Целью нашей работы явилось изучение клинико-рентгенологических проявлений гайморитов ятрогенной этиологии и разработка комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Нами за 2019-2021гг. проведено комплексное обследование 45 больных с ятрогенным гайморитом, всем больным проведено комплексное обследование с использованием современных методов рентгенологической диагностики, ортопантограмма, MRT и 3D технологий. В зависимости от давности и локализации больные разделены на 3 группы. Результаты исследований показали, что в зависимости от давности и объёма, попавшего пломбировочного материала, его локализации, поражения бывает различные: от гиперплазии слизистой оболочки пазухи даже до гнойно-воспалительного процесса пазухи.

Из 45 обратившихся у 20 больных выявлена гиперплазия слизистой оболочки гайморовой пазухи, у 13 на фоне тотального затемнения пазухи проецировалась тень инородного тела. У 11 больных на фоне легкой завуалированности выявлена тень инородного тела находящегося в нижнем отделе пазухи, а у одного больного пломба находилась внутри радикулярной кисты, вросшейся в гайморовую пазуху. В зависимости от распространённости воспалительного процесса в пазухе и характера воспаления была выбрана определённая тактика и подход к оперативному лечению. Так при наличии в пазухе только инородного тела и гиперплазии слизистой проводили эндоназальную эндоскопическую микрогайморотомию, а при сочетании с гнойным воспалением, подтверждённая пункцией пазухи, радикальную гайморотомию. Таким образом при ятрогенных гайморитах тактика оперативного лечения выбирается соответственно характеру и распространённости воспалительного процесса на фоне инородного тела в пазухе.

Хирургический доступ было проведено с подчелюстной области. При этом разрез произведено 2 см ниже параллельно по краям нижней челюсти. В 80% случаев в начале проводили перевязку наружной сонной артерии и для хорошего доступа удаляли подчелюстную слюнную железу. Такие манипуляции обеспечивали профилактику интра и послеоперационного кровотечения и хороший обзор операционного поля, который в свою очередь позволяла радикально удалять опухоли. При изучение послеоперационного материала гистологически из 10 пациентов, у 3 установлена рак. Из них у 2 пациента установлена аденокарцинома, и у одного мукоэпидермоидный рак. В свою очередь эти больные получили комбинированную лечению. У остальных 7 пациентов определено смешанный опухоль (доброкачественный) слюнных желез.

Заключение: При анализе результатов лечения выявлено, что все парафаренгиальные опухоли исходили из слюнных желёз, смешанные опухоли. Из приведенного выше анализа можно сделать вывод, что у мужчин среднего возраста опухоли парафаренгиальной области встречается чаще и основным методом лечения является хирургическое лечение.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ DICOM (IMPLANT-ASSISTANT) НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Ходжаева Ф.Х., Дустматов Ж.Э., Махкамова Ф.Т.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Как известно, установка любых имплантатов требует от имплантолога повышенного внимания и абсолютной точности. Отсутствие четкого планирования расположения имплантатов в костной ткани, установка их в зависимости только от клинической ситуации, которая оценена только визуально на основании собственного клинического опыта и данных рентгенологического исследования могут привести к неправильной установке имплантата. Во избежание послеоперационных осложнений применяется программа DICOM (Implant-assistant).

Цель исследования. Оценить методику дентальной имплантации с помощью программы DICOM по данным клинических методов исследования.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели были проанализированы результаты 80 пациентов, из них 34 мужчин и 46 женщин с диагнозами «Периимплантит» и «Мукозит» в возрасте от 19 до 65 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – основная (42 пациента), у которых будут использованы разработанная методика дентальной имплантации с применением программы DICOM для профилактики ранних (гематома, кровоточивость, болезненность) и поздних (периимплантит, мукозит) осложнений с использованием гомеопатического препарата Траумель С.

2 группа – группа сравнения (38 пациентов), у которых будет использована стандартная методика дентальной имплантации с применением программ обработки данных. Для профилактики как ранних, так и поздних осложнений был использован нестероидный противовоспалительный препарат Кеторол Про. Статистическая обработка материала проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов исследования.

Результаты исследования. Среди пациентов с периимплантационным мукозитом достоверно преобладали женщины в возрасте 31-50 лет (30,7%) χ_2 (критерий Вилконсона) = 6.23, $p < 0,05$.

Среди пациентов с дентальными периимплантатами достоверно преобладали женщины в возрасте 31-50 лет (31,7%) $\chi_2 = 5.972$, $p < 0,05$.

У пациентов основной группы после проведения дентальной имплантации проводили курс элетрофореза на 2-3 сутки послеоперационного периода болевого синдрома у 13,6% пациентов причем в слабо-выраженной форме; на наличие выраженных болевых ощущений указывал только 1 пациент (2,4%).

Через 5-7 дней после операции слабые болевые ощущения сохранялись у 10,8%. Через 8-10 дней жалобы на «следовые» ощущения боли в области операции предъявлял лишь 1 пациент. У больных контрольной группы болевой синдром через 2-3 суток после операции дентальной имплантации достоверно ($p < 0,01$) проявлялся чаще у 76,5% пациентов чем у лиц основной группы, причем у подавляющего большинства пациентов (73,4%) наблюдались сильные и умеренно-выраженные болевые ощущения. К 5-7 суткам послеоперационного периода частота выявления болевого синдрома снижалась на 26,6%, причем в структуре болевого синдрома у 53,2% пациентов к этому сроку одинаково часто (по 26,6%) выявляли слабо и умеренно-выраженные формы. Через 8-10 дней дентальной имплантации у 9,5% сохранялся слабо-выраженный болевой синдром, у 2 пациентов (5,3%) умеренно-выраженная, иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва, боль в области имплантации на нижней челюсти сохранялась на протяжении всей недели после установки имплантата.

Каждый второй из пациентов контрольной группы с умеренно выраженным болевым синдромом вынужденно изменял свое «болевое» поведение за счет приема анальгетика (Кетонал), ограничивал функциональные нагрузки, гигиену полости рта, привычный пищевой рацион.

Выводы. Таким образом, при применении программы DICOM (Implant-assistant) наблюдалось уменьшение болевого синдрома, который проявлялся только у 1 пациента основной группы, тогда как в контрольной группе у каждого второго из пациентов наблюдался умеренно выраженный болевой синдром.

МУЛТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ

Ходжибекова Ю.М., Шодмонова Ч.Б., Каримова С.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт
yulduz.khodjibekova@mail.ru, shodmonovacharos@gmail.com, Povarek@mail.ru

При патологических процессах в области головы и шеи к КТ и МРТ прибегают преимущественно в случаях затруднения дифференциальной диагностики между изменённым лимфатическим узлом и новообразованием какого-либо генеза, при обширных поражениях зон шеи и лица патологическим процессом – для уточнения топической диагностики и определения точного соотношения этих изменений с окружающими тканями и сосудисто-нервным пучком.

L.E.Ginsberg (2007), A.L.Weber (2010) полагают, что при некоторых воспалительных заболеваниях шеи МСКТ является методом выбора для первичной диагностики поражения.

Воспалительные и инфекционные поражения шеи в зависимости от локализации могут быть классифицированы по двум группам:

- А) в мягких тканях;
- Б) в лимфатических узлах.

Лимфадениты. Компьютерно-томографические признаки: лимфатические узлы пониженной плотности, возможен отёк окружающей клетчатки, смещение задней стенки глотки вперед. В то же время С.М. Glasier (2006) более точным методом для дифференциальной диагностики лимфаденита и абсцесса является ультразвуковое исследование.

Компьютерная томография позволяет дифференцировать перитонзиллярные абсцессы от неосложненного тонзиллита. Воспалительные заболевания нёбных миндалин являются частой причиной гнойного лимфаденита латеральной группы лимфатических узлов ретрофарингеального пространства. Клиническая картина инфекционного поражения ретрофарингеального пространства характеризуется повышением температуры тела, слюнотечением, дисфагией, наличием боли в области шеи. МСКТ признаки: лимфатические узлы пониженной плотности, возможен отёк окружающей клетчатки, смещение задней стенки глотки вперед. Описаны признаки микобактериального поражения лимфатических узлов шеи, что имеет важное значение в связи с распространением СПИДа. У ВИЧ-инфицированных необходимо дифференцировать микобактериальное поражение лимфоузлов и с аденопатией, ассоциированной с саркомой Капоши.

Сиалоадениты, паротиты. Компьютерная томография применяется для оценки состояния слюнных желез при бактериальных инфекциях. Регистрируется увеличение слюнных желез, повышение плотности, часто сочетающиеся с МСКТ признаками воспалительных изменений прилежащих мягких тканей: утолщение кожного покрова, наличие сетчатого рисунка в подкожной жировой клетчатке. Возможно визуализация камней в выводном протоке слюнной железы и его дилатация. С помощью МСКТ диагностируется воспалительные изменения слюнных желез, вызванные радиацией.

Локальные инфильтративные изменения, абсцессы, флегмоны. Характеристика МСКТ-признаков воспаления подкожно-жировой клетчатки включает увеличение её объема и неравномерное повышение плотности фасции.

При диагностике абсцессов и флегмон в области шеи точность МСКТ составляет - 93%, чувствительность – 98 %, специфичность – 86%.

Проявление абсцесса – это единичные или множественные участки жидкостной плотности в лимфатическом узле с наличием или отсутствием содержания газа и периферического ободка повышенной плотности. Стенка абсцесса, как правило, утолщена.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Холиков А.А., Фаттаева Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) известны с древности. Еще в 460–370 гг. до н. э. представителем известной косской медицинской школы Гиппократом были описаны особенности лечения повреждения челюстей.

Цель исследования. Изучить строение аппарата троакара для применения в хирургических операциях в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. Классический троакара представляет собой полую трубку, в которую вставляются специальные стилеты, снабженные рукояткой. Простейшая схема устройства троакара: *Стилет* — острая часть троакара, служит для прокола кожи и мягких тканей с целью проникновения в брюшную или грудную полость, полость суставов, и др. В некоторых руководствах стилет троакара называют мандреном, видимо, по аналогии с похожим приспособлением в игле Бира. *Тубус* (трубка, гильза, канюля) — полая трубка, в которую вставляют стилет перед проколом. В последующем она остается в толще тканей, соединяя полость тела с окружающим пространством, то есть формируется своеобразный рабочий канал, через который вводят инструменты или извлекают удаленные органы и ткани. *Клапанный механизм* — устройство для предотвращения утечки газа наружу в момент извлечения инструментов из тубуса. Первые троакары не имели клапанной системы и предназначались преимущественно для эвакуации жидкости (экссудата, трансудата и др.) и дренирования полостей. *Краник газоподачи* — приспособление для инсуффляции (нагнетания) и десуффляции (изгнания) воздуха в/из брюшной полости. *Фиксатор* — металлический предмет с винтовой резьбой, прикрепляемый к тубусу снаружи для лучшей фиксации последнего в толще стенки.

По диаметру: 1) 2—3 мм — применяется в педиатрии для лапароскопии или торакокопии; 2) 5 мм — применяется для введения дополнительных инструментов соответствующего размера; 3) 10—12 мм — классические троакары для введения эндоскопа, клипатора и извлечения органа, биоптата в конце процедуры; 4) 15 мм, 18 мм, 20 мм — применяются для доставки в полость сшивающих аппаратов и других устройств, необходимых в эндохирургии (например, морцеллятора).

По устройству клапана 1. Плунжерный троакара имеет клапан, который представляет собой цилиндр, расположенный перпендикулярно к тубусу. В

цилиндре находится подвижный подпружиненный плунжер, при нажатии на который появляется отверстие, открывающее рабочий канал. Работая с таким троакар, хирург вынужден задействовать обе руки: одной рукой держать эндоскоп, а другой — нажимать на кнопку. 2. Магнитно-клапанный троакар — троакар, клапан которого представлен постоянным магнитом и стальным шариком, закрывающим рабочий канал. Данный троакар более надёжен в плане герметичности, поскольку здесь нет пружин и прокладок, но следует учитывать, что при использовании таких троакаров часто повреждается линза в оптических приборах, поскольку при извлечении последних из тубуса стальной шарик, закрывая рабочий канал, успевает ударить точно в центр линзы. Также отмечают феномен намагничивания окружающих металлических предметов. 3. Троакар с форточным клапаном — более распространённая модель. Клапан представляет собой «форточку», снабжённую мягкой пружиной. Форточки такого клапана отодвигаются в стороны при погружении инструмента в рабочий канал и смыкаются при его извлечении. 4. Троакар со створчатым клапаном — более совершенная модель, поскольку клапан не оказывает никакого влияния на вводимый инструмент и обеспечивает полную герметичность полости. Клапан представляет собой две эластичные створки, соприкасающиеся между собой наподобие створок митрального клапана сердца.

По строению стилета Конический стилет — стилет, лишённый режущих граней, создавался с целью уменьшения травматичности манипуляций. Однако оказалось, что такой троакар только рвёт ткани или раздвигает их, создавая сдавление и ишемию в месте проникновения. Пирамидальный стилет снабжен тремя (трёхгранный) или четырьмя (четырёхгранный) гранями с режущими краями.

Результаты исследования. Троакары нашли относительно широкое применение в клинической практике. В нашем случае мы применяли при переломах сустава или суставной головки нижней челюсти при внутри ротовым методом и создаёт минимальную травматику.

Вывод. Троакар — хирургический инструмент, предназначенный для проникновения в полости человеческого организма через покровные ткани с сохранением их герметичности в ходе манипуляций.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФРЕНУЛОТОМИИ ЯЗЫКА ПРИ НАРУШЕНИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА-ИГРОВАЯ ФОРМА”

Холманов Б.А ; Эшонкулов Ш.Б., Бурибаева У.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

E-mail: umidaburi@gmail.com

Актуальность. Укороченная уздечка языка часто наблюдается у детей. Примерно у 3% детей прикрепление может ограничивать нормальную подвижность языка, что может вызывать дискомфорт и затруднение при кормлении грудью, а также может влиять на развитие речи. После проведения френулотомии языка необходимо выполнять все предписания хирурга-

стоматолога. Следует отметить, что каждый случай индивидуален и требует отдельного подхода. В зависимости от ситуации во время реабилитационного периода могут потребоваться занятия с логопедом. Логопедический массаж и упражнения зарождают у ребенка чувство страха и «белого халата». В таких случаях, хирург назначает артикуляционную гимнастику в «игровой форме» с родителями в домашних условиях. После проведенной френулотомии языка занятия назначаются через 10-12 дней так, к этому времени швы уже рассасываются и начинается период рубцевания. В результате этого повышается эффективность исправления речи и повышения тонуса основных мышц подъязычной области.

Цель исследования. Изучение усовершенствование метода лечения ограниченной подвижности языка с использованием артикуляционной гимнастики после френулотомии языка.

Материалы методы исследования: В эксперименте участвовали 10 из них 6 мальчиков , 4 девочек в возрастной категории 5 -9 лет с диагнозом укороченная уздечка языка. Эти пациенты были разделены на 2 группы по 5 человек. 1 группа пациентов была прооперирована и пациенты отправлены к логопеду. 2- группа пациентов была прооперирована и пациентам назначена артикуляционная гимнастика в « игровой форме» в домашних условия продолжительностью 1,5-2 мес. на период рубцевания раны.

Упражнения для языка нужно делать 2 раза в день по 5-8 минут 1,5-2 месяца.

1. Цокать 5-6 раз
2. Язык тянуть к мягкому небу
3. Сворачивать в трубочку
4. «Футбол»
5. «Зубная щетка»
6. Язык тянуть максимально к подбородку
7. Язык тянуть к кончику носа
8. Пальцевой массаж языка – обязателен для получения ожидаемого

результата, для этого родитель должен указательным пальцем провести массирование область уздечки подъемом языка к мягкому небу. При болях упражнения лучше с 14-15 дня начать, но не позднее.

Результаты исследование . Были выставлены несколько критериев по котором производилась оценка состояния пациентов. Настоящее киническое исследование подтвердило то, что метод “Артикуляционная гимнастика-игровая форма” эффективен для предотвращения появления грубого рубца, что приводит к необходимости повторной операции и положительно влияет на качество произношения многих звуков. Это доказательство того, что эпителизация начинается с краев раны одновременно с образованием грануляционной ткани. Сразу после формирования рубца начинается его перестройка, что проявляется образованием эластических волокон и развитием новой фиброзной сети.

Исходя из этого артикуляционную гимнастику нужно провести регулярно именно в период рубцевания раны для оптимизации клинических результатов.

Выводы: Родителям необходимо быть осведомленными и обращать внимание на эту проблему. Вовремя устраненная короткая уздечка и правильная реабилитация решает множество проблем и не позволит запустить «порочный круг» различных осложнений, как со стороны полости рта, так и со стороны дефектов речи, и даже заболеваний внутренних органов. Как показывает исследование, метод “Артикуляционная гимнастика-игровая форма” является альтернативным методом лечения в эстетически важной зоне. Он показал чрезвычайно высокий успех в сравнение с другим методом. Сильной стороной метода является пальцевой массаж область уздечки и в результате получения немедленного изменения в положительную сторону в произношении многих звуков.

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Холмухамедов Д.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

E-mail: dilwodb3k@gmail.com

Актуальность. Ежегодно в мире заболевает плоскоклеточным раком органов полости рта и глотки более 11000 человек. Одногодичная летальность по статистике последнее десятилетие остается неизменной и составляет более 40%. Несмотря на доступность клиническому осмотру полости рта, выявление заболевания на ранних стадиях (cT1-2N0M0) составляет чуть более 30%. Для рака органов полости рта и глотки характерен быстрый инфильтративный рост, приводящий к раннему вовлечению в опухолевый процесс соседних анатомических структур. Характерным свойством рака слизистой органов полости рта и глотки является частое развитие регионарных метастазов, достигающее по данным различных авторов 40-70%. Злокачественные новообразования полости рта и глотки занимают второе место среди причин смертности населения и в связи с ее неуклонным ростом являются одним из негативных показателей в динамике состояния здоровья населения Узбекистана.

Целью исследования является изучение заболеваемости и смертности при раке полости рта в Республике Узбекистан.

Методы исследования: для изучения показателей состояния онкологической службы использованы данные Государственной статистической отчетности «Сведения о больных раком органов полости рта и глотки» по Российской Федерации и Республике Узбекистан за период 2008-2017 гг. Сбор данных осуществляли по общепринятым методикам. По Республике за 2008г., 2013г., 2015г., 2017г. показатель встречаемости рака органов полости рта губы, вновь выявленных при проведении профилактических осмотров, составил в 2008г.- 57,9%, в 2013г. - 63%, в 2015г. - 47%, в 2016г. - 41,5%. В 2017гг. отмечалось падение процента больных со злокачественными опухолями полости рта и глотки, вновь выявленных при проведении профилактических осмотров, 37,8% > 29,5%. Также, снижение показателя наблюдался в группе больных со злокачественными **ОПУХОЛЯМИ**

нёба, который составил в 2013г. - 37,5%, в 2015г. - 26,7%, а в 2017г.. Однако, в 2013, 2015, 2016гг. в группах больных со злокачественными опухолями. дна полости рта, других неуточненных отделов полости рта отмечался рост с 22,4% до 26,8%, с 21,3% до 28,2% и с 20,9% до 27,3% соответственно,

Выводы. Таким образом, совершенствование работы в перечисленных направлениях может способствовать улучшению онкологической службы страны и позволит усовершенствовать специализированную помощь населению, соответствующую современному техническому развитию медицинской науки.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Шаева Р.Г., Абдурахманов М.М.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр. Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино.

doctor.shayeva@mail.ru

Введение. Иммунокорректирующая терапия является одним из основных и важных компонентов в комплексной патогенетической терапии одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области(ЧЛО). Этапные и сложные реакции иммунной системы, в условиях системного воспалительного ответа и повреждения организма не позволяют сформировать однозначных рекомендаций для иммунокорректирующей терапии при одонтогенных флегмонах ЧЛО. Нельзя не отметить ряд разночтений в по оценке результатах исследований иммунной системы, как по изменению и динамике содержания про- и противовоспалительных цитокинов, так и в подходах к назначению иммунокорректирующих препаратов. Мы придерживаемся мнения о том, что иммунокорректирующая терапия должна основываться на реальных показателях исследований регуляторного и эффекторного звеньев иммунитета, быть индивидуализированной, для чего требуется проведение постоянного контроля показателей иммунной системы с оценкой эффективности использования иммуномодуляторов. Недостаточны данные о клинико-иммунологической эффективности препарата глюкозаминилмурамилдипептида в комплексном лечении одонтогенных флегмон ЧЛО.

Цель исследования. Изучить эффективность использования иммунокорректирующего препарата глюкозаминилмурамилдипептида при комплексном лечении флегмон ЧЛО.

Материалы и методы. Обследовано 49 человек с одонтогенными флегмонами ЧЛО, которые были распределены на две группы, все пациенты получали традиционную терапию. Дополнительно пациенты I группы (основная) получали - препарат ликопад® (29 чел.) и II группа - получали только традиционную терапию (20 чел.). В сыворотке обследованных определяли цитокины: TNF α , IL-1 β , IL-10, IL-17, IL-22, IL-4, TGF- β 1. Исследование проводили иммуноферментным твердофазным методом с помощью тест-систем ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург).

Результаты и обсуждение. Определено повышение цитокиновых показателей - TNF α , IL-10, IL-17, IL-22 и TGF- β 1. Также выявлено снижение показателей - IL-1 β и IL-4 в крови пациентов с флегмонами ЧЛО. В результате проводимой терапии определено, что у больных II группы, получавших только традиционную терапию, к 12 дню болезни у 75% не происходило нормализации показателей цитокинового профиля. Глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП - препарат ликолипид[®]) показал свою эффективность при иммунокоррекции и иммунопрофилактике, активирую иммунитет, через NOD2-рецепторы, которые являются ключевыми рецепторами врожденного иммунитета. Использование в терапии у пациентов I группы ликолипида[®] в комплексной терапии привело к умеренному повышению IL-1 β и IL-4, снижению количества TNF α , IL-17 и IL-22., что коррелировало с улучшением клинического течения болезни.

Заключение. Использование иммуномодулятора - ликолипид[®] в комплексной терапии одонтогенных флегмон ЧЛО обеспечивают снижение TNF α , IL-17, IL-22 и увеличение IL-1 β , IL-4, что способствует улучшению клинического течения болезни.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АТРОФИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Шерстобитов В.А., Брайловская Т.В. Калинин Р.В., Мамедов Х.И.

ГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

sherstobitov.viktor@inbox.ru, brailovsktv@mail.ru

Актуальность. Развитие агрессивной атрофии костной ткани у пациентов и недостаточная эффективность проведенных костнопластических операций являются одной из актуальных проблем современной стоматологии и служит основанием для дальнейшего изучения данной темы. Риск негативного исхода операций по увеличению параметров костной ткани может быть связан с полиморфизмом различных генов, кодирующих важные системы, связанные как с существующей атрофией костной ткани, так и с осложнениями, возникающими в постоперационном периоде. В настоящее время научные данные подтверждают существование генетической предрасположенности к агрессивной форме пародонтита и убыли костной ткани альвеолярного отростка, но не имеют достаточных доказательств, подтвержденных экспериментально и клинической практикой.

Цель работы. Структурировать имеющиеся данные зависимости наличия полиморфизмов определенных генов матриксных металлопротеиназ у пациентов с атрофией костной ткани челюстей. Выбрать полиморфизмы генов MMP для собственного диссертационного исследования.

Материал и методы исследования: Систематический поиск выполнялся в таких электронных библиографических базах как Web of Science PubMed, Google Scholar, Scopus, Medline, а также Elibrary и Dissercat .

Основным поисковым запросом были «матриксные металлопротеиназы, полиморфизм, атрофия костной ткани челюстей, переимплантит, заболевания пародонта, периодонтит, хронический пародонтит и агрессивный пародонтит».

На первом этапе проводили поиск источников с использованием ключевых слов.

Выполнен также ручной отбор статей по названиям на соответствие критериям исследования. На втором этапе просматривали аннотации статей и исключали публикации, не соответствующие критериям исследования. На третьем этапе просматривали полный текст отобранных статей на соответствие критериям включения и список литературы на наличие релевантных исследований

В результате систематического обзора рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа было проанализировано 983 источника из них были отобраны 23 зарубежных и 3 отечественных.

Результаты. Получены данные о механизме действия и функции матриксных металлопротеиназ в полости рта, а также изучены принципы воспалительного ответа и метаболизм костной ткани. На основании анализа литературных данных можно сделать вывод, что результаты влияния полиморфизмов генов матриксных металлопротеиназ показали зависимость от географического положения и этнической принадлежности населения. Таким образом, мы наблюдаем, что ММП являются первичными воротами для необратимого разрушения тканей пародонта, а полиморфизмы в определенных промоторных областях могут влиять на восприимчивость к заболеванию.

Заключение. Благодаря настоящему анализу литературы отобраны полиморфизмы генов ММП для нашего исследования. Были выбраны наиболее изученные полиморфизмы, показавшие корреляцию с агрессивным и хроническим пародонтитом такими как MMP-1 (-1607 1G / 2G); MMP-8 (-799 C / T); MMP-9 (-1562 C / T)

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПО ТОМОГРАММАМ

Ширинов М.К., Пулатова Б.Ж.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Актуальность темы. Наличие у ребенка врожденной расщелины верхней губы и неба вызывает ряд серьезных эстетических и функциональных нарушений. В большинстве случаев врожденная патология челюстно-лицевой области приводит к инвалидизации детей, что подчеркивает актуальность решения медико-социальной проблемы лечения детей в раннем возрасте. Эффективность реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба оценивается по результатам комплексного хирургического, ортодонтического и логопедического лечения. Тем не менее, до настоящего времени отсутствует единый подход к выбору возрастного срока и метода пластики расщелины неба.

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба за счет обоснованного подхода к выбору способа пластики дефекта неба.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 203 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет с врожденными расщелинами верхней губы и неба, состоящих на диспансерном учете в отделении Детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, в 2016-2019гг. и 30 детей, не имеющих патологии в небно-глоточной области.

Группы в зависимости от способов лечения были разделены следующим образом:

I (n=78) основная группа, состояла из детей, которым была произведена этапы раннего ортодонтического лечения с модификацией назоальвеолярного молдинга с носовым стентом, прооперированных предложенным способом уранопластики по Амануллаеву Р.А., Пулатова Б.Ж. (Патент на полезную модель АИС РУ № FAP 01378 от 31.05.2019г).

II (n=83) группа сравнения, в которой было проведено традиционное лечение: предхирургическое ортодонтическое лечение преформирующей пластинкой до первичной хейлопластики, в возрасте от 8 до 12 месяцев хейлопластика, в 1,5-3 года проведена велопластика и в 4-6 летнем возрасте уранопластика.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффективности хирургического и раннего ортодонтического лечения детей с ВРГН проводилась по томограммам Магнитно-резонансного томографии (МРТ).

В группе наблюдения, где дети с ВРГН были оперированы по предлагаемому нами способом с формированием мышечного перешейка из m.LVP с продольным ушиванием раны (Патент на полезную модель № FAP 01377 от 31.05.2019), параметры длины мягкого неба составили $28,8 \pm 0,5$ мм; угол хода m.LVP справа и слева $59,4 \pm 1,6$ градусов; общая длина m.LVP справа и слева длина мышцы в среднем колебалась $30,4 \pm 1,5$ мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева $2,2 \pm 0,2$ мм; ширина по центру m.LVP составляет $2,9 \pm 0,2$ мм.

В возрасте 4-6 лет длина мягкого неба составила $29,5 \pm 1,5$ мм; угол хода m.LVP справа и слева $57,7 \pm 1,6$ градусов; общая длина m.LVP справа и слева длина мышцы в среднем колебалась $35,1 \pm 1,2$ мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева $2,9 \pm 0,2$ мм; ширина по центру m.LVP составляет $3,1 \pm 0,2$ мм.

Результаты проведенных исследований длины m.LVP значений восстановления длины m.LVP в I группе после уранопластики по предложенной методике восстановление длины m.LVP достигается до 92,4%, в то время как после уранопластики традиционным способом, использованным в клинике на 81,5%.

Выводы: Полученные МРТ данные при предложенном нами способе хирургического лечения врожденной расщелины неба обеспечивают объективную оценку состояния небно-глоточной области и небно-глоточной недостаточности у детей с расщелиной неба в восстановительном периоде после уранопластики.

ИККИ ТОМОНЛАМА ЛАБ ЁРИҒИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА БИР ВАҚТНИ ЎЗИДА ЗАМОНАВИЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКА

Шокиров Д.А., Жафаров М.М., Кучкоров Ш.Б.,

Фаргона вилояти болалар қуп тармоқли тиббиёт маркази

Тадқиқот мақсади. Икки томонлама юқори лаб ёриғи билан туғилган болаларда бир вақтни ўзида икки томонлама лаб ёриғини бартараф этиш. Болани озикланиши учун қулайлик яратиш, икки уч маротабалик жаррохлик амалиётини қисқартириб. Болада келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтириш билан бирга пластик жаррохлик амалиёти натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари. 2018-2021 йил мобайнида марказни Юз-жағ ва Реконструктив пластик жаррохлик бўлимида “ Икки томонлама лаб ва танглай ёриғи” ташхиси билан 25 нафар бемор болаларга замонавий жаррохлик амалиётлари ўтказилди. 10 нафарида операция олди муолажаси NAM (noso alveolar mulding) апарати ўрнатилди ва улардаги овқатланишга бўлган қийинчилик ва деформация нуқсони бартараф этилди. Хасталикнинг асосий сабаби хомиладорликнинг 1-уч ойлик вақтидаги эмотцианал ҳолатни зўриқиши (қўрқиш, сиқилиш, асабийлашиш), зарарли одатлар (алкогол ичимликлар ва тамаки чекиш), Хомиладорлик вақтидаги шамоллашда олинган (антибиотиклар, сульфаниламидлар) кабилар ва бошқа экзоген тасирлар оқибатида юзага келади. Барча беморлар, жаррохлик амалиёти даврида маҳалли тўқималар ёрдамида Millrad. Tenson. Fisher методикаси йўли билан икки томонлама юқориги лаб ёриғи бартараф этилди. Операция вақтида беморни умумий оғриқсизлантириш (энтра трахеал наркоз) остида юзи ва оғиз бўшлиғида стерил шароид ҳосил қилинади. Юқориги лаб ёриғига А,Б,В,Г,Д нуқталари бўйлаб дизайн чизилади ва маҳаллий оғриқсизлантириш мақсадида Лидокаин 2%-2.0 мл+Натрий хлориди 0.9%-2.0 мл ва Адреналин 1:8000 нисбатда инеция қилинади. 3 дақиқадан кейин дизайн бўйлаб кесилади ва А,Б,В,Г,Д лоскутлари ажратилади. Оғизни айлана мускуллари ўнг ва чап томондан, ҳамда ўрта бўлак ўткир ва ўтмас йўллар билан ажратилади. Жароҳат соҳасида гемостаз ўтказилади ва оғиз айлана мускуллари ўнг ва чап томондан юқориги лабни ўрта бўлагига яни бурун тўсиғи асосига келтириб Vicryl ПГА 6-0 (о) билан тикилади. Мускулни қолган соҳалари ҳам шу йўсинда боғланади. Ҳосил қилинган лоскутлар ўрин алмаштириб учма уч келтирилиб тери ости ёғ қавати Vicryl ПГА 6-0 (о) иплари билан тери қавати Prolene 6-0 (-) иплари билан оддий чоклар ёрдамида мустаҳкамланади. Бурун катаклари симметрик ўлчовга келтирилиб тикилади. Жароҳат соҳада тери қавати яхши ривовланиши ва микроциркулятор қон томирлар фаолиятини кучайтириш мақсадида тери устига бетадин эритмаси билан ишлов бериб, ”Целестодерм В с гарамидин” ли аппликация-гармонли малхам суртилади. Сўнгра асептик Medioform босувчи боғлам қўйилади. Операциядан кейинги биринчи боғлови 1-суткаларда амалга оширилади. Жароҳатланган терининг устига 1-2 соатга музли халтача қўйилади. Жароҳатдаги чоклар операциядан кейинги 6-7-суткаларда олинади. 3-5 ой мобайнида ташқи тасир ва сувлардан, қуёш нуридан химояланиш, Dermatix, Sodermix (ултра гель), Celo-cote малхамларидан массажда фойдаланишлари тавсия этилади.

Хулоса. Ушбу ўтказилган жаррохлик муолажаларнинг асосий натижаси 3-6-ойдан сўнг яққол кўзга ташланади. Болалардаги туғма икки томонлама юқориги лаб, қаттиқ ва юмшоқ танглай ёриғини бир вақтни ўзида икки томонлама ёриқни Millrad усулида билан бартараф этиш пластикаси амалиётда кенг қўлланиб, болаларни ўсиб ривожланиши, овқатланишидаги қийинчиликларни ва рухий истироб туғдираётган касметик гўзаллик ҳамда уларда чегараланган мимик ўзгаришларни бартараф этиб, юздаги деформацияни қайта тиклаш ва қайта жаррохлик столига ётмаслик имкониятини беради.

ШКАЛЫ СУБМЕНТАЛЬНОГО НОСА ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСПРАВЛЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ **Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Мукимов Ш.И.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Хирургическое восстановление врожденных расщелины губы и неба (ВРГН) обычно проводится в раннем возрасте, хейлопластика проводится в возрасте от трех месяцев, а палатопластика - от 2 лет. Независимо от сроков операции и используемых методов, остаточная деформация и асимметрия вокруг носогубной области, по-видимому, характеризуют внешний вид пациентов с ВРГН. Среди вторичных деформаций, наблюдаемых после коррекционной операции ВРГН, - широкие ноздри, короткая и плоская верхняя губа, гипопластическая верхняя челюсть, приводящая к ретрузии верхней губы и плоский нос. Эти нарушения имеют важное влияние на привлекательность лица и психосоциальное благополучие. Пациенты с ВРГН более застенчивы и социально подавлены по сравнению с людьми без расщелин. Они также сообщили, что их дразнили в детстве и юности; и часто подвергаются стигматизации в социальных ситуациях. Комплексная оценка множества аспектов ВРГН имеет важное значение. В то время как удовлетворенность пациентов, психосоциальное самочувствие, речь и взаимоотношения зубной дуги были тщательно оценены, оценка внешнего вида лица ограничена.

Целью одностороннего восстановления расщелины губы является создание носогубной симметрии и коррекция деформированных носовых структур (Mullikan and La Brie, 2012).

Существует множество различий в оценке деформации, связанной с расщелиной, и ее можно в целом классифицировать как количественную и качественную оценку. Качественная оценка носогубного внешнего вида включает в себя субъективное восприятие деформации без выполнения каких-либо измерений на материале стимула, которое может варьироваться от цветных фотографий, проецируемых прозрачных пленок до цифровых фотографий на экране. Ашер-МакДейд и соавт. разработали стандартизированный метод оценки носогубного внешнего вида пациентов с односторонней расщелиной губы и неба (ОВРГН) с использованием стандартных цветных фронтальных и боковых фотографий. Носогубная область оценивается по пятибалльной порядковой шкале: 1 - очень хороший внешний вид, а 5 - очень плохой. Хотя этот метод прост и быстр, он также довольно

субъективен и в значительной степени опирается на опыт судей и знакомство с техникой.

Количественный анализ деформации, связанной с расщелиной, включает лицевые измерения между указанными лицевыми ориентирами. Антропометрическая оценка может проводиться непосредственно на живых объектах или косвенно на гипсовых слепках, двумерных (2D) фотографиях и трехмерных (3D) изображениях. Хотя прямое измерение объекта считалось золотым стандартом, у него есть много недостатков, которые включают в себя тот факт, что это отнимает много времени, требует значительного сотрудничества с пациентом и создает риск получения травм, особенно при проведении измерений вокруг глаз. Трехмерные изображения, например, стереофотограмметрия и лазерное сканирование поверхности, были проверены и доказали, что они соответствуют стандарту прямого измерения. Значения, зарегистрированные 3D-системами, оказались точными и надежными для клинического использования. Недавний систематический обзор был проведен для оценки результатов лечения у пациентов с расщелиной губы и неба с использованием 3D-технологий. Анализ мягких тканей проводился с помощью стереофотограмметрии или лазерного сканирования поверхности, поскольку эти методы, по-видимому, являются надежными методами для количественного измерения асимметрии и трехмерных изменений в мягких тканях после лечения. Другой систематический обзор подразумевает, что системы стереофотограмметрической визуализации более надежны и, возможно, стали новым золотым стандартом.

Традиционно внешний вид губы и носа оценивается путем оценки фронтальных и боковых двумерных (2D) фотографий (Saxby and Palmer, 1986; Asher-McDade и др., 1991; Cussons и др., 1993; Tobiasen and Hiebert, 1994; Мосмюллер и др., 2013). Деформации носа, а не губ, привлекают больше внимания к асимметриям лица (Sundine and Phillips, 2004; He и др., 2009), в то время как нос был оценен как наименее удовлетворительная структура при оценке внешнего вида лица как пациентами, так и специалистами (Gkantidis и др., 2013). Учитывая важность внешнего вида носа, оценка результатов восстановления расщелины губы должна быть комплексной. Фронтального и бокового обзора недостаточно, чтобы выровнять нос по всем параметрам. Новый инструмент, ориентированный на субментальный вид, позволит провести полную трехмерную (3D) оценку внешнего вида носа при использовании в сочетании с валидированными шкалами латеральной и фронтальной части, такими как шкала Ашера-Макдейда или шкала эстетической оценки расщелины (Mosmuller et al. др., 2017).

Многие исследования подчеркивают важность субментальной точки зрения, характеризуя ее как наиболее трудную для совершенствования (Pigott, 1985; Rubin и др., 2015; Mosmuller и др., 2017; Mulder и др., 2018). Хотя это представление не отражает всей назолабиальной привлекательности человека, поскольку базальная перспектива редко отображается в социальных обстоятельствах, тем не менее важные носовые структуры, такие как колумелла и крылья носа, оптимально визуализируются в этом представлении и могут

быть важны при сравнении хирургических методов или хирурга и бригады расщелины. Поскольку мнение экспертов по-прежнему является стандартом при оценке оперативных исходов восстановления расщелины губы, это исследование было направлено на определение характеристик носа, которые являются прогностическими для стандарта хирурга с расщелиной губы, после чего описывается новый метод 2D фотографической оценки для оценки субментального вида.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Мукимов Ш.И.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Цефалометрический анализ является отличительной чертой в правильной диагностике и планировании лечения пациентов с тяжелым нарушением прикуса. Доступно множество анализов (Wylie et al., 1987), некоторые из которых предпочитают ортодонты, а другие хирурги. Большинство из наиболее популярных цефалометрических анализов для хирургов использует несколько угловых измерений, которые отлично подходит для оценки положения зуба, но менее точны в оценке положения челюсти (Steiner, 2003). Кроме того, почти все боковые цефалометрические анализы используют внутричерепные контрольные метки, которые трудно идентифицировать и, вместо того чтобы использовать оператор-позицию натурального головки (ОПНГ), использовать опорные плоскости, такие как франкфуртской горизонтальной плоскости, которые являются более подходящими для антропологии (Broca, 2002). Наконец, угловые измерения трудно перевести на планирование и проведение хирургических изменений. Чтобы преодолеть эти недостатки, был разработан цефалометрический анализ (Burstone et al., 1978; Legan, Burstone, 1980), в котором используются в основном миллиметровые линейные измерения, сделанные в ОПНГ, которые соответствуют различным типам хирургических движений, которые хирург может выполнить во время ортогнатической хирургии. и могут быть переданы непосредственно в операционную.

Даже с улучшенным боковым цефалометрическим анализом, третье измерение в поперечной или корональной плоскости в значительной степени было упущено. К сожалению, единственным доступным в то время инструментом для обратного анализа была задне-передняя (ЗП) цефалограмма, которая чревата ошибками экспозиции и трассировки. Эти ошибки являются результатом небольших поворотов в положении головы во время воздействия, которые приводят к неточной диагностике асимметрии, а существенные артефакты суперпозиции затрудняют чтение цефалограммы ЗП.

Недостатки как латерального, так и ЗП цефалометрического анализа можно преодолеть с помощью КТ. Данные КТ не только позволяют точно создавать двумерные рентгенограммы (Bholsithi et al., 2009; van Vlijmen et al., 2010; Pape et al., 2012; Zamora et al., 2012), но и перемещаться по нарезкам по набору данных, чтобы избежать накладывание точек. В настоящее время предпринимаются попытки выполнить настоящий трехмерный анализ

структуры с помощью КТ. Методы находятся в зачаточном состоянии, и многие из них все еще нуждаются в валидации (Fuhrmann et al., 1996; Olszewski et al., 2006; Noguchi et al., 2007; Chenin, 2010), но настоящий 3D-цефалометрический анализ, который дополняет 3D клинический и лицевой анализ. С точки зрения хирурга, 3D-визуализация дает множество преимуществ при подготовке и оценке результатов ортогнатической операции. Предоперационная оценка костной поддержки зубного ряда и межзубных промежутков для межзубных остеотомий в идеале выполняется с визуализацией КТ.

Послеоперационная оценка с 3D - визуализации позволяет определить с высоким разрешением остеоинтеграции и фиксации, которые имеют важное значение в реализации непрерывного улучшения качества процессов. Они включают в себя предоставление возможности хирургам критически оценивать свои результаты, тем самым помогая избежать повторения тех же ошибок и способствуя эволюции своих методов. Например, КТ позволяет документировать частоту и положение переломов крыловидной пластинки и отклоненных перегородок после остеотомии LeFort; хорошая визуализация положения перелома при двусторонней сагиттальной расщепленной остеотомии.

Алгоритм лечения, использованный в авторской практике, основан на значительной работе Xia и (2005) и Hsu (2013). Запись центрального отношения получается с помощью жесткого слепочного материала с использованием специального зажима перед сканированием КТ. Затем выполняется сканирование КТ с установленной записью центрального соотношения (ЦС), обеспечивающей сохранение желаемого положения нижней челюсти во время получения изображения. Последнее, гироскоп сфера крепится к записи ЦС и используется для приобретения записи ОПНГ. ОПНГ регистрируется три раза после того, как он велел пациенту расслабиться и посмотреть на горизонт. Этот последний шаг является ключом к разработке внешней системы отсчета для трехмерного цефалометрического анализа.

Развитие цефалометрического анализа на основе внешней системы отсчета было одним из наиболее значительных достижений в планировании хирургического вмешательства (Gateno et al. 2011). Чтобы понять эту систему и ее значение, полезно сравнить ее с более традиционными внутренними системами отсчета, с которыми знакомы хирурги и ортодонты. В этой парадигме, когда часть лица описывается с точки зрения размера и положения, это делается со ссылкой на другую часть лица, которая составляет внутреннюю ссылку. Так, например, положение верхней и нижней челюсти часто описаны по отношению к основанию черепа, Франкфурт горизонтальной плоскости (А и В указывают на мягкую ткань назионаперпендикуляра, соответственно). Использование внутреннего эталона для оценки других частей лица предполагает, что часть лица или черепа, используемая в качестве эталона, является нормальной. Это предположение является самым большим ограничением внутренней системы отсчета, потому что это редко асимметрия бывает локализованы в одной части лица.

Хотя определение вертикального пропорции лица сагиттального положения челюстей хорошо выполнено с боковой цефалограммой, асимметрия хорошо не характеризуется с цефалограммойЗП. Это особенно относится двух типов асимметрии во фронтальной плоскости, классифицируемых как наклоняются и рыскание уродств.

Технология КТ внесла существенный вклад в диагностику и лечение ортогнатической хирургии. Это позволило появление 3D цефалометрии становится обычным местом в профессии. Точность и эффективность ортогнатической хирургии улучшились в результате технологии. Наконец, у хирургов теперь есть инструмент для полной и критической оценки своих результатов и для продвижения искусства и науки в дисциплине.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ

Шомуродов К.Э., Маликов С.О., Нарзиева М.И.

Тошкент Давлат Стоматология Институту

Актуальность темы: В структуре стоматологических заболеваний больные с одонтогенными кистами и кистоподобными доброкачественными образованиями занимают определенное место, и их количество не имеет тенденцию к снижению. На сегодняшний день проблема лечения больных с одонтогенными кистами и кистоподобными образованиями считаются решенными, и радикальным его методом является оперативное вмешательство. В 1892 и 1910 гг. Раг'И1 предложил два метода хирургических операций: цистотомия (именуемая как «операция РагШ-1») и цистэктомия («операция РагШ-И»), Ретроспективное наблюдение над оперированными больными показывает, что в последние годы чаще выполняют цистэктомию («операция Раг'ЬП»)-полное вылушивание кисты. С целью ускорения послеоперационной реабилитации и заполнения костного дефекта в последние годы в клинической практике выполняют операцию пластическую цистэктомию. Для ее проведения разработаны и предложены различные биологические и медицинские материалы, активно влияющие на репаративный остеогенез в зоне оперативного вмешательства.

Цель исследования: Совершенствование лечения больных одонтогенными кистами челюстей с применением костного материала для заполнения дефекта.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность одонтогенных кист среди доброкачественных кистоподобных образований челюстно-лицевой области по данным Узбекистана.

2. Определить в эксперименте влияние пористого проницаемого никелид-титана на жизнеспособность, пролиферативную активность, подвижность и фенотипические изменения в клетках.

3. Разработать и внедрить в клиническую практику новые методы хирургического лечения одонтогенных кист с использованием наполнителей и металлических мембран направленного действия из гранулированного и тканевого титана.

4. Провести сравнительный анализ результатов лечения одонтогенных кист челюстей традиционными и разработанными новыми методами остеопластики.

Материалы и методы исследования: Нами было изучено в стационаре и в амбулаторных условиях 12 пациентов в среднем 35-40 лет. Им было проведено следующие диагнозы:-

1. Клинико-лабораторные исследования;

2. Рентгенологические исследования;

Результаты исследований: Из 12 взятых пациентов 5 были женщинами и 7 мужчинами в возрасте от 40 до 50 лет. При клиническом и рентгенологическом обследовании выявлено, что у 51,5% пациентов кисты были на верхней челюсти, а у 48,5% - на нижней.

Исходя из следующих данных, был выбран хирургический метод, и пациенты были прооперированы соответственно. Шести пациентам была выполнена цистэктомия одновременно полость заполнена с костным материалом, и остальным пациентам проведено цистэктомия без замещения костного материала. Интерпретировали результаты через 2 недели, 1 месяц и 3 месяца.

Заключение: Было выявлено что у пациентов проведенный цистэктомия одновременно с костным материалом костный материал образовался быстрее чем без замещения костного материала.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Шомуродов Қ.Э., Икрамов Г.А., Рахманов С.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основными задачами диагностики воспалительных заболеваний являются: возможно быстрое и точное определение нозологической формы патологического процесса; уточнение его топографии и распространенности; выяснение источника инфицирования как причины развития заболевания; контроль за динамикой заболевания во время лечения пациента. Частота ошибочных направительных диагнозов при одонтогенных воспалительных процессах, а также - при лимфадените составляет 20-50%. Основными причинами такого состояния диагностики являются: свойственная детскому возрасту высокая скорость распространения воспалительного процесса; схожесть и неоднозначность клинических проявлений различных форм острых воспалительных процессов; отсутствие четких клинических граней перехода одной нозологической формы в другую; затруднения в сборе объективного анамнеза и ограниченные возможности физикального обследования больного ребенка. Имеющиеся в специальной отечественной и зарубежной литературе публикации, посвященные эхографической диагностике воспалительных заболеваний слюнных желез и лимфатических узлов шеи, а также - касающиеся эхографического распознавания воспалительных инфильтратов и флегмон клетчаточных пространств лица и шеи, диагностики воспалившихся и нагноившихся кист, выявления периостита, основаны, в большей своей части,

на обследовании взрослого контингента больных. Кроме того, они имеют, в основном, пропедевтическое или факультетское, но не госпитальное направление: в них обсуждаются эхографические признаки, свойственные той или иной форме воспаления различных органов и тканей челюстно-лицевой области, но не рассматривается место эхографического исследования и алгоритм его применения в исключительно неоднородной клинической группе больных с острыми воспалительными процессами в мягких тканях лица и шеи. Остается также мало изученным вопрос эхографического контроля динамики воспалительного процесса в мягких тканях лица и шеи у детей, особенно с применением современных эхографических технологий - цветового и энергетического доплеровского картирования кровотока. Вышесказанное побудило провести настоящее исследование, поскольку от точности и оперативности постановки диагноза во многом зависит тактика лечения пациента, решение вопроса о необходимости хирургического вмешательства и прогноз заболевания у ребенка.

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей на основе использования эхографических исследований.

Задачи исследования: Определить диагностическую эффективность применения эхографического исследования в дифференциальной диагностике серозных и гнойных форм острых воспалительных процессов в мягких тканях лица и шеи у детей

Нами обследовано 40 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ТГСИ с острым серозными и гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области.

У 4 из 20 пациентов (20%) с острым серозным лимфаденитом и у 5 из 20 пациентов (25%) с лимфаденитом и периаденитом эхографически удалось проследить переход серозного процесса в гнойный, когда в течение 2 - 4 дней происходило изменение эхографической картины от проявлений, свойственных острому серозному лимфадениту к проявлениям, свойственным частичному расплавлению лимфатического узла. Воспалительный инфильтрат без признаков гнойного расплавления и без наличия в нем лимфатических узлов был выявлен у 4 детей. Проведенное в день поступления в стационар эхографическое исследование, позволило выявить гнойное поражение у 5 детей. Кроме того, у 7 пациентов за время их пребывания в стационаре серозный лимфаденит перешел в гнойный (у 5 из них динамика прослежена эхографически). То есть, суммарно гнойное воспаление отмечено у 20 детей (50%). По факту выявления гнойного поражения расхождений между данными эхографического исследования и результатами хирургического вмешательства не было. Более того, ультразвуковое исследование позволило выявить фазу частичного гнойного расплавления лимфатического узла - как начальную, но уже необратимую стадию перехода воспаления от серозного процесса к гнойному. Показано, что ультразвуковое исследование высокого разрешения помогает проводить объективную оценку состояния мягких тканей челюстно-

лицевой области при основных заболеваниях этой зоны, что адекватно влияет на выбор тактики лечения.

Выводы:

1. При обследовании детей с острыми воспалительными процессами в мягких тканях лица и шеи эхографическое исследование является непременной составляющей диагностического комплекса и проводится в числе первоочередных методов диагностики непосредственно при первичном обследовании пациента, а при необходимости контроля за динамикой заболевания - выполняться каждые 2 - 3 дня.

2. Выявление острого воспалительного поражения лимфатических узлов лица и шеи у детей требует уточнения его характера: острый лимфаденит или обострение хронического, серозный или гнойный лимфаденит, наличие или отсутствие перифокального инфильтрата (периаденита).

ПРИЧИНЫ УДАЛЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Шагошева А.А., Дронов С.В., Карапузова А.И., Бакаева М.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»

*asya-008@list.ru demsport@yandex.ru k_anastasi@inbox.ru
bakayeva_madina@mail.ru*

Преждевременное удаление молочных зубов у детей является одной из причин развития зубочелюстных аномалий, заболеваний органов пищеварения, нарушений речи. Кроме того, ранняя потеря молочных зубов может приводить к развитию осложнений кариеса и травмам зубов. В разработке мер профилактики преждевременной потери молочных зубов может помочь мониторинг удалений зубов у детей.

Проведено стоматологическое обследование 302 детей в возрасте 2-12 лет, которые в период с сентября 2020 г. по сентябрь 2021 г. обратились в частную стоматологическую клинику. От законных представителей детей было получено информированное согласие на участие в исследовании. У детей проводили стандартный осмотр полости рта, собирали анамнез, изучали катамнез. Всего были изучены причины удалений 315 молочных зубов. Полученные данные обрабатывали методами вариационной статистики.

Большинство молочных зубов у детей были удалены прежде срока физиологической смены, вследствие развития острых и хронических воспалительных процессов – 70,8% случаев. Наиболее частой причиной преждевременного удаления молочных зубов было обострение хронического периодонтита – 59,7% случаев, реже зубы удаляли из-за хронического периодонтита и острого периостита – 10,3% и 6,4% случаев соответственно. В связи со сменой прикуса были удалены 23,6% молочных зубов. Различия между частотами удалений молочных зубов по поводу воспалительных процессов и смены прикуса были значимыми статистически ($p < 0,001$).

В клинике удалялись молочные зубы чаще всего в плановом порядке, по направлению детского стоматолога – 72% случаев: среди них по поводу

хронического периодонтита – 39%, смены прикуса – 33%. В 28% случаев были проведены удаления вследствие обострения хронического периодонтита.

Наиболее частой причиной преждевременного удаления молочных зубов являлось обострение хронического периодонтита (74,3%), реже – по поводу хронического периодонтита (19,2%) и острого периостита (6,5%). Среди молочных зубов, удаленных раньше времени, 27,1% были ранее лечены по поводу кариеса или пульпита, а большинство (72,9%) – ранее не подвергались лечению. Зубы, не подвергавшиеся лечению, почти все (85,8%) удалялись вследствие острых воспалительных процессов, по поводу хронического периодонтита были удалены всего 14,2% зубов. Среди ранее леченых молочных зубов большинство (69,4%) также были удалены из-за острых воспалительных зубов, 30,6% было удалено из-за хронического периодонтит.

Основной причиной удаления молочных зубов у детей являлось развитие острых и хронических воспалительных процессов (70,8% случаев), по поводу смены прикуса зубы удалялись в 2,4 раза реже. Преждевременное удаление молочных зубов проводилось, чаще всего, по поводу обострения хронического периодонтита (59,7% случаев). Преждевременно удаленные молочные зубы, как правило, ранее не подвергались лечению (72,9% случаев).

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИИМПЛАНТИТА

Эшонкулов Ш.Б., Дадамухамедова Н.Н., Эшмаматов И.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

E-mail: shuxrat_b_eshonkulov@yahoo.com

Актуальность исследования: Фотодинамическая терапия (ФДТ) - один из новейших методов лечения воспалительных заболеваний, вызванных теми или иными инфекциями или хроническим воспалением, с успехом применяется в ряде европейских стран с 1999 года.

Лечение заключается в обработке патогенных зон лазером с предварительным нанесением фотосенсибилизатора. После лазерного воздействия образуется фотокоагуляционная пленка, предохраняющая от повторного проникновения микробов.

ФДТ эффективно уничтожает «помочную» микрофлору, положительно воздействует на пораженные ткани, вызывает улучшение микроциркуляции и способствует заживлению.

Процедура безболезненна. Через несколько часов после сеанса состояние патологического очага заметно улучшается: проходит воспаление и отечность, на следующий день исчезает кровоточивость.

Преимущества применения ФДТ в стоматологии на сегодняшний день доказаны практикой и неоспоримы: безопасность, отсутствие нежелательных эффектов, ограниченное применение анестетиков и, что особенно важно, возможность проводить лечение без применения антибиотиков и антисептиков. Все это обеспечивает щадящее лечение, комфортные условия для врача и пациента, ускорение сроков лечения с достижением максимального результата. Широка и область применения этого метода в стоматологии: пародонтит,

гингивит, обработка кариозной полости и корневого канала, стоматит, периимплантит (воспаление тканей вокруг имплантата).

Микробиологическая инфекция периимплантитных тканей на сегодня является одним из самых сложных осложнений для сохранения имплантата. Вследствие образования рубца на мягких тканях из-за инфекции снижаются защитные механизмы пародонтальных тканей.

Поверхность имплантата с шероховатой структурой является идеальной средой для развития бактерий, как только имплантат устанавливается в полость рта. Микробиологическую нагрузку и клинические симптомы следует сравнивать с пародонтопатией. Антибактериальное фотодинамическое лечение при всех существующих видах бактерий демонстрирует высокие показатели для антибактериальной редукции.

Материалы и методы: В период от 2003 по 2006 год во время систематических контрольных осмотров установленных имплантатов у 25 пациентов выявлены клинические симптомы периимплантита, включая кровоточивость при зондировании.

Первоначальная концепция лечения охватывала инструктаж по уходу за зубами, субгингивальную очистку и анализ механических причин. 5 пациентов прошли лечение имплантатами после реабилитации вследствие рака с пересадкой кожи и страдали из-за острой инфекции *Candida albicans*.

После механической очистки всем пациентам ввели фотосенситазу по 1 минуте на десневой карман и обработали трансплантированную кожу.

Затем краситель смыли водой и провели активацию фотосенситазы с помощью нетермического лазерного света длиной волн 660 нм по 1 минуте на каждый десневой карман и на трансплантированную кожу.

Фотодинамическая реакция привела к синглетному окислению бактерий на мембране, а соответственно к селективному отмиранию клеток.

В группе с сепарацией костной ткани через 3-5 дней вследствие дополнительного локального фотодинамического лечения в области раны дефекты кости улучшились.

Результаты: антибактериальное фотодинамическое лечение позволяет уменьшить количество бактерий без применения локального антибиотика и может повторно применяться без побочных эффектов.

Этот неинвазивный метод способствует лечению раннего периимплантита перед возникновением признаков атрофии кости.

В более трудных случаях, таких как острая инфекция *Candida albicans* необходимо дополнительное лечение.

Первоначальное лечение делает возможной почти полную регрессию на ранней стадии. При более позднем лечении периимплантита 80% инфицированных имплантатов поддаются излечению.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Юлчиев Б.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

boymurod.yulchiyev.94@gmail.com

Актуальность. Среди воспалительных заболеваний лимфатической системы лица и шеи различают лимфангит – воспаление лимфатических сосудов, лимфаденит – воспаление лимфатического узла и аденофлегмону – разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и прилегающей к нему клетчатки [Васильев Г.А., 1972; Кац А.Г., 1974; Бернадский Ю.И., 1983; Робустова Т.Г., 1996]. По Международной классификации болезней (10-й пересмотр, 1995) поражения лимфатических узлов относятся к инфекции кожи и подкожной жировой клетчатки (класс XII).

Если лимфангит достаточное редкое поражение и не всегда правильно диагностируется [Кац А.Г., 1974; Соловьев М.М., 1985], то воспалительные формы заболеваний лимфатических узлов встречаются часто. В стационары госпитализируются преимущественно больные с аденофлегмонами, составляя от 20 до 30 % пациентов с воспалительными заболеваниями. Наиболее часто поражения лимфатической системы наблюдаются у детей [Рогинский В.В. и др., 1996; Симановская Е. Ю. и др., 1996].

Цель исследования. Проведение дифференциальной диагностики лимфаденопатии в Челюстно-лицевой области для эффективного лечения больных.

Материалы и методы. Изучена медицинская литература, посвященная изучаемому вопросу по данным электронных библиотек.

Результаты исследования.

Среди воспалительных заболеваний лимфатической системы лица и шеи различают лимфангит — воспаление лимфатических сосудов; лимфаденит — воспаление лимфатического узла; аденофлегмону — разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и прилегающей к нему клетчатки. Диагностика. Клиническое течение лимфаденитов челюстно-лицевой области разнообразно. В практической деятельности врача все чаще встречаются случаи нетипичного течения лимфаденитов. Отмечено несоответствие между его местными проявлениями и общей реакцией организма больного. Острые серозные лимфадениты часто сопровождаются выраженной интоксикацией организма, в то время как гнойные лимфадениты и аденофлегмоны могут протекать относительно спокойно, без выраженной общей реакции. В последние годы все чаще стали наблюдаться, в области лимфатических узлов, быстро развивающиеся гнойно-воспалительные процессы, когда нагноение появляется уже на 1-2-е сутки от начала развития заболевания.

В связи с этим возникают трудности в проведении дифференциальной диагностики этого заболевания. Частота диагностических ошибок при установлении диагноза лимфаденита (на разных его стадиях) колеблется от 26 до 56,3% (А.П.Ненашев, В.К.Суворченкова, 1969; В.А.Балоде, В.Ф.Кандаурова, 1972; Е.М.Суслов, 1984).

Неспецифические лимфадениты челюстно-лицевой области необходимо и *Одонтогенная подкожная гранулема* - это самостоятельное заболевание, которое является составной частью хронического гранулирующего периодонтита и имеет генетическую связь (тяж) с причинным зубом.

При остром воспалении глубоких околоушных лимфатических узлов, локализующихся под околоушно-жевательной фасцией или в толще околоушной железы, возникает так называемый *ложный паротит Герценберга*. Возникновение этого заболевания связано с поступлением инфекции из носовой части глотки и миндалин, которое происходит при затрудненном прорезывании зубов мудрости. Пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат, подвижность его ограничена. Цвет кожных покровов обычно не изменен. Из околоушного протока выделяется прозрачная слюна.

При нагноении лимфатического узла, который располагается в толще околоушной железы, может наблюдаться прорыв гноя через капсулу узла и опорожнение последнего через выводные протоки слюнной железы. В этих случаях развивается *лимфогенный паротит*. Для дифференциальной диагностики мы используем данные сиалографии. При наличии лимфогенного паротита на сиалограмме отмечается скопление водорастворимого рентгеноконтрастного вещества в виде "чернильного пятна", которое связано с выводными протоками слюнной железы. Сиалоаденит отличается от острого серозного лимфаденита наличием серозно-гнойного отделяемого из выводного протока большой слюнной железы. При *слюннокаменной болезни* наличие слюнного камня в протоке или в паренхиме железы можно определить пальпаторно или с помощью рентгенологического исследования. Отмечено, что увеличение припухлости слюнной железы связано с приемом острой пищи. Некалькулезный и калькулезный сиалодохит отличаются данными сиалограммы. Хронический лимфаденит околоушно-жевательной области следует дифференцировать *со смешанной опухолью* (плеоморфной аденомой) околоушной железы. Существенную помощь в постановке диагноза оказывает сиалографический метод обследования.

Дермоидные и эпидермоидные кисты мягких тканей лица клинически могут быть сходными с хроническим лимфаденитом. Пункция кисты и получение характерного пунктата облегчает диагностику. В последние годы для дифференциальной диагностики мы используем метод не прямой лимфографии лица и шеи. Данные лимфограммы с большой достоверностью дают возможность установить правильный диагноз.

При проведении дифференциальной диагностики кисты слюнной железы (атеромой) необходимо помнить, что киста слюнной железы растет чрезвычайно медленно и может беспокоить больных только при нагноении. Атерома обычно имеет шаровидную форму, покрыта неизменной кожей. Только в тех случаях, когда она существует на протяжении ряда лет, кожа над ней может истончаться, лосниться и приобретать буровато-коричневый цвет. Кожа над атеромой подвижна и только в одном месте всегда спаяна с оболочкой кисты – в области выводного протока слюнной железы. В этом месте обычно можно обнаружить ее небольшую точечную втянутость. Кардинальным признаком,

позволяющим клинически отличить атерому от воспаленного лимфатического узла, является точечная втянутость кожи в области выводного протока сальной железы и спаянность в этом же месте кожи с оболочкой кисты. При пункции из атеромы извлекают белую кашицеобразную массу со зловонным запахом.

В последние годы стали все чаще встречаться постгриппозные лимфадениты. В анамнезе заболевания - предшествовал грипп. Морфологически наряду с некротическими очагами в лимфоузле имеется обширная экссудация с примесью крови. Поэтому при определении флюктуации и вскрытии очага врач получает экссудат с кровью, что подтверждает диагноз постгриппозного лимфаденита.

При **туберкулезном лимфадените** чаще поражаются шейные лимфатические узлы. В процесс вовлекаются несколько узлов, они медленно увеличиваются, соединяются между собой в так называемые пакеты, образуя плотные конгломераты с бугристой поверхностью. Все узлы находятся на разных стадиях развития (в одних – творожистый некроз, в других – гнойное расплавление и т.п.). Может наблюдаться как одностороннее, так и двустороннее поражение лимфатических узлов. При осмотре полости рта первичные патологические очаги не обнаруживаются. Характерным является длительный субфебрилитет. Реакция Пирке и Манту положительные. При рентгеноскопии можно выявить изменения в легких. В пунктате лимфатического узла у больных с туберкулезным лимфаденитом выявляются гигантские клетки Пирогова-Лангханса. На сиалогамме-характерные изменения.

Сифилитический лимфаденит возникает через 1 неделю после появления твердого шанкра. Имеется прямая зависимость локализации пораженного лимфатического узла от расположения твердого шанкра. При этом заболевании лимфатический узел может достигать больших размеров. Он безболезнен и имеет хрящеподобную консистенцию. Отличительной особенностью сифилитического лимфаденита является значительная твердость лимфатического узла, возникающая за счет склерозирования. Это дало основание тому, чтобы назвать данный лимфаденит склероаденитом. При этом патологическом процессе узлы остаются не спаянными и между собой и окружающими тканями и могут располагаться в виде цепочки. Особенностью сифилитического лимфаденита является то, что он никогда не сопровождается нагноением. Реакция Вассермана положительная. В пунктате – бледные трепонемы.

Актиномикотическое поражение лимфатических узлов характеризуется вялым течением. Сначала увеличиваются лимфатические узлы, а затем в процесс вовлекаются окружающие ткани и возникает периаденит. В дальнейшем в центре очага наблюдается размягчение, кожа над ним истончается, и приобретает сине-багровый цвет. Содержимое лимфатического узла может прорываться наружу, при этом образуется свищ, вокруг которого отмечается склерозирование ткани, и поэтому он кажется втянутым. Заболевание развивается медленно, периоды ремиссии сменяются обострениями воспалительных явлений. Внутрикожная проба с актинолизатом

положительная. В отделяемом находят большое количество друз актиномицетов. Характерной особенностью актиномикотического лимфаденита является отсутствие положительного эффекта от обычной терапии. На сиалограмме – характерные изменения.

Сходную картину с неспецифическим лимфаденитом имеет **болезнь от кошачьих царапин** (синоним: лимфаденит доброкачественный вирусный, доброкачественный лимфоретикулез, гранулема Малларе, фелиноз) – инфекционное заболевание, которое вызывается микроорганизмом, проникающим в организм человека через поврежденную кожу (царапины, укусы). Характеризуется образованием первичного аффекта в виде нагнаивающей папулы с последующим развитием регионарного лимфаденита.

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) сопровождается увеличением шейных лимфатических узлов, которые бывают различной величины и плотности, могут располагаться как одиночно, так и группами, в виде цепочки. В поздних стадиях заболевания они становятся плотными, малоподвижными. Одновременно отмечается увеличение лимфатических узлов в других областях тела. Лимфатические узлы имеют неравномерную плотность и могут образовывать конгломераты. Для клинической симптоматики лимфогранулематоза характерны: зуд кожи, потливость, волнообразная температурная реакция, эозинофилия, в пунктате обнаруживаются клетки Березовского-Штернберга.

При *лимфолейкозе* наблюдается увеличение размеров шейных лимфатических узлов, которое можно заметить уже в начале заболевания. В крови отмечается увеличение числа лимфоцитов (до 98%), появление пролимфоцитов и даже лимфобластов. Характерными для хронического лимфолейкоза являются так называемые тени Боткина-Гумпрехта – разрушенные при приготовлении мазка ядра лимфоцитов, в которых среди глыбок хроматина можно заметить нуклеолы. Заболевание чаще встречается у детей.

В последние годы достигнут большой успех в диагностике поражений лимфатической системы. Ее осуществляют с помощью методов прямой и непрямой лимфографии, дистанционной инфракрасной термографии, сканирования.

Для **морфологического** подтверждения диагноза необходимо проводить цитологическое исследование пунктата лимфатического узла (А.Г.Кацисоавт.,1985). При необходимости проводят инцизионную и эксцизионную биопсию.

Цитологическое исследование пунктатов, полученных при неспецифических и специфических поражениях лимфатических узлов, в большинстве случаев позволяет сделать заключение о морфологическом субстрате. Начальные стадии воспалительных изменений, возникающих при специфических и неспецифических поражениях, имеют много сходных цитологических данных, что указывает на их низкое дифференциальное значение.

Вывод. Эффективность лечения больных гнойно-воспалительными заболеваниями зависит от ранней диагностики этой патологии. Правильно и своевременно поставленный диагноз позволяет провести эффективное лечение больных и тем самым вернуть их к нормальной деятельности.

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННОЙ ПОВЯЗКИ «VITA VALIS» ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ДЕТЕЙ

Юльчиев Р.И., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Кафедра челюстно-лицевой хирургии. Таджикистан.

Rustam_dantist@bk.ru

Цель исследования. Улучшить результаты лечения с применением сорбента «Vita-Vallis» у детей с гнойно -воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 35 больных с флегмонами челюстно-лицевой области в отделение детской челюстно-лицевой хирургии национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан, в возрасте от 3-х лет до 16 лет. Из них 22(62,8%) мальчиков и 13 (37.2%) девочек. Все больные были разделены на 2 клинические группы - основную 21(60%) и группу сравнение 14(40%). Все больные были разделены по полу, возрасту, тяжести состояния, локализации и распространенности гнойно-воспалительного процесса. Клинико-лабораторные данные в обеих группах исследования указывали на наличие выраженного воспалительного процесса. Всем пациентам исследуемых групп проводилась традиционное клиническое обследование: рентгенологическое исследование, общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, исследования на ВИЧ инфекцию, вирусные гепатиты В и С, общий анализ мочи.

Обеим группам проводился комплекс основных лечебных мероприятий: вскрытие гнойного очага, дренирование, удаление по показанием «причинного зуба», антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. У пациентов основной группы дренирование проводилась сорбционным материалам «Vita Vallis».

Результаты исследования. Проведенное исследование показали выраженную положительную динамику в основной группе больных, где применялся дренирующий сорбент «Vita-Vallis». В результате проведенного нами исследования выявлено, что очищение раны от некротических тканей и прекращения выделения экссудата, начало процесса регенерации были самими короткими у больных основной группы. В контрольной группе больных длительные время сохранились признаки гнойной интоксикации организма, обусловленные всасыванием токсинов и продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов. Применение сорбционного материала уменьшило сроки лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Выводы. Таким образом, сорбционный материал на основе наноструктурных частиц оксигидрооксида алюминия можно использовать в

комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области во всех фазах раневого процесса.

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Юнусова У.А., Бадриддинов Б.Б., Олимов С.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, www.umida777888555@gmail.com

В настоящее время распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков достаточно высока – по данным отечественных и зарубежных авторов она варьирует от 50% до 80%, и занимает второе место среди стоматологических заболеваний после кариеса. Среди зубочелюстных аномалий выделяются такие нарушения, как аномалии отдельных зубов, так и аномалии прикуса (дистальный, мезиальный, перекрестный, открытый, глубокий), а также аномалии формы и величины зубных дуг.

Частота зубочелюстных деформаций у детей Республики Узбекистан по данным разных авторов можно объяснить региональными особенностями распространения патологии, различием показателей пораженности кариесом зубов, индивидуальным подходом авторов к методам исследования и к оценке отклонений от нормы, отсутствием единой классификации зубочелюстных аномалий, а также тем, что не все авторы дифференцируют зубочелюстные аномалии по отдельным возрастам, анализируя лишь отдельные факторы риска, способствовавшие возникновению зубочелюстных аномалий.

С.Ш. Олимов (2019) опубликовал результаты обследования детей, где по данным автора деформация челюстно-лицевой области у детей в последние 10-15 лет резко увеличилось и в среднем составило от 15-18% до 40%. При этом, автор отметил, что полностью здоровых детей в Бухарской области 4%, стоматологический здоровых- 7%, у 30%- выявлены формирующиеся аномалии положения зубов, зубных рядов и прикуса, у 45%- сформированные зубочелюстные аномалии, у 56% были признаки нарушений. При этом отмечено, что их распространенность с возрастом имеет тенденцию к росту и составляет от 9,9 до 42,8% на 100 обследованных. В 30,1% случаев обследованные дошкольники нуждались в протезировании максимальное значение показателя распространенности ЗЧАД отмечено в конечном этапе периода сменного прикуса.

Материал и методы. На базе кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Бухарского государственного медицинского института нами проводилось ортодонтический статус детей школьного возраста, в зависимости от пола, возраста, образа и условий жизни в семье. Субъектами исследования были дети в возрасте от 6 до 11 лет жителей Бухарской области. Из осмотренных 190 детей, 94 человек составили мальчики и 96 девочки.

Результаты и обсуждения. Приведены результаты исследования 289 медицинских карт стоматологического больного пациентов, обратившихся за помощью в стоматологический медицинский центр городе Бухары. Установлено, что у 75% пациентов, обратившихся в стоматологический

медицинский центр городе Бухары, выявлено наличие зубочелюстных аномалий и деформаций. Наиболее распространенными ортодонтическими патологиями являлись глубокая окклюзия, аномалии и деформации зубных рядов, относящиеся к I классу Энгля, а также дистальная окклюзия.

Для регистрации результатов осмотра детей, принявших участие в исследовании, применялась заранее разработанная кодированная карта, которая состояла из следующих разделов: паспортные данные, классификация зубочелюстных аномалий. В исследование были включены 289 ребенка, средний возраст детей составил 2009-2015 года.

Проведен анализ соотношения мальчиков и девочек в различных возрастных группах исследования. Доля обследованных девочек составила 50,8% и незначительно превысила долю мальчиков (49,1%).

Полученные результаты показывают, что у детей в возрасте 6-9 лет (I период сменного прикуса) возрастной группы происходит прорезывание первых постоянных моляров и резцов, а также протекает первая фаза активного роста костей лицевого отдела черепа. Именно в этом периоде при поступлении в первый класс дети массово проходят осмотры у детского стоматолога школы, где чаще всего и выявляются зубочелюстные аномалии. С началом ортодонтического лечения на съемной ортодонтической технике относительно легкие формы зубочелюстных аномалий (положение отдельных зубов) удается скорректировать уже к началу II периода сменного прикуса (10-12 лет).

Результате обследования 289 детей с временным прикусом, проживающих в городе Бухаре, выявили доминирующими клиническими формами среди аномалий окклюзии были дистальная окклюзия, мезиальная окклюзия, глубокая прикус (таблица 2).

Выводы:

1. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций среди детских пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в стоматологический центр города Бухары, составляет 75%: 91% приходится на дистальную окклюзию, 45,7% - мезиальную, 12,9% - перекрестную окклюзию, 28,6% - глубокую окклюзию, 32,3% - диастема, 62,1% - дистопия, 39,5% - инфраокклюзия, 25,4% супраокклюзия, 9,4% - ретинированные зубы, 30,8% - аномалии отдельных зубов.

2. Установлено, что преждевременное удаление временных зубов в возрасте 3-5 лет наиболее негативно отражается на формировании прикуса, менее выраженных изменения возникают при экстракции временных зубов в 5-6 лет. Удаление временных зубов в 7-8 лет в меньшей степени сказывается на процессе

3. Наличие ортодонтической патологии в 1,4 раза снижает качество жизни субъекта, причем степень снижения показателей качества жизни коррелирует со степенью тяжести имеющейся патологии. Происходит достоверное ухудшение физического состояния и жевательной функции пациента, его психологического состояния, социального взаимодействия, самооценки эстетики лица и улыбки.

ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Юсупов А.К, Садикова Х.К, Мухамедов И.Ш, Мирпулатова С.Т

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: ProcToDoctor@gmail.com

Актуальность. Интенсивность и внезапность появления болевого синдрома, повторяющийся характер приступов приводит к физическому и психическому истощению, и дают основание считать невралгию тройничного нерва самым труднопереносимым заболеванием.

Марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая продолжается в настоящее время. По мере течения эпидемического процесса, вызванного новым штаммом коронавируса SARS-CoV-2, ответственным за острый респираторный синдром, накапливаются и систематизируются сведения о заболеваемости и его относительно отдаленных последствиях (вторичные осложнения).

Инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), сопровождается многочисленными поражениями различных органов и систем человеческого организма и нередко приводит к летальному исходу, особенно при наличии факторов риска (пожилой возраст, абдоминальное ожирение, тяжелая артериальная гипертензия, сахарный диабет). Неврологи и инфекционисты описывают при этом вирусном заболевании частое поражение различных отделов периферической нервной системы за счет обострения и острого течения герпетических инфекции. Хотя коронавирусная болезнь 2019 (COVID - 19) в первую очередь проявляется легочными симптомами, медработники распознают внелегочные симптомы, включая кожные. Кожные проявления у пациентов с COVID-19 включают акроишемические, обмороженные высыпания, петехии и пурпуру, везикулы, крапивницу и эритематозные макулопапулы. Опоясывающий герпес (HZ) вызывается вирусом ветряной оспы. Пациенты с риском HZ включают пожилых и людей с ослабленным иммунитетом. Хотя известно, что COVID-19 влияет на иммунную систему и может увеличивать риск HZ, многие исследования подтверждают связь между HZ и COVID-19.

Цель. Изучения клинику постковидной герпетической невралгии тройничного нерва и разработать схему лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 23 пациентов с невралгии тройничного нерва с поражением I, II и III ветвь нерва. Из них 16 больных били повторные и 7 больных первичные. Возраст больных колебался от 40 до 70 лет. У всех больных кроме типичной симптоматики невралгии было герпетическое болезненные высыпания по ходу направлении тройничного нерва. На ряду традиционными методами лечения назначали противовирусный препарат крем “Герпес-Стоп” (Производитель Livzon(Group) Pharmaceutical Factory (Китай)) состав которого входит активное вещество пенцикловир. Пенцикловир является блокатором синтеза вирусной ДНК. В пораженных вирусом клетках человека, он активируется, превращаясь в пенцикловира

трифосфат, который нарушает синтез вирусной ДНК. В отличие от ацикловира препарат эффективен на более поздних стадиях герпеса, создает более высокие внутриклеточные концентрации и имеет длительный внутриклеточный период полувыведения (7 –20 часов).

Лечения назначалось с первых проявлениях симптомов высыпания. Всем больным наносили на пораженный участок лица каждые 2 часа крем “Герпес-Стоп”. Курс терапии 4-5 дней. Для повышения иммунитета назначено “Полиоксидоний” по 6 мг внутримышечно через день 5 раза, далее 2 раза в неделю (курс 10 инъекций).

Результаты и обсуждения. По ходу лечения больных невралгии тройничного нерва выявлено что у них из анамнеза перенесли COVID-19 и лечились по стандарту 3-6-9 месяцев тому назад.

Во время обострения симптомов невралгии у них появились герпетические высыпания по ходу нервов в разных стадиях. Всем больным применялись крем “Герпес-Стоп” по схеме. Кроме герпетического лечения применяли иммуномодулирующую терапию полиоксидонием. Благодаря комбинации с полиаксидонием крем “Герпес-Стоп” повышает функциональной активности иммунной системы и приводит быстрому купированию болевого симптома и разрешения элементов при невралгии тройничного нерва.

Выводы. Таким образом, перенесенная коронавирусная инфекция является одним из наиболее значимых факторов риска реактивации разных видов вируса. По этому назначения крема “Герпес-Стоп” значительно повышает эффективность лечения в виде сокращения сроков разрешения элементов и субъективных ощущений у больных невралгии тройничного нерва. Иммуномодулятор полиоксидоний хорошо взаимодействует многими противовирусными препаратами, существенно усиливает эффект их действия.

ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СУКЦИНАТА НАТРИЯ (NYALUAL) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова Д.З. Жураев Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Проблема реабилитации пациентов с рубцовыми поражениями кожи лица и шеи до сегодняшнего дня не утратила своей актуальности.

При неотложных и плановых хирургических операциях, когда ткани пациента рассекаются хирургическим скальпелем, речь, как правило, идет о спасении здоровья, а часто и жизни, пациента. Поэтому хирурга волнует, прежде всего, не качество будущего рубца, а то, как более успешно решить основную задачу лечения (например, вскрытие флегмоны, резецировать опухоль и т.д.).

И в первом и во втором случаях после завершения основного этапа вмешательства хирург, накладывая швы, озабочен не столько качеством будущего рубца, сколько тем, как обеспечить неосложненное (первичное)

заживление раны. В большинстве ситуаций именно это обстоятельство создает необходимые условия для решения основной задачи лечения, позволяет в короткие сроки выписать пациента из стационара и поэтому является одним из важных критериев эффективности хирургической работы.

Принципиально отличаются от этих ситуаций вмешательства, выполняемые в пластической (эстетической) хирургии, и, прежде всего потому, что их главная цель - устранить дефекты внешности и тем самым улучшить внешний вид пациента. Именно в этой области хирургии качество будущих рубцов - это важнейший показатель, четкие представления о котором позволяют пациенту согласиться или отказаться от возможной операции, а после нее, в определенной ситуации - предъявить хирургу претензии на качество рубцов. Отметим, что восприятие и оценка одних и тех же рубцов может существенно различаться как среди различных хирургов, так и среди пациентов. И причина этого лежит в огромном разнообразии вариантов расположения и внешнего вида рубцов, с одной стороны, и субъективных особенностей их оценки пациентами (да и хирургами) - с другой. За последние два десятилетия появилось большое количество публикаций, которые значительно дополнили существующие представления об особенностях заживления ран, формирования, клинического проявления и коррекции рубцов (Куприн П.Е., 1998; Дьякова С.В., 1999; Мордовцев В.Н., 1999; Озерская О.С., 1999; Резникова А.Е., 1999; Чайлд Ф., 1999; Gold M.H., 1993; Bang R.L., Dashti H., 1995; Burke M., 1997; Peled Z.M., Chin G.S., Lie W.L. et al., 2000; Dasgelb B., Phillips T., 2006 и др.). Однако по ряду основных вопросов все еще остается много неясного, а подчас и противоречивого. В частности, в клинической практике нередко затруднен выбор оптимальной схемы лечения, так как не всегда удается разграничить гипертрофические и келоидные рубцы, хотя в многочисленных работах приводятся их основные патогномоничные признаки. Линарес Х.А., 1990; Озерская О.С., 2002; Козлов В.А., Мушковская С.С., Коновальская С.Б. и др., 2005; Tredget E.E., Nedelec B., Scott PIG. et al, 1997; Urioste S.S., Arndt K.A., Dover J.S., 1999; Grossman K.L., 2000; Arndt K.A., Dover J.S., Alam M., 2006 и др.). Можно встретить также сообщения о том, что келоиды являются лишь разновидностью или крайней формой гипертрофических рубцов (Скрипкин Ю.К., 1988). Тем не менее, целесообразность разграничения патологических рубцов на две указанные разновидности обоснована в аналитической статье Международной комиссии экспертов (Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H., 2002).

Весьма противоречивы сведения и об эффективности консервативного лечения пациентов с патологическими рубцами (Белоусов А.Е., 2005; Niessen F.B., Spauwen P.H., Коп М., 1997; English R.S., Shenefelt Ph.D., 1999; Berman B., Zell D., 2006; Decker R.H., Wilson L.D., 2006 и др.). Считается, что лучше поддаются терапии несформированные рубцы в связи с выраженным в них пролиферативным сосудистым компонентом (Сибилева К.Ф., 1977; Urioste S.S., Arndt K.A., Dover J.S., 1999; Grossman K.L., 2000 и др.). Однако именно в начальной стадии развития* рубцового процесса чаще всего допускаются диагностические ошибки (Bardot J., 1994; Palmieri B., Gozzi G., Palmieri G.,

1975; Burke M., 1997). Многими авторами подчеркивается, что несмотря на совершенствование хирургической' техники, при изолированном иссечении келоидов рецидивирование может отмечаться' в 50' - 100 % клинических наблюдений (Халмуратов А.М., Калиш Ю.И., 1994; Happaq W., Kuzbari R., Flowers A., 1996; Berman B., Flores F., 1997; Arndt K.A., Dover J.S., Alam M., 2006; Mimi Choi J., Rohrer Th.E., Kaminer M.S., Batra R.S., 2006). На наш взгляд, подобная разноречивость сведений обусловлена тем обстоятельством, что в большинстве имеющихся сообщений используются различные группы и сроки наблюдений, схемы комплексного лечения, критерии для отбора пациентов и оценки полученных результатов.

В течение XX-го века было сделано множество попыток найти способ эффективной коррекции рубцов. Среди них определенное место занимала общая терапия - инъекции алоэ или стекловидного тела (Шройт М., 1946; Ландо Р.И., 1947; Сидоренко А.С., 1954) ; оксигенотерапия (Панкова Е.В., 1952) ; лечение пирогеналом (Будницкая П.З., 1957; Учитель И.Я., 1965; Хасман Э.Л., 1965) , мацестинскими сероводородными водами (Кузнецов В.М., 1992; Цопиков А.С., 1992). Однако наиболее многочисленными и эффективными стали методы местного воздействия на рубцы. К ним относятся: применение гидрокартизона и его аналогов в виде мазей или инъекций (триамцинолон или «Кеналог-40») (Kiil,J., 1977) ; рентгентерапия; лечение рубцов давящими повязками (Linares, H.A., Larson, D.L., and Willis Galstaun, B.A., 1993; Ward, R.S., 1991); криотерапия жидким азотом (Ernst, K., and Hundeiker, M., 1995; Zouboulis, C.C. and Orfanos, C.E., 1990; Graham, T., 1993) ; лазеротерапия (Sherman, R., and Rosenfeld, H., 1988; Apfelberg, D.B., Maser, M.R., White, D.N., and Lash, H., 1989) ; применение силиконовых пластин (Perkins, K., Davey, R.B., and Wallis, K.A., 1983; Sawada, Y., 1993) и др. Несмотря на обширные данные по вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, профилактики и коррекции рубцовых поражений, недостаточно - внимания уделено-разработке системного подхода при оказании лечебно-профилактической помощи.

Цель исследования. Оценка эффективности местного применения препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами в заживлении раны у пациентов после оперативных вмешательств на лице

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 46 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении Взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за период 2017-2019 гг, у которых были проведены оперативные вмешательства по поводу травм на лице. Распределение было следующим образом; 38 пациентам была проведена операция по поводу травм нижней челюсти и суставного отростка, 8 пациентам – операции по поводу удаления доброкачественных опухолей нижней челюсти. В послеоперационном периоде у 7 пациентов отмечалась мокнущая, вялогранулирующая послеоперационная рана.

Пациенты были распределены следующим образом: 1 группа основная – на рану введен препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с

плазмой богатой тромбоцитами. 2 группа контрольная – проводилось стандартное наложение швов с использованием антисептиков.

Методика местного применения препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами была следующей: после санации оперативного поля, обработки кожного участка, рана обкалывалась 2 мл препарата HYALUAL, предварительно смешаного с собственной плазмой богатой тромбоцитами, которая изготовлена по стандартной методике непосредственно до операции. Данная процедура проводилась дважды – непосредственно до наложения швов и в день снятия (7 сутки). В качестве контроля применялось фотодокументирование ежедневно.

Результаты и обсуждение. Результаты анализа лечения больных показало, что у пациентов контрольной группы отек тканей вокруг раны купировался на 4 сутки, что продолжительней чем у пациенток основной группы 2 Сутки. Очищение раны от патологического экссудата в основной группе наблюдалось в ...3 сутки, полное очищение раны в контрольной группе состоялось на 5 сутки.

Процесс эпителизация в контрольной группе появился на 7 сутки, в то время как в основной группе эпителизация началась на 5 сутки.

Дальнейшее наблюдение показывает, рубец формирующийся после применения препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами имеет меньшую склонность к гипертрофии, что объясняется тем, что сукцинат натрия содержащийся в препарате выполняет уникальную функцию регулятора физиологических и биохимических процессов. Он оказывает прямое действие на клеточный метаболизм и влияние на транспорт свободного кислорода в ткани.

Данная способность сукцината натрия интенсифицировать утилизацию кислорода тканями и восстановление НАД- (Никотинамидадениндинуклеотид — кофермент, присутствующий во всех живых клетках входит в состав ферментов группы дегидрогеназ, катализирующих окислительно-восстановительные реакции; выполняет функцию переносчика электронов и водорода, которые принимает от окисляемых веществ) - зависимого клеточного дыхания лежит в основе ее антигипоксического действия.

Гиалуруновая кислота, в составе препарата, играет важную роль в гидродинамике ткани, процессе миграции и пролиферации клеток, а так же в ряде взаимодействий с поверхностными рецепторами клеток.

А факторы роста, содержащиеся в тромбоцитах, усиливают процессы репарации, упорядочивается расположение коллагеновых волокон.

Заключение. Применение препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами, в профилактике образования гипертрофических рубцов оказалось более эффективным, по сравнению со стандартным лечением. Данный метод позволил купировать явления местного отека тканей, сократить сроки очищения ран, а также способствовал формированию более тонкого, эстетичного рубца.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБА И НЁБА С ПОМОЩЬЮ РАЗРАБОТАННОЙ МОРФОМЕТРИЧЕСКОЙ КАРТОЙ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ядгарова Г.С., Камбарова Ш.А., Мирзаева Ф.А.
Бухарский государственный медицинский институт.
shani2112@mail.ru

Актуальность. «Здоровая мать — здоровый ребенок», Государственная программа «Год здорового ребенка» в республике осуществляется широкомасштабная работа, направленная на дальнейшее укрепление репродуктивного здоровья населения, усиление материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь в сфере охраны материнства и детства, внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний женщин, детей и подростков. Врожденные пороки развития (ВПР) составляют одну из самых актуальных медицинских и социальных проблем в связи с их высокой частотой и тяжестью, что само по себе представляет существенную проблему для здравоохранения и обуславливает актуальность изучения причин возникновения и особенностей распространения ВПР в различных регионах. Учет пропорций лица имеет значение в хирургической и ортодонтической стоматологии.

Цель нашего исследование основано на разработке карты исследования для изучения морфометрических параметров краниофасциальной области (МПКО) детей I и II периода детства с врожденными расщелинами губы и неба (ВРГН) после проведенной урано- и хейлоринопластики. В связи с этим нами разработана «Карта исследование» для регистрации МПКО детей I и II периода детства с ВРГН, оно служит средством для сбора данных, определенных в протоколе исследования у детей I и II периода детства с ВРГН после проведенной пластики и регистрации исследования на бумажных носителях, проводимого на кафедре Хирургической стоматологии БГМИ. Карта исследования (КИ) утверждена Министерством здравоохранения Республики Узбекистан отделом научно-медицинской информации под регистрационным номером - № 0456, 08.02.2021 года.

МКИ способствуют эффективной и полной обработке данных, их анализу и отчетности по параметрам измерения. Данные о измерениях собранные во время проведения исследования на кафедре Хирургическая стоматология БГМИ, были полными и точно отражали все морфометрические измерения, что доказало некоторые отклонения на верхней челюсти у детей I и II периода детства ВРГН после проведенной пластики.

Материалы и методы исследования. Детей разделили на 2 группы. I-группа - здоровые мальчики и II-группа - мальчики с ВРГН. С помощью МКИ которую заполняли родители в детском саду, в школе, в поликлиниках и в отделениях.

Исследование показали, что физиономическая высота лица у 6 летних мальчиков I - группы колеблется от 15,0 до 17,3см, в среднем - $17,7 \pm 0,11$ см. Морфологическая высота лица у мальчиков I-группы колеблется от 10,5 до 12,5см, в среднем равен $11,4 \pm 0,13$ см. Физиономическая высота лица у 6 летних мальчиков II-группы колеблется от 14,2 до 16,8 см, в среднем- $15,4 \pm 0,13$ см. Морфологическая высота лица у 6 летних мальчиков II-группы колеблется от 9,5 до 11,4 см, в среднем равен - $10,1 \pm 0,14$ см.

Угол нижней челюсти у 6 летних мальчиков I-группы равен в среднем - $129,3 \pm 1,30^{\circ}$ (правая сторона), $130,8 \pm 1,35^{\circ}$ (левая сторона). У 6 мальчиков II-группы угол нижней челюсти в среднем равен $130,0 \pm 1,32^{\circ}$ (правая сторона), $130,1 \pm 1,33$ (левая сторона).

На панорамной рентгенографии отмечаются опаздывания сроков прорезывания малых коренных зубов, клыков на верхней и нижней челюсти у детей с ВРГН. Также наблюдается отставание морфометрических параметров зубов и зубной дуги. Длина основания черепа у 6 летних мальчиков I-группы колеблется от 14,2 до 14,8см, в среднем – $14,3 \pm 0,08$ см., У 6 летних детей мужского пола II-группы это параметр колеблется от 14,0 до 14,8см, в среднем- $14,2 \pm 0,07$ см.

Результаты. При оценке развития и положения нижней челюсти по телерентгенограмме, установлено что (измерить длину тела нижней челюсти по плоскости MP между точками G_o и Pg' . В норме это расстояние должно быть равно расстоянию между точками N и $S_e + 3$ мм (в сменном прикусе) и + 6мм (в постоянном прикусе)) у I-группы у 25% мальчиков отмечаются нарушение в росте тела нижней челюсти, а у II- группы детей у 45% мальчиков (чрезмерный рост или недоразвитии) за счёт ятрогенного фактора и понижение высоты средней части лица.

Выводы. Исследование показали, что морфологическая и физиономическая высота лица у детей с ВРГН меньше чем у здоровых детей. Углы нижней челюсти тупые, зависимо от более пораженной стороны у II-группы детей. Это говорит об отставании формирования нижней челюсти. Этот параметр свидетельствует о более физическом развитии с правой стороны нижней челюсти по сравнению левой.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Якубов Р.К., Файзиев Б.Р., Икрамов Г.А., Турдиев Р.П.,

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Переломы нижней челюсти, представляя важнейшую медицинскую и социальную проблему занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и инвалидности практически во всех странах. В мире этой проблеме уделяется довольно большое внимание, так как при всех осложненных случаях заканчиваются дефектами и деформациями зубочелюстной системы.

По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний и составляет до 25% среди всех экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении (Семенов М.Г., Васильев А.В., 2018). По данным этих же авторов, среди повреждений костей лицевого скелета до 90% составляют переломы челюстей, из них 95% приходится на переломы нижней челюсти.

По данным ряда авторов (Юлдашев М.И., 2010, Юань И, 2019), переломы нижней челюсти чаще всего возникают в области ее углов (57–65 %) мышечковых отростков (21–24 %), малых коренных зубов и клыков (16–18 %), больших коренных зубов (14–15 %) и наиболее редко — в области резцов. Значительную частоту переломов нижней челюсти можно объяснить превалированием в настоящее время бытовой травмы, при которой удар приходится главным образом в область подбородка и углов нижней челюсти, т. е. в переднезаднем и боковом направлениях. Нижняя челюсть является плоской костью, однако говорить о наличии мест наименьшего сопротивления отдельных ее участков лишь на основании анатомической структуры, не учитывая направления и места приложения травмирующей силы, нельзя.

Наиболее сложные для диагностики, спорные в выборе метода лечения и многообразные в проявлении посттравматических последствий являются переломы нижней челюсти, составляющие от 25% до 72% случаев всех видов переломов нижней челюсти в детском возрасте (Cossio L, 2018). Сложность диагностики с переломами нижней челюсти обусловлены не только разнообразной клинко-рентгенологической картиной, но и наличием функциональных нарушений при повреждении в области ВНЧС. Кроме того, отмечаются изменения продольного и поперечного роста нижней челюсти, всегда развивающиеся при этом виде травмы в растущем организме (Ramva J., 2018).

Грубые анатомические и структурные нарушения в суставе, выраженное уменьшение амплитуды движений приводят к нарушению таких жизненно важных функций как дыхание, глотание, жевание и речь. Таким образом, наносится серьезный ущерб растущему организму. Отставание в росте нижней челюсти и неполноценное выполнение функции жевания являются причинами развития вторичных деформаций костей лицевого скелета (Dimitroulis G., 2019).

Ортопантомография является важным рентгенологическим исследованием, дающим многогранную дополнительную информацию, но изображение височно-нижнечелюстного сустава формируется в невыгодной для его анализа косой проекции (а не боковой). Кроме того, имеются возрастные ограничения к выполнению данной методики. Однако, зарубежные исследователи признали высокую информативность компьютерной томографии в диагностике травмы нижней челюсти и рекомендуют ее применение на этапе первичной диагностики (Regev E., 2017).

Ранее проведенные исследования (Якубов Р.К., 2009) у детей с дефектами и деформациями челюстей показали, что переломы нижней челюсти приводят к значительным изменениям функции внутренних органов и систем, которые приводят к ухудшению дисметаболического синдрома исходного состояния

организм с вторичным нарушением всех видов обмена, в т.ч. и минерального, что в конечном итоге приводит к задержке физического развития.

Необходимость разработки и усовершенствования методов комплексной диагностики детей с переломами нижней челюсти явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности методов диагностики переломов нижней челюсти у детей.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели и задач были проанализированы результаты лечения 20 детей с переломами нижней челюсти. Все дети были разделены на 2 группы: 1 группа – основная – 10 детей, которым применяли традиционный метод диагностики (рентгенологический, ортопантомографию), 2 группа – группа сравнения – 9 детей, которым применяли современные методы диагностики (3-D компьютерная томография). Использовались клинические, рентгенологические и функциональные методы исследования (исследование внутренних органов – УЗИ брюшной полости).

Результаты исследования. Применение современных методов визуализации (компьютерная томография, 3-D мультиспиральная компьютерная томография) и изучение внутренних органов (УЗИ брюшной полости) уменьшить процент ошибок в первичной диагностике переломов нижней челюсти у детей, что в свою очередь, прогнозировало показания к операции, возникновению ранних и поздних, общих и местных осложнений.

Проведение комплексного обследования детей с переломами нижней челюсти позволило всесторонний комплексный подход не только конкретной патологии зубочелюстной системы, но и лечению больного, как единого целого организма

Выводы. Основным диагностическим методом при травме нижней челюсти является компьютерная томография, в том числе и 3-Д мультиспиральная компьютерная томография. Основным скрининговым методом переломов нижней челюсти является эхография, определяющая показания к компьютерной томографии

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Якупов Б.А.

Башкирский государственный медицинский университет

e-mail: ravage-coal@yandex.ru

Постоянное совершенствование имплантационных систем, технологий, материалов и методов, рост количества устанавливаемых дентальных имплантатов необратимо ведет к увеличению числа осложнений, в том числе воспалительных. Согласно анализа исследований по результатам дентальной имплантации, именно воспалительные осложнения являются наиболее частой причиной несостоятельности имплантата, ведущей к его потере.

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями было установлено, что также как и причиной воспалительных заболеваний

пародонта именно образование бактериальной биопленки является основным этиологическим фактором возникновения и развития воспалительных процессов в области дентальных имплантатов, а с 2018 года воспалительные заболевания в области дентальных имплантатов (периимплантатный мукозит и периимплантит) были включены в классификацию заболеваний пародонта.

Целью исследования явилась оценка эффективности предложенного нами способа профилактики воспалительных осложнений в области дентальных имплантатов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в анамнезе.

Нами было проведено клиническое наблюдение 118 пациентов в возрасте 21-56 лет (46 мужчин и 72 женщины) которым проводилась комплексная реабилитация по поводу включенных дефектов зубного ряда в области жевательной группы зубов ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. С целью оценки эффективности способа профилактики воспалительных осложнений в области дентальных имплантатов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в анамнезе нами было проведено клиническое наблюдение в течение 2-х лет 118 пациентов в возрасте 21-56 лет (46 мужчин и 72 женщины) (178 имплантата) с сопутствующим начальным пародонтитом. Поддерживающая пародонтальная терапия проводилась, руководствуясь принципами направленного контроля биопленки - Guided Biofilm Therapy, пациенты пользовались электрической щеткой Oral-B Genius и мобильным приложением для оптимизации индивидуальной гигиены. Результаты профилактики оценивали с помощью индексных показателей (индекс эффективности гигиены полости рта РНР, индекс налета придесневой области Silness-Loe, упрощенный индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API, индекс кровоточивости при зондировании ВОР), анализа отчетов приложения Oral-B о проводимых гигиенических манипуляциях пациентов, и анкетирования пациентов.

Таким образом, исследование показало, что поддерживающая пародонтальная терапия по протоколу Guided Biofilm Therapy в комплексе с мотивацией, коррекцией и регулярным контролем гигиенических навыков являются эффективной мерой профилактики воспалительных осложнений.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Яременко А.И., Грачев Д.И., Пахомова Н.В.

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
dmitryrenner@gmail.com*

Актуальность. Стандартный подход к расширению верхней челюсти у взрослых пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями подразумевает выполнение агрессивных и травматичных оперативных вмешательств, зачастую сопровождающихся разнообразными послеоперационными осложнениями и требующими длительной реабилитации. На сегодняшний день в отечественной и зарубежной клинической практике

активно выполняется ряд альтернативных малоинвазивных хирургических методик, позволяющих 1) увеличить частоту согласия пациентов на хирургическое лечение; 2) снизить количество послеоперационных осложнений; 3) минимизировать длительность реабилитации пациентов.

Цель работы: оценка эффективности минимально инвазивного хирургического расширения верхней челюсти при ортодонтическом лечении взрослых пациентов.

Материалы и методы. Открытое проспективное нерандомизированное исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава РФ с 2020 по 2021 гг. Произведена обработка 10 клинических случаев диагностики и хирургического лечения пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями, обусловленными сужением верхней челюсти.

Результаты. С 2019 по 2021 г. прооперированы 10 пациентов со скелетным сужением верхней челюсти. Оперативное вмешательство включало дырчатую кортикотомию наружной кортикальной пластинки верхней челюсти с 2 сторон, кортикотомию срединного небного шва и установку индивидуально изготовленного аппарата для расширения верхней челюсти с на костной фиксацией. После оперативного лечения пациентам осуществлялось лечение на брекет-системе. У 6 пациентов оперативное вмешательство сопровождалось удалением зубов 1.8, 2.8. У 9 пациентов производилось одномоментное внесение остеозамещающего материала в области передней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась КЛКТ челюстей для оценки исходного состояния костных структур и зубов в зоне оперативного вмешательства, а также - исключения патологии ЛОР-органов. Операции выполнялись только тем пациентам, которые получили допуск от ЛОР-врача и стоматолога-терапевта. В послеоперационном периоде 6 пациентам выполнена КЛКТ, а 4 пациентам – МСКТ челюстно-лицевой области. Активация ортодонтического аппарата начиналась на 7-10 сутки. Максимальные сроки ношения аппарата (вместе с ретенционным периодом) достигали 6 месяцев. У одного пациента оперативное лечение проводилось 2 раза. Воспалительные осложнения (стоматит) на фоне нарушения гигиены полости рта были выявлены у 1 пациента (возможна связь с незадекларированным применением «Клоназепам»).

За счет применения аппарата с на костной фиксацией у всех пациентов за период от 4 до 6 месяцев достигнуто запланированное ортодонтом расширение верхней челюсти. Изменения слизистой оболочки под базисом несъемного аппарата прошли у всех пациентов в течение 14 дней после снятия аппарата.

Выводы. Описанное выше малоинвазивное хирургическое пособие является альтернативным вариантом оперативного лечения взрослых пациентов с сужением верхней челюсти. Эффективность метода подтверждается клиническими результатами и данными контрольной компьютерной томографии. Малое число послеоперационных осложнений и отсутствие необходимости стационарного лечения привлекает пациентов своим удобством.

Отдельного внимания заслуживает вопрос гигиенического ухода за аппаратом, что является одним из важнейших факторов, обуславливающих успех лечения.

Идея применения минимально инвазивного хирургического пособия при расширении верхней челюсти при ортодонтическом лечении взрослых пациентов не нова, но учитывая современные возможности планирования и оценки результатов оперативного лечения, она может быть улучшена и индивидуально адаптирована для каждого пациента. Это требует дальнейших изысканий по указанной тематике и позволяет надеяться на улучшение результатов ортодонт-хирургического лечения пациентов с сужением верхней челюсти.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТИ

Яременко А.И., Хацкевич Г.А., Онохова Т.Л., Трофимов И.Г., Туманов Э.В.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

*yaremenkoi@spb-gmu.ru, genrih15@gmail.com, tanyaonokhova@gmail.com,
lovedog@yandex.ru, dwardtumanoff@yandex.ru*

В последнее время бисфосфонатная терапия широко используются в медицинской практике в качестве антирезорбтивных агентов благодаря их антиостеоклатическому действию. Кроме того, эти соединения также применяются из-за их обезболивающего действия при лечении первично-хронических остеомиелитов нижней челюсти. У пациентов, получавших бисфосфонаты, впоследствии может развиваться остеонекроз челюсти даже после небольшой местной травмы, в том числе инвазивного стоматологического лечения. Специальный комитет Американской ассоциации челюстно-лицевых хирургов (AAOMS) предложил изменить номенклатуру бисфосфонатного остеонекроза челюсти (BRONJ) на медикаментозный остеонекроз челюсти (MRONJ) как следствие увеличения случаев остеонекроза из-за ассоциации с другими антирезорбтивными и антиангиогенными методами лечения.

Наиболее важной является ранняя диагностика реологических нарушений у пациентов с MRONJ и селективное воздействие на их патогенетические механизмы, так как это способствует минимизации объема хирургического вмешательства и сокращению сроков реабилитации пациентов. Бисфосфонаты играют антиангиогенную роль, приводя к состоянию локальной хронической ишемии, которая может вносить значительный вклад в патогенез BRONJ так как локальный ангиогенез является важной частью заживления кости. Рядом авторов было высказано предположение о том, что уровень маркера резорбции костной ткани С-концевые телопептиды коллагена I типа (Beta-Cross laps), являющиеся продуктами деградации коллагена в результате резорбции костной ткани, могут являться важным диагностическим критерием развития бисфосфонатного остеонекроза костей челюсти. Однако в других исследованиях

наличия статистической достоверной связи между уровнем С-концевых телопептидов коллагена I и развитием бифосфонатного остеонекроза не установлено. Таким образом, ингибирование ангиогенеза и нарушение кровоснабжения кости считается классической причиной асептического некроза. В ряде исследований подтверждена роль нарушения иммунорегуляции в патогенезе остеонекроза, однако этиопатогенетические механизмы MRONJ изучены недостаточно, а данные противоречивы.

В связи с этим **цель нашего исследования** - изучение особенностей эндотелиальной функции, метаболизма костной ткани и местного иммунитета полости рта у пациентов с MRONJ.

Всего обследовано 25 пациентов с MRONJ (средний возраст $57,75 \pm 3,2$ лет), контрольную группу составили 23 обследованных без челюстно-лицевой патологии (средний возраст $52,0 \pm 3,1$ лет). Для выявления функции эндотелия в плазме крови проводили определение первичных физиологических коагулянтов - Антитромбина III и Протеина С (автоматический коагулометрический анализатор ACL-200), маркеров эндотелиальной дисфункции - D-димеров и антигена Фактора Виллебранда, фактора повреждающего эндотелий - Гомоцистеина (метод иммуноферментного анализа ИФА). Из маркеров метаболизма костной ткани определяли Остеокальцин (на анализаторе иммуноферментных реакций АИФР - 01 "Униплан" (Россия) с использованием реагентов фирмы N-MID (Великобритания), показывающий интенсивность синтеза и Beta-Cross Laps (метод иммуноферментного анализа, с использованием тест-систем Cross Laps TM компании «Nordic Bioscience Diagnostics A/S») - показатель распада. Определение иммуноглобулинов (sIgA, IgM, IgG) и цитокинов (ИЛ8 и ИЛ4) в ротовой жидкости проводили методом иммуноферментного анализа.

В среднем по группе пациентов с MRONJ отмечается статистически значимое повышение в крови уровня гомоцистеина, что может являться одной из причин повреждения эндотелия сосудов и нарушения микроциркуляции. Отмечается повышение уровня общепризнанного маркера эндотелиальной дисфункции - антигена фактора Виллебранда (ФВАг). О повышенном тромбообразовании свидетельствует существенное увеличение уровня Д-димеров, происходящее на фоне снижения антитромбина III (АТ III).

В среднем по группе пациентов с MRONJ выявлено снижение, как уровня остеокальцина, являющегося показателем синтеза костной ткани, так и Beta-Cross Laps (табл. 2), являющегося маркером резорбции, что может указывать на нарушения метаболизма костной ткани в результате перенапряжения механизмов, обеспечивающих синтез новой кости, и истощения резервов.

Изучение показателей местного иммунитета в среднем по группе пациентов с MRONJ показало гиперпродукцию основного хемокина воспаления ИЛ-8 (обеспечивающего хемотаксис в зону воспаления различных типов клеток — нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов, Т-лимфоцитов) и противовоспалительного ИЛ-4 (маркер Th2-субпопуляции лимфоцитов), выполняющего в данном случае регулируемую функцию в ответ на повышение ИЛ-8. Результаты свидетельствуют о цитокиновой дезрегуляции. На

этом фоне отмечается повышение sIgA и IgM, свидетельствующее о воспалительном процессе.

Результаты исследования пациентов с MRONJ свидетельствуют об измененном метаболизме костной ткани, на что указывает снижение уровня остеокальцина на фоне снижения Beta-CrossLaps. Установлена дисфункция эндотелия сосудов, обусловленная повышением уровня гомоцистеина и повышенным тромбообразованием (увеличение уровня Д-димеров на фоне снижения антитромбинаIII). Выявлена гиперпродукция основного хемокина воспаления ИЛ-8 и противовоспалительного ИЛ-4, выполняющего в данном случае регулируемую функцию в ответ на повышение ИЛ-8, что свидетельствует о цитокиновой дезрегуляции. При этом на фоне повышенного уровня sIgA отмечается повышение IgM, что свидетельствует о выраженных нарушениях местного иммунитета полости рта.

Заключение. В соответствии с полученными данными особое значение при хирургическом лечении остеонекрозов должно придаваться максимально возможному сохранению кровоснабжения и проведению мероприятий по коррекции нарушений микроциркуляции, в том числе направленных на уменьшение эндотелиальной дисфункции и повышение иммунного статуса.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВЯЛОТЕКУЩИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Ярыгина Е.Н., Кирпичников М.В., Дусева Д.А.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет
МЗ РФ, кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ.*

elyarygina@yandex.ru

Введение. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи – одна из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии. Для этого необходима разработка новых современных подходов к диагностике и лечению атипично-текущих форм гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.

В последние годы отличительной особенностью клинической картины гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является возрастание числа случаев вялого, затяжного течения болезни, с отсутствием четкого разграничения стадий воспаления, слабовыраженными симптомами гнойно-воспалительного процесса и местной воспалительной реакции на фоне большого объема поражения органов и тканей ЧЛЮ. Длительная персистенция в крови микробов и их токсинов нередко приводит к развитию выраженной эндогенной интоксикации. В результате общепринятая комплексная терапия зачастую оказывается неэффективной и заболевание развивается в тяжелой, осложнённой форме или приобретает вялое затяжное течение.

Целью настоящей работы явилась разработка комплекса клинических и лабораторных показателей для выявления и мониторинга эндогенной

интоксикации у больных вялотекущими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ нами было проведено обследование 27 пациентов с травматическим остеомиелитом нижней челюсти и 36 больных вялотекущей флегмоной лица и шеи в возрасте от 18 до 59 лет, лечение которых проводилось традиционными методами. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей соматической патологией в стадии декомпенсации или обострения.

Для определения региональных показателей нормы нами была также обследована группа практически здоровых лиц (43 человека) в возрасте от 22 до 59 лет. Доноры с существенными отклонениями в общеклинических и биохимических анализах крови из исследования исключались.

Сформированные группы больных и доноров были репрезентативны и сопоставимы по возрастно-половому составу. Средний возраст больных составил $39,3 \pm 2,4$ лет, средний возраст здоровых лиц – $38,4 \pm 1,6$ лет.

Для объективизации клинической оценки уровня эндогенной интоксикации использовали "Шкалу для диагностики хронической эндогенной интоксикации", предложенную В.В. Щекотовым (2005). Лабораторную верификацию уровня эндогенной интоксикации проводили с помощью традиционных маркеров, отражающих различные звенья патогенеза энтотоксикоза: лейкоцитарного индекса интоксикации (Я.Я. Кальф-Калиф, 1938), сорбционной способности эритроцитов (А.А. Тогайбаев, 1988) и уровня молекул средней массы (Н.И. Габриэлян, 1981).

Лабораторные исследования проводились в лаборатории Волгоградской областной клинической больницы №1 и на кафедре теоретической и клинической биохимии ВолгГМУ. Материалом для исследования служила сыворотка крови и эритроциты больных и доноров.

Для определения различий между сравниваемыми средними величинами использовали t-критерий Стьюдента, статистически значимыми признавали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В настоящем исследовании нами оценивались такие клинические признаки, как температурная реакция, общая слабость, снижение аппетита, нарушение сна, выраженность болевого синдрома, головные боли, головокружение, раздражительность, бледность, повышенное потоотделение, учащение пульса, неустойчивое артериальное давление с тенденцией к повышению, наличие сопутствующих и сочетанных заболеваний. Местные клинические симптомы характеризовались медленным развитием гнойного воспаления, отсутствием корреляции между общими и местными проявлениями. Проведенное нами обследование показало наличие у большинства пациентов клинических признаков хронической эндогенной интоксикации, которые определялись прежде всего распространенностью гнойного воспаления, длительностью и характером клинического течения болезни. Результаты использования «Шкалы для диагностики хронической эндогенной интоксикации» показали, что у большинства пациентов при

госпитализации имелись умеренно выраженные клинические признаки хронической эндогенной интоксикации ($2,4 \pm 0,3$ балла).

Тем не менее, у некоторых пациентов, особенно в молодом возрасте или в нетяжелых случаях клиническая симптоматика эндотоксикоза проявлялась слабо или вовсе отсутствовала. В силу этого для наиболее ранней диагностики и четкого динамического контроля за уровнем эндогенной интоксикации, полагаться только на клинические признаки было недостаточно. Для этой цели мы базировались на более объективных лабораторных показателях.

Результаты исследования показали, что у пациентов при госпитализации в стационар отмечалось существенное повышение всех изучавшихся показателей: уровня МСМ (в 2,3-2,6 раз), ССЭ (в 2,0 раза), значений ЛИИ (в 5,2 раза) по сравнению со значениями в группе здоровых лиц ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали достаточно высокую прогностическую значимость «Шкалы для диагностики хронической эндогенной интоксикации» у обследованных больных. Это позволяет использовать данный способ в качестве теста первого уровня диагностики эндогенной интоксикации. Раннее выявление клинических признаков эндогенной интоксикации у больных вялотекущими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области позволит выявить группу «риска» - пациентов с неблагоприятным прогнозом клинического течения заболевания. Данные пациенты будут нуждаться в углубленном клиничко-лабораторном обследовании для выявления степени выраженности эндогенной интоксикации и коррекции лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Яхёев А.С., Туфлиев А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Важно отметить, что в механизме костеобразования с использованием любого остеопластического материала важную роль играет его способность сорбировать из окружающих тканей неколлагеновые белки, в том числе морфогенетические белки, которые участвуют в построении костной ткани. Очень важным является особое микроокружение морфогенетических протеинов, которое создается при участии веществ экстрацеллюлярного матрикса: сульфатированных и несulfатированных гликозамингликанов, к которым относится гиалуроновая кислота (Сигаева Н. Н. и соавт., 2012).

Многие клетки организма способны производить гиалуроновую кислоту в их клеточных мембранах, таким образом, обеспечивая межклеточный транспорт. Гиалуроновая кислота участвует во многих фазах процесса заживления раны: способствует пролиферации, миграции клеток и неоангиогенезу (Claar M., 2015; Chahuki F.F., et al., 2018). Так же она связывает противовоспалительные цитокины и свободные радикалы кислорода, которые образуются при воспалительной реакции, и, кроме того, положительно влияет на деление и морфологию клеток (Михалин А.Н., 2010). Большая роль гиалуроновой кислоты в том, что она проявляет свойства депо-формы –

переносит активные вещества в ткани и контролирует время их высвобождения (Сойхер М.И., Сойхер М.Г., 2016).

Гиалуроновую кислоту обнаружили в 1934 г. К. Мейер и Дж. Палмер. Она была выделена ими из стекловидного тела глаза. Коммерческое использование этого вещества началось 8 лет спустя с легкой руки Эндре Балаша, который впервые предложил применять ее в хлебобулочных изделиях в качестве заменителя яичного белка.

Используемые во многих областях медицины препараты гиалуроновой кислоты начинают находить успешное применение и в хирургической стоматологии (Тарасенко С.В., Кулага О.И., 2016; Семенова Ю.А. 2018; Bertl K.I., Bruckmann C., 2015; Casale M., Moffa A., 2016). Первые экспериментальные исследования возможности применения гиалуроновой кислоты в стоматологии в России начались уже в 50-60е годы XX века (Пустырников А.В., Ушаков Р.В., 2011).

Имеются данные о том, что введение 2% геля гиалуроновой кислоты без остеопластического материала в костные дефекты вызывает торможение регенераторных процессов в костной ране. Однако, введение композиции геля гиалуроновой кислоты с мелкокристаллическим или гранулированным гидроксипатитом в костные дефекты ускоряет заживление костной раны, способствует увеличению кроветворных клеток на 20-25% (Сарычев В.В., 2005).

В исследованиях Kim J.J., Song H.Y., Ven Amara H. (2016) было отмечено ускорение регенерации кости в инфицированных лунках зубов у животных при применении препарата гиалуроновой кислоты. По данным исследований некоторых авторов отмечена положительная динамика при реконструкции межзубных сосочков в эстетически важных зонах при инъекционном введении препарата гиалуроновой кислоты (Awartani F.A., Tatakis D.N., 2015; Lee W.P., Seo Y.S., 2016).

Инъекционное применение препарата гиалуроновой кислоты, временно восстанавливает функции и свойства суставной жидкости, что приводит к значительному уменьшению болевого синдрома и увеличению амплитуды движения в височно-нижнечелюстном суставе. В исследованиях на животных было отмечена динамика ускорения процесса регенерации искусственно-созданных дефектов кости при совместном применении 1% геля гиалуроновой кислоты и коллагена (Brito Bezerra B., Mendes Brazao M.A., 2012).

Полученные данные некоторых исследователей свидетельствуют о противомикробном эффекте применения гиалуроновой кислоты и отсутствии выраженного токсического действия препаратов на нейтрофилы (Хабаров В.Н., и соавт., 2014; Тарасенко С.В., Тихонова О.И., 2019).

На сегодняшний день существует достаточно большой ассортимент препаратов гиалуроновой кислоты, разрешенных к применению в хирургической стоматологии на территории России. К ним относятся Гиалрипайер Дентал (производитель ООО «Лаборатория ТОСКАНИ», Россия), Гиалудент (производитель «НКФ Омега-Дент», Россия), Гиадент и Гиадент барьер гель (HYADENT, HYADENT barrier gel, производитель BioScience

GmbH, Германия), Tissue Support, Flex Barrier, производитель Bioscience GmbH (Германия), Гингигель (GENGIGEL, производитель RICERFARMA s.r.l., Италия) (Тарасенко С.В., Кулага О.И., 2016).

Данные препараты обладают различной степенью текучести, временем резорбции от 6 часов до 21 суток. Рекомендованы производителями для ускорения процессов регенерации костной и мягких тканей при хирургическом лечении, для стабилизации костнопластического материала в ране, лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Выпускаются, как правило, в одноразовых шприцах объемом 1 мл. Исключением является препарат Гингигель (Италия) – он выпускается в форме жидкости (для полосканий) и в виде геля, и предназначен для домашнего применения. Обладает противовоспалительным действием, активирует защитные механизмы организма, применяется при прорезывании зубов у детей и в послеоперационном периоде для взрослых. (Тарасенко С.В., Кулага О.И., 2016).

Заслуживает отдельного внимания препарат Гиалрипайер Дентал №10 ООО «Лаборатория ГОСКАНИ», Россия. Данный препарат применяется в ходе хирургического лечения заболеваний полости рта, а именно при проведении регенеративных методик на тканях пародонта, костной ткани челюстей, слизистой оболочке полости рта. Гиалрипайер Дентал №10 – представляет собой препарат гиалуроновой кислоты (гиалуронат цинка) высокой степени очистки, получаемый путем бактериальной ферментации с добавлением сополимера гиалуроната натрия с аскорбилфосфатом натрия, L- глутатионом, L- цистеином. Таким образом, данный препарат осуществляет адресную доставку к клеткам L- глутатиона, L- цистеина и аскорбиновой кислоты. Благодаря чему угнетается выработка медиаторов воспаления, связываются свободные радикалы, сохраняется нормальная проницаемость капилляров, ускоряются процессы заживления в фазе грануляции. В процессе ферментативного расщепления в соединительной ткани аскорбилфосфат магния высвобождает витамин С, стимулирующий синтез коллагена, способствует стабилизации межклеточного вещества соединительной ткани и активному росту новых капилляров. Физико-химические свойства препарата гиалуроновой кислоты Гиалрипайер Дентал облегчают применение костного трансплантата при внесении его в лунку удаленного зуба. А из-за своей вязкости, гиалуроновая кислота создает своего рода барьер, предотвращающий бактериальное загрязнение зоны аугментации. Модификация препарата Гиалрипайер Дентал №2 (Россия) содержит гиалуроновую кислоту с добавлением аскорбилфосфата магния, L-пролина, L-лизина и глицина. Содержание данных компонентов способствует стимуляции синтеза коллагена и эластина в тканях пародонтального комплекса при проведении хирургического лечения хронического пародонтита. Аминокислоты - пролин и лизин увеличивают продукцию коллагена, участвуют в синтезе белка, стимулируют регенерацию костной ткани. (Пустынников А.В., и соавт., 2011; Кулага О.И., 2016).

По данным исследований (Тарасенко С.В., Кулага О.И., 2016) интраоперационное применение препарата Дентал Гиалрипайер №2

значительно облегчает течение послеоперационного периода, сокращает сроки послеоперационной реабилитации пациентов с хроническим пародонтитом средней степени тяжести после хирургического лечения, значительно снижает болевой синдром.

Представляет интерес исследовать эффективность применения богатого тромбоцитами фибрина в сочетании с препаратом гиалуроновой кислоты и остеопластическим материалом для аугментации лунки удаленного зуба для увеличения не только количества и качества кости, но и мягкотканого компонента.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

PASTKI JAG' SUYAK TO'QIMASINI ULTRATOVUSHLI TEKSHIRISH

Bazarov Sh.A., Murtazaev S.S.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Dolbzarligi: Suyak to'qimalari va inson tishlari qattiq to'qimalarining holatini o'rganish stomatologiya rivojlanishining hozirgi bosqichida dolzarb vazifa bo'lib, jag'ning suyak to'qimalari va qattiq to'qimalarining kasalliklarining yuqori tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlardan dalolat beradi. tishlar. Dentoalveolyar tizim to'qimalarining fizik-mexanik xususiyatlarini bilish uning turli xil yuklarga reaksiyasining o'ziga xos xususiyatlarini baholash va davolash usullarini oqilona tanlash imkonini beradi. Jag'larning suyak to'qimalari va tishlarning qattiq to'qimalarining zichligini baholashda rentgen usullari, mikroradiografiya va gistomorfometriyaga alternativ ultratovush (US) sojali mikro-rodensitometriya bo'lishi mumkin. Ultratovushli soya mikrodensitometriyasi invaziv bo'lmagan va yuqori diagnostika imkoniyatlariga ega, bu esa bu usulni in vivo jonli ravishda jag'larning qattiq va suyak to'qimalarining zichligini baholashda xavfsiz deb tavsiflaydi.

Tadqiqot maqsadi: ultratovushli soya mikrodensitometriyasidan foydalanish asosida pastki jag'ning suyak to'qimasini va tishning qattiq to'qimalarini o'rganishning innovatsion usulini ishlab chiqish.

Materiallar. Tadqiqot ultratovushli mikrodensitometriya apparat majmuasi va "Ndtrs" (Rossiya) dasturiy ta'minotidan foydalangan holda ishchi yuzasi 1 mm va zondlash signali chastotasi 5 MGts bo'lgan ultratovush transduserlari yordamida amalga oshirildi. Ultrasonik signalning o'tish tezligini hisoblash quyidagi formula bo'yicha amalga oshirildi. Olingan ma'lumotlarni tahlil qilish uchun tavsiflovchi statistika usullaridan foydalanildi. Eksperimental tadqiqot ob'ektlari quyidagilardan iborat edi: qalinligi 10 dan 19 mm gacha bo'lgan pleksiglasdan tayyorlangan namunaviy shablonlar, "Uy cho'chqasi" (*Sus scrofa domestica*) turidagi artiodaktil hayvonning pastki jag'ining makro-preparati. Pastki jag'dagi kesmani olib tashlash va alveolyar qismning ajratilgan qismini ixcham va shimgichli moddaga ajratish amalga oshirildi; kesilgan qirrasini, bo'yin va ildiz sohasidagi, shuningdek, pastki jag'ning alveolyar qismining shimgichli va ixcham moddasi orqali olib tashlangan kesmaning qattiq to'qimalari orqali ultratovush o'tish tezligi (CPS) o'lchandi.

Tadqiqot natijalari. Ultrasonik transduserlar standart andozalar yordamida kalibrlangan. Ultrasonik to'lqinlarning mos yozuvlar pleksiglas shablonlari orqali o'tish tezligini bir nechta o'lchovlarning o'rtacha qiymatlari raqamli ko'rsatkichlarning past tarqalishini ko'rsatdi: 2738,50 dan 2801,31 m / s gacha. Bunday holda, ultratovushli soya mikro-densitometriya usulining xatosi 0,4 dan 1,4% gacha bo'lgan, bu uning yuqori aniqligini ko'rsatadi. Tish emali orqali CPS 2061,85 m / s, emal-dentin kompleksi orqali - 3387,09 m / s, tsement-emal birikmasi orqali - 2339,18 m / s; og'iz va vestibulyar tomondan ixcham modda orqali - mos ravishda 5468,75 m / s va 2777,77 m / s; pastki jagning alveolyar qismining shimgichli moddasi orqali - 2139,03 m / s.

Natija. Pastki jag'ning suyak to'qimalari va tishning qattiq to'qimalari orqali ultratovush o'tish tezligini o'lchashga asoslangan ultratovushli soya mikrodensitometriyasining innovatsion usuli ishlab chiqildi, bu o'rganilayotgan biologik to'qimalarning ultratovush zichligini in vivo sharoitda baholash imkonini berdi. Usulning yuqori takrorlanishi (98,6-99,6% ichida) standart shablonlardan foydalangan holda ultratovush transduserlarini kalibrlash asosida aniqlandi. Chiqarilgan tishdagi ultratovush to'lqin tezligining maksimal qiymatlari emal-dentin majmuasida (3387,09 m / s), minimal - tish emalida (2061,85 m / s) qayd etilgan. Mineral komponentning ustunligi va emalda bo'shliqlarning mavjudligi ultratovush signalining o'tishini kechiktiradi va organik moddalar va suyuq komponentning mavjudligi dentin to'qimalarini yuqori tezlikda ultratovush to'lqinlarini uzatish uchun bir hil holga keltiradi [1,2]. Kortikal moddada ultratovush tarqalishining yuqori tezligi (5468,75 m / s) va shimgichli moddada past ko'rsatkich (2139,03 m / s) biologik to'qimalarning bir xilligini aks ettiradi va ultratovush signalining o'tishining yuqori bir xilligini ko'rsatadi. shimgich bilan solishtirganda kortikal qatlam [1,2]. Olingan natijalar turli xil jismoniy va biologik ob'ektlarning zichligini baholash uchun ultratovush shkalasini ishlab chiqishga imkon beradi.

BEMORLARDA GNATIK VA DENTOALVEOLYAR DAVOLASHDAN KEYIN DISTAL OKKLYUZION XOLATNI FUNKTSIONAL USUL

Bazarov Sh.A., Murtazaev S.S.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Dolzarbli: chuqur kesma okklyuziyasi bo'lgan bemorlarni distal okklyuzion bilan birgalikda yuqori kesma tishlarning retrusioni bilan davolashda okklyuzion tekislikni tuzatish bosqichi muhim ahamiyatga ega . Okklyuzion tekislikni to'g'rilash tishlarni sagittal tekislikda to'g'ri joylashishi bilan ajratish yo'li bilan amalga oshiriladi, bu esa tishning lateral qismlarida dentoalveolyar cho'zilishni olish imkonini beradi .

Tadqiqotning maqsadi. Chuqur kesma okklyuziyasi bo'lgan bemorlarni yoki distal okklyuzion bilan birgalikda davolash uchun o'zgartirilgan funktsional usulning klinik samaradorligini isbotlash edi.

Materiallar va uslublar. Ortodontik davolash 40 nafar bolaga (26 qiz va 14 o'g'il; o'rtacha yoshi 12 yosh) chuqur kesma okklyuziyasi va distal okklyuzion bilan birlashtirilgan holda amalga oshirildi. Biz MFM modullaridan foydalandik - tish qismini ajratish va okklyuzionni tuzatish uchun olinmaydigan ortodontik asbob va pastki jag'ga o'rnatilgan individual simli dudoqli tampon. Barcha bemorlar davolashdan oldin va keyin boshning lateral TRG tahlilidan o'tkazildi, VA Tugarin bo'yicha yuqori jag'ning birinchi molarlarining mezial aylanishini aniqlash usullari qo'shilgan holda tishlarning gipsli modellarini bimetrik tekshiruvdan o'tkazildi. va Moseiko RA, ularning mezial siljishi. Boshning lateral TRG tahlili Moskva davlat tibbiyot va stomatologiya universitetining ortodontiya kafedrasida qabul qilingan umumiy qabul qilingan metodologiyaga muvofiq, oldingi va lateral guruhlar holatida to'liq dentoalveolyar xarakterga tegishli qo'shimchalar bilan amalga oshirildi. yuqori va pastki jag'dagi tishlar.

Natijalar. Davolashdan so'ng ODI indeksi kamaydi va normaga yaqinlashdi ($N = 72$). Kesmalararo burchakning qiymati kamaydi, bu yuqori va pastki jag'larning kesma tishlari moyilligining muvozanatli kesmalararo burchak hosil bo'lishi bilan normal qiymatga o'zgarishini ko'rsatadi. Byork bo'yicha yuqori okklyuzion tekislikning moyilligi kamaydi. Byork bo'yicha pastki okklyuzion tekislikning moyilligi kamaydi. Yuqori va pastki jag'larning orqa dentoalveolyar balandliklari o'sdi va yuqori jag'ning oldingi dentoalveolyar balandliklari kesma tishlarning kirib borishi va lateral guruh tishlarining chiqib ketishi tufayli kamaydi. Yuqori tishlar tishlari egilishi ortdi. 16-tishning uzun o'qining SNA va K-U 16 tekisligiga kesishishi natijasida hosil bo'lgan burchak kamaydi, bu tishning to'g'ri burchakli burchagiga erishilganligini ko'rsatadi. K-U 11 qiymati oshdi, bu yuqori kesma tishlarning moyilligi (protrusioni) o'zgarishi tufayli tishlarning cho'zilishidan dalolat beradi.

Xulosa. O'zgartirilgan funksional chuqur kesma okklyuziyasi bo'lgan bemorlarni davolashda samarali bo'ladi: davolash dinamik, ortodontik davolashning faol davrining davomiyligi qisqartiriladi. Davolanishning uzoq muddatli natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, chuqur kesma okklyuziyasini yoki uning distal okklyuziyasi bilan kombinatsiyasini tuzatish uchun MFM dan foydalanish, ayniqsa, o'sish va o'sish davrida bemorlarda dizayn jihatidan murakkab bo'lgan asboblardan foydalanmasdan minimal vaqt sarflash imkonini beradi. doimiy tishlarning va patologiyaning gnatik komponenti bo'lgan bemorlarning okklyuziyasini shakllantirish, barqaror uzoq muddatli davolash natijalariga erishish.

COMPUTER ANALYSIS OF OCCLUSIOGRAMS IN PARTIALLY EDENTULOUS PATIENTS

Melikuziev K.K., Khabilov N.L., Safarov M.T.

Tashkent State Dental Institute

e-mail: qahramonm@bk.ru

Occlusive disorders are often an etiological factor in the occurrence of periodontal diseases, dysfunctions of the temporomandibular joint, parafunctions of the masticatory muscles and other pathologies of the dentition. Currently, one of the methods for analyzing the occlusal contacts of the dentition and detecting occlusal disorders is a computer analysis of the occlusion of the teeth. In recent years, computer analysis of dental occlusion has turned into a high-tech clinical tool that makes it possible to assess functional occlusion, the time sequence of the occurrence of contacts, the pressure on the occlusal surface that occurs when the teeth of the upper and lower jaw interact during the movement of the lower jaw. Computer processing of occlusiograms, especially in digital format, allows for a more complete examination, diagnosis, drawing up a rehabilitation plan for patients and evaluating the results of treatment. That is why the processing and documentation of occlusiogram data in digital format is currently relevant.

Purpose of the study: assessment of occlusiograms and calculation of the area of occlusal contacts of teeth in the central occlusion in patients with partial secondary adentia, anomalies in the position of individual teeth and malocclusion using computer analysis followed by digital processing.

Materials and methods of examination. For the study, 60 patients were selected at the age of 20–25 years, of which 32 were women and 28 were men. Among the patients there were 16 with orthognathic bite, 12 patients with malocclusion: crossbite in 14, mesial occlusion in 10, distal occlusion in 2, 8 patients with anomalies in the position of individual anterior teeth. Partial secondary adentia was detected in 18 patients and is characterized by small defects in the dentition, with no more than 1 tooth missing in the lateral part of the dentition.

Occlusionograms were obtained in two ways. In the first method, an adhesive plaster on a fabric base 2 cm wide was used as a carrier for occlusal contacts; in the second method, tracing paper was used as a carrier for occlusal contacts. To transfer occlusal contacts to the carrier, 2 types of articulating paper were taken: Articulating Paper 70 µm and Bausch 40 µm articulating paper. In the first method, to obtain an occlusiogram, a 2 cm wide adhesive tape on a fabric base and 40 µm Bausch articulating paper were placed between the dentition, and the patient was asked to close the dentition in the central occlusion. Then, the patient received an occlusionogram on an adhesive tape with 70 µm Articulating Paper articulating paper in the central occlusion. In the second method of obtaining occlusiograms, tracing paper with 40 µm Bausch articulating paper and 70 µm Articulating Paper articulating paper was used as a carrier. Thus, each patient received four occlusiograms. Occlusiograms were fixed on a sheet of paper and scanned at a high resolution of 600 dpi for digitalization. The area of each occlusal impression was calculated using a computer ruler.

Conclusions. Analysis of the area of occlusal contacts of the teeth of the obtained occlusionograms showed that in patients with partial secondary adentia, anomalies in the position of individual teeth and anomalies in the bite, there is a decrease in the area of occlusal contacts in the dentition, with the greatest decrease in persons with anomalies in bite by 24.76%. It can be assumed that the chewing efficiency in these patients decreases by the amount of the decrease in the area of occlusal contacts of the dentition. Orthopedic treatment of the pathology of the dentition will be aimed at restoring the area of occlusal contacts of the teeth.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE "ALL ON FOUR" IMPLANTATION METHOD WITH ONE-STAGE LOADING WITH FIXED PROSTHESES WITH THE TRADITIONAL METHOD OF REMOVABLE PLATE PROSTHESIS.

Mun T.O., Kim V.E., Jandarova M.A.

Tashkent State Dental Institute

jandarovamalikaa@gmail.com

Actuality: People lose their teeth throughout their lives for various reasons: due to age, diseases (severe forms of periodontitis), and maxillofacial injuries. This condition is called adentia. Restoration of the dentition with complete or partial adentia occurs with the help of removable and non-removable dentures. Removable dentures present discomfort to many, causing the gag reflex and inconvenience. To solve this problem, implantation is used. All-on-4 technology refers to a one-stage technique with immediate loading, since a fixed prosthesis is installed immediately

after implantation, until the artificial root is completely fused with the jawbone. Dental implantation and prosthetics on four implants quickly and effectively restores the aesthetics and functions of the dentoalveolar apparatus. If in classical prosthetics the patient will have to wait more than six months for all the implants to heal, then the "all on four" procedure allows the teeth to be installed on the day of treatment. In each jaw, two implants are located in the front part vertically and parallel to each other, and two implants - at an angle of up to 45 degrees in the distal region, where the molars are located.

Aim To conduct a comparative analysis of the "ALL ON FOUR" implantation method with one-stage loading with fixed prostheses with the traditional method of a removable plate prosthesis and to explore the benefits of All on 4.

Material and methods: Three patients with a traditional removable plate prosthesis and three patients with fixed prostheses installed on implants according to the "All on 4" technique.

Results: The first patient with fully removable laminar dentures said that he had strong gag reflexes in the beginning. Another patient was rebased 2 times. The third patient often came for correction and was tired of frequent visits to the dentist. In three patients with implants, the screw-retained prosthesis was installed. This suggests that in the future the prosthesis can be easily unscrewed without damaging the implants and the prosthesis itself. A correctly made screw-retained prosthesis is not screwed directly to the implants, but to the multi-unit abutments, and they are screwed to the implants. All three patients were satisfied with the fixed denture, which is more comfortable. They quickly got used to dentures, the dentures fit snugly against the gums. The first patient after a year of wearing a prosthesis changed it to zircon prostheses. A zirconium prosthesis is manufactured using an accurate CAD / CAM method (modeling and manufacturing of a prosthesis is carried out using computer technology and high-precision milling).

Conclusion: Dental implantation and prosthetics using the "ALL ON FOUR" method quickly and effectively restores the aesthetics and functions of the dentoalveolar apparatus, without causing discomfort for the patient.

PROSTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS

Musaeva K.

Tashkent State Dental Institute

Osteoporosis occurs in about 1/3 of the western female population over the age of 65. It is estimated that more than 200 million people worldwide suffer from this disease (Holahan C.M., Koka S., 2008).

Habits such as smoking, a sedentary lifestyle, intestinal disorders that lead to inadequate absorption of Ca, P, vitamin D deficiencies, and kidney problems can be modified to reduce the risk of osteoporosis. While unmodifiable risk factors include age, gender, family history, menopausal status and ethnicity (Safarov M.T., 2021).

Materials and methods. Examined 30 patients at the Department of Hospital Prosthetic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute. According to the patients,

the questionnaires on the detection of somatic diseases and systemic lesions were completed. A clinical examination and X-ray examination were carried out.

Research results. Among the surveyed 65% were women aged 50-65 years. According to the data, the incidence of osteoporosis in the primary manifestation was 49%. An insufficient volume of bone tissue and local osteoporosis of the lower and upper jaws were found.

Studies have shown a relationship, seen on panoramic radiographs, between osteoporosis and ridge resorption of the residual ridge. Mandibular indexes can be used as an early detection tool. The prosthetist, by identifying features, will have the advantage of allowing the patient to be referred for bone density screening for early diagnosis and subsequent treatment of the disease.

BIOCHEMICAL FORMATION OF THE SALIVA AT TEENS AFTER FIXED ORTHODONTIC DEVICES

Pulatov O.A.

Tashkent State Dental Institute

E-mail: dr.oybek@gmail.com

Research objective: studying of biochemical composition of saliva at children.

Materials and methods. Used Instrumental Neutron Activation method (determination of the mineral composition of saliva) at the Institute of Nuclear Physics, Academy of Sciences, Republic of Uzbekistan. Calcium in saliva of patients at all stages of the study did not changed significantly (Significant differences from baseline). Patients in the early stages of the study also found changes in calcium content - 3760/11400, potassium - 166100/115000, sodium - 28400/10100. The first patient - lack of iodine I <0.1, magnesium deficiency Mg <50, the lack of strontium Sr - <10, selenium Se- <0.1 helium Hg - <0,01 in second patient - lack of brass La <0.1, magnesium deficiency Mg <50, the lack of copper Cu - <1.0, selenium Se- <0.1 / <0.1 and Hg helium - <0.01.

Results and discussion.

However, the saliva more than teeth available for study as indicator of changes in children after treatment with fixed orthodontic devices.

Conclusions. Timely preventive treatment of children after orthodontic procedures to prevent the spread of the process and the development of secondary caries.

KESISHGAN PRIKUS ANOMALIYALARI MAVJUD BO'LGAN BOLALARDA CHAYNOV MUSHAKLARI FUNKSIONAL HOLATI DIAGNOSTIKASI.

Quranbayeva D.G., Razzoqov U.M.

Toshkent Davlat Stomatologiya instituti

Transverzal okklyuzion anomaliyalarning yetakchi patognomonik alomati - transverzal tekislikdagi juft antagonist tishlarning jiplashuvining nomuvofiqligidir. Transverzal tekislikdagi juft antagonist tishlarning jiplashuvidagi nomuvofiqlik chaynash funksiyasining buzilishiga olib keladi, bu esa funksional chaynov markazining siljishida namoyon bo'ladi. Yoshlikda bu buzilishlar chaynashning yangi

dinamik stereotipini rivojlanishiga olib keladi, o'sayotgan suyak to'qimalariga bosim kontsentratsiyasini o'zgartiradi va tish yoylarining shakli va konfiguratsiyasining buzilishining tezroq namoyon bo'lishiga olib keladi. [AP Kibkalo, V.A. Pereverzev, 1985]. . Bundan tashqari, ko'p hollarda artikulyatsiyaning buzilishi funksional o'zgarishlar fonida bruksizmning ham rivojlanishiga sabab bo'ladi. [A.N. Elovikova, 1964 yil; E.I. Gavrilov, 1984].

Adabiyotda keltirilgan ma'lumotlar okklyuziya anomaliyalari bo'lgan bolalarda yuz-jag' sohasi mushaklarining funksional holatini faqat qisman tavsiflaydi. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, tishlov paytidagi chaynov mushaklarining funksional buzilishlari turli xil okklyuzion anomaliyalardagi funksional o'zgarishlardan farq qilmaydi. Shunday qilib, hozirgi kunda har bir pasient diagnostikasi va individual yondashuvini hisobga olgan holda, okklyuzion anomaliyalari bo'lgan bolalarda tishlarning morfofunktsional holatini o'rganish dolzarb muammo sifatida qolmoqda.

Tekshiruv maqsadi: Chaynov mushaklari buzilishlari mavjud bo'lgan kesishgan prikusli bolalarda chaynov mushagining funksional holatini elektromiografiya yordamida tashxislash va ortodontik apparatlar bilan davolashdan oldingi va keyingi natijalarni o'zaro taqqoslash.

Tekshiruv materiali va usuli: Chaynov mushagining elektromiografiyasi sut va doimiy tishlar almashinuv davridagi kesishgan prikusli 6-14 yoshli 24ta patsientda o'tkazildi. Bulardan 10tasi qiz bola, 14tasi o'g'il bola. Bunda bolalar ikkita guruhga bo'lindi:

1. Erta almashinuv davridagi bolalar 6-9yoshli bolalar- 8ta ;
2. Kech almashinuv davridagi bolalar 9-14yoshli bolalar-16tani tashkil qildi.

Har bir patsientda elektromiografiya, rentgenologik -telerengenografiya(old), antropometrik, klinik tekshiruv o'tkazildi.

Natija va uni tahlili: Yuqoridagi bolalarda ortodontik davodan oldin chaynov mushaklarining funksional holati elektromiogramma yordamida o'rganildi. Bunda maksimal tishlovda chaynov mushagining amplitudasi 1,5% ga kamayadi($p > 0,05$). Chaynash davomiyligi, fiziologik tinchlik holati va jag'larning o'zaro munosabati / fiziologik tinchlik holatiga nisbati 19,1% dan 45,7% gacha o'sdi ($p > 0,05$). Chaynov chastotasi kamaydi 8,7% ga ($p > 0,05$). Ortodontik davolash yakunlangandan keyin chaynov mushagining amplitudasi maksimal tishlovda 1,0% ga ($p > 0,05$), chaynash chastotasi esa 8,9% ga oshdi($p > 0,05$). Chaynash davomiyligi, fiziologik tinchlik holati va jag'larning o'zaro munosabati / fiziologik tinchlik holatiga nisbati 17,0% dan 32,3% gacha kamaydi ($p > 0,05$). Ta'kidlanishicha, chaynash muddatisezil;arli darajada 32,3% ga qisqardi($p < 0,05$). Yuqoridagi miqdoriy hisoblashlar shuni ko'rsatadiki, bu parametrlarning nisbatini kamayishi, okklyuziya anomaliyalarini bartaraf etilganligi va chaynash funksiyasini tiklanganligi va tiklanish muddatini qisqarganligidan dalolat beradi.

Xulosa: Xulosa qilib aytganda, nafaqat kesishgan prikusli bolalarda balki prikus anomaliyalari mavjud bo'lgan bolalarda chaynov mushaklari funksional holatini, funksiyasini tiklanganligini tekshirishning eng samarali usullaridan biri bu elektromiografiyadir. Bugungi kunda elektromiografiyaning zamonaviy og'riqsiz turlari ancha rivojlangan.

EVALUATION OF THE 3 MM THICKNESS SPLINT THERAPY ON TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS (TMDs)

Rabiyev B.H., Mun T.O., Ibraximova K.A.

Tashkent state dental institute

e-mail:www.rabiyev 97 med@mail.ru

Introduction

Temporomandibular disorders (TMDs) encompass internal derangements of the temporomandibular joint (TMJ), abnormalities of masticatory muscles and the neighboring structure of the TMJ, and TMJ-related headache conditions. In all manifestations of TMDs, the major negative effects the patients experience include jaw movement limitations and of course slight to severe pain in the head and neck regions. TMDs include TMJ and facial pain, including tenderness to touch the facial region muscle (particularly masticatory muscles and the TMJ), uncoordinated jaw movements, and the presence of joint noise. While many research studies have evaluated diet intake problems during postop patient follow-ups of TMD-related surgeries, some studies have also considered diet intake before and after treatment of both nonsurgical and surgical evaluations of TMD patients in the context of jaw movement and the level of pain the patient experienced.

Despite the use of various types of occlusal splints made from a range of soft and hard materials, the most common splint used to treat TMDs, the stabilization splint, remains a valid option highly agreed upon among practitioners. According to the literature review, splints of various thicknesses from 1 to 15 mm have been used to treat TMDs, but a thickness of 3–5 mm is preferred along with comfortable alternatives.

Stabilization splints usually decrease TMD symptoms of pain from internal derangements or of myofascial origin to improve jaw movement and general health. In addition, they increase diet scores and improve disc displacement without reduction through splint therapy (e.g., individuals who could only eat liquid diets before can begin eating normal diets including solid food after splint therapy).

This study aims to determine whether the 3 mm thickness of stabilization splints has positive or negative effects on disc displacement with or without reduction and TMDs symptoms (pain, muscle tenderness or pain, jaw movement, low diet score, and total healing) according to a range of follow-up periods (3, 6, and 12 months), splint usage time per day (hours), and demographic features of patients.

Materials and Methods. This study was conducted using the files of patients who received 3 mm stabilization splint therapy as a conservative or initial treatment of TMDs. The patients' files were from 2020 to 2021. TMDs were diagnosed in the same clinic according to the clinical and radiological data. Magnetic resonance imaging, the most accurate radiological tool, was used for diagnosis before initial treatments, and examinations were done based on Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) axis I which is the main guide for evaluating patients to determine final diagnosis and treatment progress for TMDs. In the same clinic, informed consent was obtained from patients before beginning treatments, in which they consented to the use of their diagnosis and treatments as scientific data.

Conclusion. Conclusions drawn from our retrospective research on the effects of 3 mm thick stabilization splints on TMD signs and symptoms are as follows:(1)There were no remarkable effects of splints on total TMD healing in the first 3-month period with a success rate of only 44% (11 patients). There was also no significant difference between 3 months and 6 months (12 patients, 48%).(2)There was no correlation between daily splint usage duration and total healing of TMD signs and symptoms.(3)Researching diet score parameters differentiates our study from other studies on TMDs. In addition, high diet scores were achieved using 3 mm splint therapy.(4)Despite achieving low success rates in early (3 months) and midterm (6 months) treatment periods, by the end of splint therapy (12 months), a success rate of 88% was achieved for 3 mm splint therapy on all symptoms of TMDs, which we consider a successful outcome for a conservative and reversible treatment option.

Finally, TMD signs and symptoms should include TMD pain, amount of mouth opening, and diet score, which encompass our definition of “total healing” of TMDs in our study.

YUQORI JAG’NI TEZ KENGAYTIRISH USULLARINING SOLISHTIRMA ANALIZI

Sheraliyev M.

Tashkent state dental institute

Aktuellilik. Hozirgi kunda yuqori jag’ torligi va yuqori jag’ning skeletal muommolari ortodontiyada asosiy o’rinni egallab kelmoqda. Shu o’rinda, yuqori jag’ni kengaytirish uzoq vaqtni oladigan ortodontik muolajanitalab qiladi. Shu sababli diagnostika va to’g’ri davo chorasini tanlash va dinamikada kuzatish muhim ahamiyat kasb etadi

Maqsad. Yuqori jag’ni tez kengaytirishda samarali usulni tanlash. Nord, Derixsvayler apparat hamda MSE apparatlarini qo’llab , ular samaradorligini bemorlarda kuzatish. Shu orqali qaysi biri yuqori afzallikka ega ekanligini aniqlash.

Material va metod. Bemorlarda o’tkazilgan muolajalarni solishtirish va natijalarni baholash maqsadida, ulardan davolashdan oldinngi va davolashdan keying modellar olinib , ushbu modellarda tish yoyini antropometrik o’lchovlari amalga oshirildi. Davolashdan keyingi tish qatori va suyakning ichki qatlamlardagi, xususan, yon profil , sagittal profil , transversal yo’nalish hamda suyak chokida bo’ladigan o’zgarishlarni kuzatishda rengten va antropometrik usullari yordamida o’rganildi.

Natija. Kuzatuvdagi 8 ta bemor To’rayev S, Sultonova N, Do’stqobilov M, Aqilov J, Malikova S, Jo’rayev A, Po’latov F , Rasulova M. larda yuqori jag’ni kengaytiruvchi Nord, Derixsvayler hamda MSE apparatlari qo’llanildi. Apparatdan oldinngi va keying natijalari jag’ va tish qatorlarini kengaytirganligi aniqlandi.

Xulosa. Nord, Derixsvayler va MSE apparati qo’llanilgan kuzatuvdagi 8 ta bemor To’rayev S, Sultonova N, Do’stqobilov M, Aqilov J, Malikova S, Jo’rayev A, Po’latov F , Rasulova M. larda yuqori jag’ tez kengaygan va yuz tuzilishida ijobiy natijalar aniqlandi. Rengten hamda antropometrik tekshiruv o’tkazilganda Nord, Derixsvayler va MSE apparatlari qo’llanilgan ushbu bemorlarda yuqori jag’ choki

bo'ylab qisman kengayib, yuqori jag' tishlarning butun vestibulyar tomonga siljishi kuzatildi. O'tkazilgan tekshiruvlar asosida qo'llanilgan tekshiruv usullariorqali yuqori jag' kengaytirilishida samaraliniatijaga Nord, Derixsvayler hamda MSE apparatlari yordamida erishildi

BIOLOGICAL EVALUATION OF COCR DENTAL ALLOY FOR SELECTIVE LASER MELTING AND 3D PRINTING.

Tomova, Z., Vlahova, A., Chonin, A., Georgiev, Zh., Alexandrov, Sv.

Faculty of Dental Medicine, Medical University – Plovdiv, Bulgaria

Introduction: CAD/CAM technologies provide fast production of precise dental restorations. There are two main ways of making the metal copings when using digital methods – milling and 3D printing (selective laser melting (SLM)). Biocompatibility of PFM restorations depends on the ion emission from the metal infrastructure. Free Cobalt ions may cause allergic, cytotoxic, or even carcinogenic reactions in human body. Ion release from metal objects in the oral cavity may be a reason for symptoms of pathogalvanism.

The aim of the study is to evaluate the biological properties of a dental alloy 3D printing via SLM regarding the presence or absence of free Cobalt ions.

Materials and Methods: PFM crowns were produced for 18 patients using CAD/CAM technology. After taking digital impressions, the metal copings were designed, and the files were sent to the 3D printer EOS M100, Germany, present at the CAD/CAM Center of FDM-Plovdiv for selective laser melting of the dental alloy. 3D printed resin models were used for completing the PFM restorations (Fig.1). 3D printed copings made of CoCr dental alloy EOS CobaltChrome SP2 (EOS, Finland) were tested for presence of free Cobalt ions using “Chemo Cobalt Test” (Chemotechnique Diagnostics, Sweden). Reaction between nitroso-R-salt and free cobalt leads to change in color of the cotton tip from white to reddish-brown. Copings were tested at several stages of production process – after 3D printing, after stress relieving, after preparation for porcelain firing and after restoration is completed. Additional testing was performed after stay of the copings in distilled water.

Saliva samples from the patients were taken before, 2 hours and 7 days after fixing the crowns in the oral cavity. Open circuit potential measurements were conducted at the same intervals using apparatus Dentotest Six (Atlantis OOD, Bulgaria).

Results and Discussion: Copings tests were positive for free Cobalt ions at all stages during production of PFM restorations (Fig. 2,3). Negative reaction was found only at the copings after 3-day stay in distilled water (Fig.4). Results indicated that there is a risk of potentially harmful ion emission from the metal copings. The intensity of coloration may indicate the concentration of free Cobalt ions. An additional treatment of the copings may reduce the level of free Cobalt probably due to forming of stable oxide layer. Further investigations are needed. Saliva testing for Cobalt ions is planned using ICP-MS. A method for detecting isoprostanes in saliva as a marker of oxidative stress due to free metal ions is in process of validation. Results of open circuit potential measurements are in statistical processing.

Conclusion: The presence of free Cobalt ions requires further studies on the biological properties of dental CoCr alloy for selective laser melting and 3D printing.

This pilot study was funded by Grant NO-01/2020 of Medical University-Plovdiv, BULGARIA.

ORTODONTIK BEMORLARNI TASHXISLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV "TISHLAR VA TISHLARNING HOLATINI BAHOLASH" KOMPYUTER DASTURIDAN FOYDALANISH

Yuldashev T.A., Murtazaev S.S.

Tashkent state dental institute

Dolzarbligi: Hozirgi vaqtda tish anomaliyalarini yuqori sifatli diagnostika qilish ortodontning muhim vazifalaridan biri hisoblanadi, chunki bu tuzatish diagnostikasi uchun majburiydir.

Anomaliyalarni baholashning ko'plab usullari mavjud, ammo to'g'ri tashxis faqat ularning tadqiqot natijalarida qilingan morfometrik o'zgarishlar to'plamini o'rganish va ushbu usulni qo'llashda mumkin.

Keng qamrovli tahlil natijalarini olish maxsus kompyuter dasturlari yordamida mumkin bo'ladi. Raqamli texnologiyalarning istiqbolli rivojlanishi va ularning amaliyotga joriy etilishini hisobga olgan holda, biz aniq parametrga nisbatan tish va ularning aralashirish holatini baholashning kompyuterlashtirilgan usulini taklif qildik.

Tadqiqot maqsadi. Turli okklyuziya anomaliyalari bo'lgan bemorlarda tishlar va apikal asoslarning holatini baholashning kompyuter versiyalaridan foydalangan holda diagnostika samaradorligini oshirish.

Materiallar va uslublar. 18 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan, shu jumladan, bo'yi tishlari okklyuziyasining turli anomaliyalari bo'lgan 100 nafar bemor o'tkazildi. Barcha bemorlar 3 guruhga bo'lingan:

- 1 guruh - vertikal tipdagi 57 bemor,
- 2 guruh - neytral tipdagi 19 bemor,
- 3 guruh - gorizontal tipdagi 24 bemor.

Barcha bemorlarga murakkab ortodontik diagnostika, jumladan, fotodiagnostika, taassurot olish va tish tishlari modellarini 3D kompyuter modellariga raqamlashtirish, antropometrik parametrlarni hisoblash, TRGni hisoblash kiradi. Biz tomonimizdan ishlab chiqilgan kompyuter dasturi yordamida tishlarning o'lchamlari, tish qismi, apikal asoslari o'rganildi, tish bo'shlig'ining tiqilib qolishiga baho berildi. Bu lateral proektsiyada boshning TRG'sidagi jag'larning chiziqli va burchakli parametrlari.

Natijalar. Tish bo'shlig'ining holatini tashxislash uchun biz antropometrik nuqtalarni taklif qildik. NS nuqtalari (birinchi juft palatin burmalari) holatining barqarorligi tishlarning normal yopilishi yoki tishlarning harakatlanishi paytida o'rnatildi. Taniqli o'lchov nuqtalari ham qo'llaniladi:

I - markaziy kesma tishlarning yopilishi,

K - it tuberkulyarining cho'qqisi,

M - yuqori birinchi molar va Maybugan meibugarlarning mezial bukkal tuberkulyarining yopilish nuqtasi.

LP nuqtasi N-Po chizig'i va OcP chizig'ining kesishmasida hosil bo'lgan koordinata nuqtasidir. 4 ta maksiller kesmaning o'lchamlari yig'indisi va LP-MV masofasi 1,6 ga teng bo'lgan to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik o'rnatildi.

O'sha paytda LA ning birinchi molarlarga bo'lgan masofasining nisbati 1,59 ni tashkil qiladi. Malokluziya anomaliyalarini aniqlash va to'g'ri tashxis qo'yish uchun tish tizmalari va apikal asoslarning sagittal, vertikal va ko'ndalang parametrlari o'rganiladi. Antropometrik nuqtalarni o'rnatgandan so'ng, L.P nuqtasiga nisbatan tishlarning tiqilib qolishi holati va turini aniqlash.

Xulosa. LP umumiy parametriga nisbatan biz tomonidan ishlab chiqilgan tishlar, tishlar va apikal asoslarning holatini baholashning kompyuterlashtirilgan versiyasi foydalanish imkoniyatini o'rganish uchun yaratilgan qulay vositadir.

ORTODONTIYADA BARQAROR TAYANCH

Yuldashev T.A., Murtazaev S.S.

Tashkent state dental institute

Dolzarbliqi: Zamonaviy ortodontiyani barqaror tayanchdan foydalanmasdan tasavvur qilish qiyin.

Distalizatsiya, retraksiya, hatto mesializatsiyaga erishish qiyin, suyak darajasida kengayishning qiyin holatlar va boshqalar - bularning barchasi tayanch tufayli mumkin bo'ladi.

"Barqaror tayanch" atamasi bir guruh tishlarning korpus harakati va boshqa tishlarning moyilligi natijasida olinishi mumkin bo'lgan qo'llab-quvvatlovchi qismni anglatadi.

Tadqiqot maqsadi. tayanch nazorat qilish ortodontik davolanishning muhim jihatlaridan biridir.

Mutlaq yoki maksimal qo'llab-quvvatlash talab qilinadigan holatlar mavjud, ya'ni. ko'chirishga yuqori qarshilik ko'rsatadigan tayanch.

Har qanday harakat qarshilikni keltirib chiqaradi, ikkinchisi bilan barqaror tayanch kurashadi.

Qarshilik markazi, "muvozanat nuqtalari" tushunchalari ortodontistga bemorni eng qisqa vaqt ichida periodontdan salbiy oqibatlarisiz muvaffaqiyatli davolashni rejalashtirishga yordam beradi.

Ayni paytda ortodontik davolanish taxminan ikki yil davom etadi, ularning aksariyati nojo'ya ta'sirlarni (keraksiz) bartaraf etishga sarflanishi kerak.

Bu maksimal natijalarga imkon qadar tez va zararsiz erishish imkonini beruvchi barqaror qo'llab-quvvatlash, o'ziga xos "mos yozuvlar nuqtasi" ning mavjudligi.

Materiallar va uslublar. Xususan, mini vintlar qo'zg'almas qurilmalarda ishonchli tayanch sifatida ham qo'llanilishi mumkin, ularsiz harakatlanuvchi va tayanch tishlarga faol va reaktiv kuchlarni to'liq o'tkazish mumkin emas.

Natija. Amalga oshirilgan ishlar tayanch katta funktsional ahamiyatiga, tayanch turlariga va uning muhim farqlariga bag'ishlangan.

БОЛАЛАР ПУБЕРТАТ ЁШИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ МАЛАКАЛИ ГИГИЕНАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Аббасова Д.Б., Арипов М.А.

Тошкент давлат стоматология институти
aziz382@yandex.ru, muzaffar1996@mail.ru

Калит сўзлари: Оғиз бушлиғи, гигиена, фтор, эритрозинли буёқ.

Долзарблиги. Оғиз бўшлиғининг малакали гигиенаси - бу оғиз бўшлиғи тишлар юзасидан юмшоқ карашларни, тиш чўкмаларини(тошларини) махсус асбоб-ускуналар ёрдамида мутахассис томонидан маълум қоидаларга риоя қилинган ҳолда тозалашдан иборат муолажадир. Бугунги кунда болалар ўртасида амалга ошириладиган оғиз бўшлиғининг малакали гигиенаси тадбири стоматологик касалликлар комплекс профилактикаси элементларидан бирига айланган. Буларга:

1. Болаларни рационал овқатланишини таъминлаш.
2. Фтор сақловчи воститаларни маҳаллий қўллаш.
3. Оғиз бўшлиғи гигиенасининг мунтазамлигини таъминлаш.
4. Малакали гигиенани амалга ошириш.

Мазкур дастурга мувофиқ оғиз бўшлиғининг малакали гигиенасини амалга оширишлар орасидаги вақт болаларда 2-3 ҳафтани ташкил қилган, чунки зич карашлар мавжуд пайтида гингивит белгилари ва бошланғич кариес ривожланиши учун тахминан шунча вақт етарли. Бугунги кунда оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини амалга ошириш вақти болада шу муолажага нисбатан талаб пайдо бўлиши билан боғлиқ қилиб белгиланган.

Материаллар ва тадқиқот усуллари.

1. Барча тишлар йодли ёки эритрозинли буёқ билан бўялади. Шифокор беморга тишлар қаторидаги караш кўпроқ йиғиладиган соҳаларни ойна оркали кўрсатади. Беморларга тишларни туғри ювиш қоидалари ўргатилади ва амалга оширилади.

2. Тишни чўтка ва пасталар билан тозалангандан сўнг колган тиш карашларини абразивли фтор сақловчи силликловчи махсус пасталар ёрдамида тозаланади. Абразив модда сифатида асосан диоксид кремнийдан фойдаланилади. Фторидлар концентрацияси абразив тозаловчи пасталарда 0,1% (0,22% - МАГ ёки 0,8%- $MA_2PO_3H^1$) ни ташкил этади. Тишларнинг чайнов юзасидан карашлар айланувчи махсус чўткалар ёрдамида, силлик юзалардан эса-юмшоқ резина калпокчалар ёрдамида абразив паста билан тозаланади. Бунда абразив паста тутган чўтка ва резина калпокчалар айланиш тезлиги 5000 айл/сек ташкил этиши керак. Тишларнинг контакт (апроксимал) юзалари флосслар ёрдамида тозаланиши лозим.

3. Тишлар юзаси карашлардан тозаланиб бўлгандан сўнг тиш тозаллиги даражасини назорат қилиш керак булади. Мустақил назорат учун болаларга уйда тишлар карашини буёвчи таблеткалар (эритрозин) тавсия қилинади. Кариес профилактикаси дастурига биноан утказилаётган оғиз бўшлиғи малакали гигиенаси тадбирлари орасидаги муддат бошида бир мунча киска бўлса, кейинчалик бора-бора бу муддат борган сари узая боради. Бунинг сабаби дастур асосида ўтказилаётган чора-тадбирлар болалар оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини кун сайин яхшилаб борадики, унда энди тез-тез малакали гигиенага ўрин қолмайди.

Малакали гигиеналар ўртасидаги муддат куйидаги факторлар билан боглик бўлади:

1. Болалар ва ота-оналарнинг дастурга кизикиши.
2. Болалар тишларининг кариес билан зарарланиш даражаси.
3. Доимий тишларнинг чикиш даражаси (асосан биринчи ва иккинчи доимий моляр тишлар).
4. Доимий моляр тишларнинг чайнов юзаларида кариес белгисининг мавжудлиги.

Хулоса. Кариес диагностикаси даражаси тозаланган тишларда анча юқори бўлишини инобатга олиб, оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини профилактик кўрик пайтида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Малакали гигиенадан сўнг унинг самарадорлигини ОҒИЗ бушлиғи гигиеник индексини текшириб кўриш йули билан амалга оширилади. Гигиеник индекс кўрсаткичи тишлар юзасида карашлар ва тошлар мавжудлигини миқдор жихатдан аниқлашга ёрдам беради. Бемор ёки боланинг мутахасис шифокор стоматолог ёки гигиенист назорати остида мустақил тиш тозалашидир. Бунинг учун бемор ёки боланинг тишлари бўёк моддаси билан ишлов берилиб бўялади ва гигиеник индекс аникланади. Шундан сўнг бемор тишларини ўзи ўрганган усулда тозалайди ва яна гигиеник индекс аникланади. Бунда шифокор назорат остидаги бемор болага тишларининг қайси соҳалари яхши тозаланмаётганини кўрсатиб, тегишли кўрсатмалар беради. Кейинги қатновларда назоратли тиш тозалаш яна қайтарилади ва тиш тозалаш амалий кўникмалари баҳоланиб борилади.

ТОЧНОСТЬ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Абдуазимов А.А. Ханазаров Д.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

tdsi@mail.ru

На данный момент в современной ортодонтической практике существует два метода фиксации брекет-систем. Техника прямого бондинга, осуществляемая непосредственно врачом-ортодонтом в клинике, и техника непрямой фиксации, требующая подготовительного лабораторного этапа (Proffit W.R., 2008; Персин Л.С., 2015; Арсенина О.И., 2012; Оспанова Г.Б., 2017). С целью повышения точности позиционирования брекетов вырос интерес к непрямому бондингу (Д.К. Беннет, Р.П. Маклафлин, 2005). Метод расширяет возможности врача-ортодонта, позволяя проводить фиксацию брекетов и ортодонтических замков в корректной позиции. Что не всегда удаётся добиться, фиксируя брекет-систему прямым методом, также зачастую возникает сложность фиксации из-за недостаточного обзора и затруднительного доступа в области боковой группы зубов. При непрямом бондинге, отсутствуют такие факторы, как мягкие ткани и слюна, зубы легко просматриваются во всех плоскостях, что в полости рта является затруднительным. Но несмотря на ряд преимуществ одним из недостатков прямого бондинга является изменение фасетки брекетов и замков при

обработки пескоструйным аппаратом. Что в дальнейшем негативно влияет на степень фиксации брекетов непосредственно к зубам. Всё это послужило основанием для проведения данного научного исследования.

Цель. Повышение эффективности ортодонтического лечения за счет совершенствования позиционирования брекет-систем.

Материалы и методы. На базе кафедры повышения квалификации по направлению ортодонтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического Института было проведено исследование площадок брекет-систем после непрямого фиксации на гипсовую модель на различные материалы. Первую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель, при помощи стандартного ортодонтического адгезива по общепринятой технике непрямого бондинга. Перед фиксацией брекетов непосредственно в полости рта на зубы остатки адгезивного материала удаляли пескоструйным аппаратом. Вторую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель при помощи карамелизованного сахара. Нагретым электрошпателем наносили каплю карамелизованного сахара на гипсовую модель и на площадку брекета, прижимая к гипсу в необходимом положении. Далее производили изготовление капы стандартным путем, после которого обработку площадки брекет-системы проводят мягкой щёткой под тёплой струёй воды.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования площадок брекетов под микроскопом показали очевидную разницу между исходной поверхностью площадки брекет-системы и ее состоянием после фиксации на ортодонтический адгезив и карамелизованный сахар. Однако брекет-системы после использования карамелизованного сахара не отличались от своего первоначального состояния. После фиксации на ортодонтический адгезив на площадках брекет-систем, для удаления которого требуется обработка площадки пескоструйным аппаратом, были изменения поверхности основания брекета. Наблюдались остатки адгезива на фасетке брекета, которые влияют на точность позиционирования. Излишек материала на площадке брекета может приводить к таким нежелательным перемещениям зуба, как ротация или изменение торка. А также наблюдалось сглаживание ретенционных пунктов площадки брекет-систем за счёт скопления частиц абразивного порошка в этих пунктах, что может приводить к ослаблению адгезии брекета к зубам и в дальнейшем к отрыву брекета от поверхности зуба. Для решения данной проблемы мы предлагаем использовать в качестве адгезива на гипсовую модель карамелизованный сахар, который достаточно легко удаляется с основания брекета.

Вывод. Таким образом, данное исследование показало, что для повышения точности позиционирования брекет-систем мы рекомендуем проведение техники непрямого бондинга при помощи карамелизованного сахара, который позволяет устранить ошибку при контроле адаптации основания брекета, увеличив тем самым фиксацию брекетов к зубами, исключив неточности при позиционировании, позволяя тем самым сократить сроки проводимого лечения и добиться стабильного функционального и эстетического результата.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЙ АНОМАЛИИ СУСТАВНОЙ ФОРМЫ

Абдуганиева Н.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
abduganievan@bk.ru*

Актуальность. Аномалии в трансверзальной плоскости за последнее время возрастают по частоте встречаемости. Трансверзальная окклюзия во фронтальном и боковых отделах относится к приобретенным зубочелюстным аномалиям и формируется чаще во временном прикусе.

Трансверзальные аномалии окклюзии выделяются в нескольких формах, в тезисе рассмотрим суставную.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава представляет собой патологию, включающую комплекс анатомо-функциональных нарушений, состоящих из суставного, мышечного, а также окклюзионного компонентов [Конное В.В., 2007; Пасечник И.А., Павлюк О.А., 2010]. Частота поражений ВНЧС у взрослого населения высока.

Причины возникновения дисфункции ВНЧС разнообразны. Существует ряд симптомов, позволяющих предположить наличие дисфункции ВНЧС у пациента. Нарушение окклюзионных контактов зубных рядов ведет к изменению функции жевательных мышц. Смещение нижней челюсти в положение, удобное для жевания, со временем закрепляется, образуя «привычную» окклюзию.

Результатом этих изменений является неравномерное распределение мышечных усилий, нарушение соотношения элементов ВНЧС, не синхронная функция обоих суставов, микротравма мягких тканей сустава и, как следствие, появление отраженных болей в ЧЛО [Шаповалов А.Г., 2007; Жуледов С.Е., 2011; Проффит У.Р., 2019]. Отсутствие алгоритма диагностики состояния ВНЧС с оценкой состояния его статических, динамических и морфологических показателей и их взаимоотношения с окклюзией приводит к стереотипности понимания дисфункции ВНЧС [Хайбуллина Р.Р., 2008; Мосейко Р.А., 2014].

В современной стоматологии эта патология считается сложной, так как вызывает пристальное внимание исследователей и врачей-клиницистов. Функциональная значимость височно-нижнечелюстного сочленения, широкая распространенность, у пациентов среднего возраста, длительный и нередко рецидивирующий характер течения данной патологии, сопровождающийся потерей трудоспособности, определяют актуальность изучения этой проблемы.

Цель. Изучение трансверзальной аномалии сопряженной дисфункцией ВНЧС и составление алгоритмов диагностики.

Материалы и методы. На наблюдение взяли 30 пациентов, 16 девочек и 14 мальчиков. Возрастная категория от 7 - 20 лет.

У обследованных больных отмечались жалобы на эстетическое нарушение, нарушение жевания, речи и боли в ВНЧС.

Стоматологическое обследование во всех группах включало клинический осмотр, рентгенологические и фотометрические исследования.

Основываясь на данные полученные нами в исследовании пациенты были разделены на следующие группы:

1 группа – трансверзальные аномалии (с суставной формой) окклюзии - 12 пациентов (40 %);

2 группа - трансверзальные аномалии (без суставного фона) окклюзии – 18 пациентов (60 %).

Результаты. В ходе исследования провели сбор анамнеза жизни и заболевания пациентов, полное клиническое и функциональное обследование.

Разработали алгоритм диагностирования патологии трансверзального прикуса: - сбор анамнеза (сбор жалоб, выявление наследственных факторов, вредных привычек, наличие врожденных травм в челюстно-лицевой области),

- осмотр лицевой области и полости рта,

- пальпация и аускультация ВНЧС (частые жалобы на боли в области сустава и головные боли),

- снятие оттисков, отливка моделей и их анализ;

- анализ ТРГ, ОПТГ, КТ и МРТ (рентгенологическое исследование височно-нижнечелюстного сустава, при перекрестном прикусе без смещения нижней челюсти суставные головки располагаются симметрично в глубине суставных ямок).

Выводы. Рекомендуются своевременные диспансеризаций у врача-стоматолога для выявления ранних признаков трансверзальных аномалий. Вовремя выявленная патология, ранняя диагностика трансверзальной окклюзии позволяют, еще в детском возрасте, скорректировать зубочелюстные соотношения, намного снизить риск дальнейших осложнений, предупредить формирование трансверзальных аномалий и развитие патологии ВНЧС. Своевременная диагностика и профилактика помогут избежать осложнений, что в дальнейшем отразится в скорости и безболезненности лечения данной аномалии.

ОПЫТ ОРТОГНАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ НЕСИММЕТРИЧНОЙ МАКРОГНАТИЕЙ

Абдукадыров А.А., Курбанов Ф. Р., Курбонов Д.Ф.

Кафедра хирургической стоматологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР).

Областная детская стоматологическая поликлиника г. Ургенч

dilshodbek7721111@gmail.com

Актуальность проблемы: обусловлена достаточной частотой распространенности несимметричных форм деформаций нижней челюсти (от 1,5 до 4% взрослого населения). Неиспользование комплексных методов обследования, диагностические ошибки, проведение операций без учета морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава, и нейромышечного баланса челюстно-лицевой области приводит к осложнениям со стороны суставов и рецидивам деформаций челюсти.

Цель исследования: повысить эффективность диагностики и комплексного лечения взрослых больных с нижней несимметричной макрогнатией.

Материал и методы исследования: за период с 2006 по 2019 годы в клинике челюстно-лицевой хирургии (ГКБ № 7 г. Ташкент) нами проведено клиническое обследование и лечение 66 больных с нижней несимметричной макрогнатией в возрасте от 16 до 45 лет. Из них 44 женщин и 22 – мужчин.

Методы обследования больных с нижней несимметричной макрогнатией. Эстетическая оценка лица с антропометрическими измерениями, исследования цифровых фотографий и видеосъемок с компьютерным моделированием оптимального баланса лица и прикуса; МСКТ и рентгенологическое обследование по разработанной программе, биометрическое изучение специально изготовленных гипсовых моделей челюстей с планированием предстоящих взаимоотношений зубных дуг или предоперационного ортодонтического лечения; функциональные методы исследований и консультации .

Результаты исследований. Несмотря на внешнее сходство в зависимости от локализации деформаций в различных участках нижней челюстей и всего челюстно-лицевого комплекса больные разделены на пять групп. В первую группу включены пациенты с нижней несимметричной макрогнатией обусловленной односторонним увеличением (гиперплазией) суставной головки, ветви и тела нижней челюсти с адаптированным прикусом (7 больных). Во вторую группу вошли пациенты с нижней несимметричной макрогнатией гиперплазией половины нижней челюсти и верхней макрогнатией с открытым в боковом отделе и глубоким во фронтальном отделе прикусом (5 больных). Третью группу составили пациенты с нижней несимметричной макрогнатией, обусловленной гиперплазией суставной головки и части ветви нижней челюсти с перекрестным прикусом (11 больных). Четвертую группу составили пациенты с нижней несимметричной макрогнатией обусловленной преимущественным увеличением суставной головки, ветви и тела челюсти с одной стороны с перекрестным прикусом (12 больных). Пятую группу составили пациенты с нижней несимметричной макрогнатией, обусловленной несимметричным увеличением тела и ветви нижней челюсти, без существенных изменений формы суставной головки и структуры кости с перекрестным прикусом (31 больных)

Этапы комплексного лечения. Амбулаторный этап. Санация и антисептическая подготовка полости рта, консультация и лечение смежных специалистов, и проведение подготовительных оральных операций (на мягких тканях или амбулаторных реконструктивных операций). Плановое удаление зубов (32), зубосохраняющие операции (29), компактостеотомия(9), фрагментарная остеотомия для смещения отдельных групп зубов в дугу (11), френулопластика (4), и др. **Стационарный этап.** Проведение компьютерного моделирования оптимального баланса лица и прикуса (с использованием МСКТ), подбор хирургических способов с проведением основного этапа костно-реконструктивных операций. В зависимости от выявленных морфофункциональных и эстетических изменений челюстно-лицевой области

больным были проведены следующие ортогнатические операции. Для первой группы больных: удаление гиперплазированной суставной головки с аутопластикой и краевая резекция тела нижней челюсти(7пациентов). Лечение второй группы больных. Вертикальная остеотомия ветви нижней челюсти с перемещением большого фрагмента кверху или аутопластика суставной головки, краевая резекция угла, тела и подбородочного отдела нижней челюсти на стороне макрогнатии в сочетании с фрагментарной остеотомией верхней челюсти и остэктомией по плоскости с расширением полости носа (5пациентов).Остеотомированные фрагменты челюстей перемещали на заранее планируемую величину. Лечение третьей группы больных. Удаление гиперплазированной суставной головки и части ветви нижней челюсти с аутопластикой из ребра(11-пациентов). Лечение четвертой группы больных.L-образная плоскостная или вертикальная остеотомия ветвей нижней челюсти с остэктомией на стороне макрогнатии, со смещением центрального фрагмента до создания оптимального эстетического баланса лица и прикуса (12-пациентов).Лечение пятой группы больных.Двусторонняя вертикальная остеотомия и несимметричная остэктомия со смещением фрагментов на заранее планируемую величину(31 пациентов). В послеоперационном периоде все усилия были направлены на предупреждение воспалительных осложнений, оптимальной репаративной регенерации костной ткани и рецидивов деформации с участием смежных специалистов.

Заключение. Использование предложенного комплексного метода обследования, диагностики и лечения позволили достичь оптимальных функциональных и эстетических результатов у взрослых пациентов с различными формами нижней несимметричной макрогнатии что позволяет рекомендовать их в клиническую практику.

ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИД-19 В ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдукадыров А.А., Курбанов Ф. Р., Курбонов Д.Ф.

Кафедра хирургической стоматологии Ташкентского центра развития профессиональной квалификации медицинских работников(РПКМР).

*Областная детская стоматологическая поликлиника г . Ургенч
dilshodbek7721111@gmail.com*

Периодическая научная литература заполнена информацией об осложнениях КОВИД-19. Этот вирус практически поражает все важные системы организма и вызывает различные осложнения, связанные с образованием тромбов и соединительной ткани и вторичных воспалительных процессов. Об осложнениях данной инфекции в челюстно-лицевой области практически нет информации. Однако в последнее время в нашу клинику начали обращаться пациенты с патологическими изменениями тканей средней зоны лица после перенесенной инфекции КОВИД-19. В клинической картине в отличие от банальной инфекции челюстей преобладал некроз костной и окружающих мягких тканей. Почти все они принадлежали старшей возрастной группе с такой сопутствующей патологией, как сахарный диабет.

Цель сообщения; Изложение результатов нашего опыта изучения клинико-рентгенологических проявлений, диагностики и лечения некроза тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом после перенесенной КОВИД-19 .

Задачи исследований. 1.Изучение клинико-рентгенологических проявлений некроза тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом перенесших ковид-19. 2. Изучение морфологических изменений при некрозе тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом перенесших ковид-19. 3. Разработать методы лечения некроза тканей средней зоны лица, у пациентов с сахарным диабетом перенесших КОВИД-19.

Материалом для исследования служило клинико-рентгенологическое обследование и лечение 9-пациентов с некрозом тканей средней зоны лица после перенесенного КОВИД-19 со второй формой сахарного диабета от 56 до 72 лет. Из них 8-мужчин и 1-женщина. **Методы** обследования включали клинико-лабораторные, лучевые методы диагностики (МСКТ) и морфологические исследование пораженных тканей средней зоны лица.

Результаты исследований. Пациенты обратились с жалобами на появление участков некроза мягких тканей и оголение кости в области альвеолярного отростка и неба с выпадением зубов. Также жаловались на появление сообщения между полостью рта с гайморовой пазухой и полостью носа. Из анамнеза они все болеют второй формой сахарного диабета от 6 до 12 лет и получают назначенное эндокринологом лечение. Со слов сахар крови держится от 7 до 13 единиц. В зависимости от времени обращения после КОВИД-19 и объема поражения тканей средней зоны лица больные распределились на три группы; Первую группу составили трое пациентов с изолированным поражением тканей альвеолярного отростка верхней челюсти; Начало заболевания пациенты первой группы отмечают через месяц после перенесенного Ковид-19. Вначале появилось гиперемия и отек мягких тканей слизистой оболочки в области альвеолярного отростка и через неделю оголение костной ткани. При осмотре отмечается некроз мягких тканей и оголение альвеолярного отростка в области фронтального сегмента верхней челюсти, На МСКТ отмечается ограниченная деструкция альвеолярного отростка верхней челюсти с нечеткими границами. Вторую группу составили двое больных с поражением альвеолярного отростка и небной пластинки верхней челюсти с перфорированием гайморовых пазух или полости носа с одной или двух сторон. Жалобы больных этой группы были на затруднение приема пищи обусловленное наличием язвы в области фронтального и дистального отделов верхней челюсти и твердого неба. Попадание жидкой пищи в полость носа. Неприятный запах изо рта и выделения из носа. Оголение костей альвеолярного отростка сопровождался с подвижностью и выпадением зубов. При осмотре; аналогичные изменения альвеолярного отростка как у первой группы больных распространились в дистальные отделы верхней челюсти и в небную пластинку с перфорированием дна гайморовых пазух и полости носа. На МСКТ отмечается деструкция альвеолярного отростка и небной пластинки с перфорированием в гайморовы пазухи с нечеткими границами. Третью группу

составили 4-больных с тотальным некрозом верхней челюсти с распространением на скуловые кости, нижнюю стенку глазницы, перегородку носа и решетчатые кости. К аналогичным жалобам как у предыдущей группы присоединились отек, изъязвление и некроз мягких тканей средней зоны лица. На МСКТ отмечается тотальная деструкция верхнечелюстной кости, неба с распространением в перегородку носа, основание черепа, нижние отделы скуловых костей и нижней стенки глазниц с нечеткими границами. Результаты анализа крови показали увеличение СОЭ от 48-60мм час, АЛТ 20 -152ед/л, АСТ-21-138ед/л, глюкозы крови от 10,5-13,3ммоль/л. Изменение этих показателей свидетельствует об интоксикации всего организма, связанной с воспалением тканей средней зоны лица, повышением концентрации сахара в крови и нарушением функции фильтрующих токсины систем. **Морфологическое** исследование показало картину распадающихся лейкоцитов, ангионекроз, микротромбоз, полихромность эритроцитов, некроз миоцитов и деструкция костной структуры.

Заключение: причиной таких осложнений с некрозом верхней челюсти и окружающих анатомических областей является различная степень тромбоза верхнечелюстной артерии, и её ветвей на фоне сахарного диабета и отрицательное влияние местных лечебных манипуляций во время лечения в стационаре. Всем больным первой группы проведена операция некрэктомии с закрытием дефекта местными тканями. Больным второй и третьей группы операция некрэктомии проведена с пластическим изолированием полости рта от полости носа и гайморовых пазух. Послеоперационные раны зажили у 4-х больных первичным и 5-х вторичным натяжением. В настоящее время планируются реконструктивные операции для создания оптимальных анатомических условий для изготовления протезов, которые восстанавливают зубные ряды и форму деформированной части средней зоны лица.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ СО ВТОРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЗУБНОГО РЯДА

Абдуллаева Н.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Ведущее место в структуре стоматологической заболеваемости у детей занимает кариес зубов и его осложнения, которые являются основной причиной потери временных зубов. По данным исследований отечественных авторов распространенность раннего кариеса неуклонно растет и увеличивается с возрастом: от 20% на 1-м году жизни до 75% — на 3-м. В возрасте 1—2 лет встречаются дети с удаленными зубами

Одним из значимых показателей стоматологического здоровья детей и подростков региона, является распространенность зубочелюстных аномалий. Практически каждый второй ребенок в возрасте до 14 лет и каждый третий взрослый нуждается в ортодонтическом лечении.

При оценке компьютерной диагностики во время лечение пациентов с раннем потери молочных зубов является изучения ОПТГ , ТРГ и 3D рентгенов

для определялась величина тела челюстных костей, ветвей и углов нижней челюсти; взаимоотношение зубных рядов; состояние гайморовых пазух; расположение элементов ВНЧС; зубоальвеолярную высоту в переднем и боковых участках челюстей; степень резцового перекрытия; асимметрии правой и левой половин лица.

Ключевые слова: ОПТГ, ТРГ ,3D- рентген, раннее потери молочных зубов.

Материал и методы исследования

Для исследования пацанов с раннем потери молочных зубов провели диагностический анализ: ТРГ , ОПТГ ,3D- рентген

Материалом для исследования послужили стоматологические обследования 57 детей в возрасте от 6 до 12 лет, посещающих школьное образовательное учреждения №68 в г.Ташкента. Из них 30(53,6%) девочек и 27 (47,3%) мальчиков.

Все обследованные были разделены на возрастные группы, характеризующие период формирования прикуса:

Результат

По данным наших исследовании использовались следующие рентгенологические методы: ортопантомография и телерентгенография головы в боковой проекции. Для получения ортопантомограммы использовали рентгеновский аппарат фирмы «SIEMENS», доза 76-KW, экспозиция 19 с, время проявки 6-8 минут

Для исследования данной контингент больных мы разделили их на 3 группы по методом диагностики именно – ТРГ, ОПТГ и 3D- рентген

У пациентов с ТРГ в среднем составляла у мальчиков (8,7%), 4 (7%) и девочек, ОПТГ у мальчиков (12,2%) - (8,7%) и девочек, 3D-рентген у мальчиков (8,7%) – (5,2%) у девочек. Анализ телерентгенограмм головы (ТРГ) проводилась всем пациентам возрастной группы 6-9 лет. ТРГ проводили со стандартного расстояния 1,5м при помощи цефалостата «ORTHOPHOS XG 5».ТРГ проводилось в положении больных стоя при горизонтальном направлении пучка рентгеновских лучей. При этом исследуемый больной получал дозу облучения не более 0,15-0,2 R. По мнению В.Ю. Курлянского, А. Эль-Нофелли, Треймане достаточным считается фокусное расстояние равно 150-200 см.

На таком расстоянии, проекционное увеличение структур, расположенных по сагиттальной плоскости, равно 5-7%.

Заключения. Основным этапом диагностики является точность исследования путем компьютерного анализа каждого пациента, а так же дать количественную характеристику нарушений строения жевательного аппарата, внедрения данных методов исследований является основным звеном для получения наилучших результат во время лечения зубочелюстно-лицевых аномалий.

АДЕНОТОНЗИЛЛЯР ВЕГЕТАЦИЯДА ПРИКУСНИНГ ЎЗГАРИШИ: САБАБЛАРИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ, ДАВОСИ

Абдусаматова И.И.

Тошкент давлат стоматология институти

Iroda2089@mail.ru

Прикусларнинг ва юз-жағ сохаси функцияларининг шакилланиши пренатал даврда бош, бўйин ва таянч-харакат тизимининг тўқималари ва органларининг шакилланиши билан бошланади. Бу жараён постнатал ривожланиш даврида ҳам давом этиб 15 ёшларда тўхтайтиди.

Болалар стоматолог кўриги боланинг 8 ойлик даврида ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлиб, шифокор бунда фақат тишларнинг ёриб чиққанлиги ёки йўқлигини эмас, балки оғиз бўшлиғи, юганчалар, оғиз шиллик қавати ҳолатига ҳам эътибор қаратиши лозим.

Прикусларнинг ўзгаришига оддий бармоқ сўриш одати, ирсийлик, хомиладорлик даврида онанинг кўп касалланиши, туғруқ жараёнларининг кечиши, кўкрак ёшидаги болаларни озиқлантириш усуллари, овқатланиш рационининг бузилиши, витаминлар етишмовчилиги, боланинг умумий ҳолати, зарарли одатлар, турли касалликлар сабабчи бўлиши мумкин.

Кўп ҳолларда нотўғри прикусларнинг ривожланиши нафас олиш тизимининг касалликлари, ютиш функциясининг бузилиши, рахит, эндокрин касалликлар, травмалар, ўсма каби касалликлар билан боғлиқ. Хатто гижжа касалликлари ҳам прикусларнинг ўзгаришига сабабчи бўлиши мумкин.

Прикуснинг ўзгаришида энг кўп учрайдиган сабаблардан бири бу аденоидлар ва ЛОР аъзоларининг патологияси ҳисобланади.

Кўпинча прикуснинг ўзгариши нутқнинг бузилишига олиб келади. Прикуснинг ўзгариши юз тузилишини ҳам ўзгартириши, хатто болада депрессия ва комплексларнинг ривожланишига сабабчи бўлиши мумкин. Шунинг учун, муаммо қанча эрта аниқланса даволанишни шунча эрта бошлаш ёки уни олдини олиш мумкин. Албатта, касалликни даволашдан кўра уни олдини олган яхшироқдир. Агар шифокор кўрик пайтида бирор ўзгариш аниқласа муаммонинг ечимига бошқа мутахассисларни ҳам жалб қилиши мумкин.

Агар болада аденоид вегетацияси бўлса унда нотўғри прикус, яъни «аденоид юз» шакилланади. Бундай болалар очиқ оғиз билан ухлайдилар ва шамоллаш билан кўп касалланадилар. Оғиздан нафас олиш одат тусига айланади ва кундуз куни ҳам шу ҳолатда нафас олишни бошлайдилар, бу эса кейинчалик прикуснинг ўзгаришига олиб келади. Касаллик қанча кеч аниқланса, патологияни даволаш шунча қийинчилик туғдиради.

Нафас олишнинг бундай бузилишида юз тузилиши ўзгаради. Оғиздан нафас олиш сабабли бола тилини танглайга яқинлаштиради, оқибатда у юқори ҳолатда жойлашади. Танглайни бундай ҳолатда жойлашиши калла суяги шаклини ўзгартиради. Юқори жағ марказий тишлар сурилиши кузатилади. Сурункали ринит фонида болада манқаланиб гапириш пайдо бўлади, бола ҳамма товушларни тўлиқлигича талаффуз қилмайди. Диққатни сусайиши, тез

чарчаш, мигрен, имунинет пасайиши белгилари пайдо бўлади. Бундай ҳолатларда ЛОР мутахассиси билан биргаликда ишлаш мақсадга мувофиқдир.

Кўпинча бу ҳолатга панорамали тасвир, компьютер томографияси, телерентгенограмма билан аниқлик киритилади. Тўлиқ консултация ва кўшимча текширув усуллари қўлланилгандан сўнг даволаш буюрилади. Бу кичик манипуляция ёки аппарат билан ишлов бериш бўлиши мумкин.

КЕСИШГАН ТИШЛОВИ БОР БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ТИББИЙ ПСИХОЛОГИК МОҲИЯТИ

Азимова Ш.Ш., Саидов А.А.,

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

shaxnozazimova86@gmail.com

Ҳозирги вақтда стоматологик касалликлар барча касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллаш баробарида, болаларда стоматологик касалланиш даражаси ҳаётнинг кейинги йилларида сезиларли даражада индивиднинг саломатлиги ҳолатини белгилаш билан бирга, мазкур йўналишда соҳа мутахассислари томонидан эътиборни юқори даражада жалб қилиш тақозо этмоқда.

Дунёда болалар стоматологияси соҳасида тиббий фаолият самарадорлигини ошириш учун кенг қамровли илмий тадбирлар ўтказилмоқда. Стоматология, тиббиётнинг ажралмас қисми сифатида, доимий ислохотга учрайди, бу эса беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга олиб келади.

Тиш-жағ тизими аномалия ва деформациялари мактаб ёшидаги болалар орасида стоматологик касалликлар тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради. Улар чайнаш функцияларига таъсир қилиб, нутқ бузилишлари, эстетик нуқсонларга олиб келиб, инсон салоҳиятини намоён қилишни чекланишига олиб келади, оқибатда ҳаёт сифатини сезиларли равишда пасайтириш билан бирга ижтимоий, экологик ва кўплаб табиий биологик омиллар болалар саломатлигига, шу жумладан стоматологик ҳолатига ҳам таъсир кўрсатади. [Коренев А.Г., 2005; Кондракова О.В., 2010]. [Сарап Л.Р., 2015; Кузьмина Э.М., 2009].

Биз тиш-жағ тизими аномалия ва деформацияларини эрта аниқлаш ва олдини олиш мақсадида қуйидаги ишларни олиб бордик. Бухоро давлат тиббиёт институти қошидаги Стоматология ўқув-илмий-амалий маркази ва вилоят болалар стоматология поликлиникасига даволаниш учун мурожаат қилган 13- 18 ёшдаги 72 нафар кесишган тишлов ташхиси бўлган болаларда субъектив ва объектив текширишлар ўтказилди. Клиник текшириш сўраб-суриштириш вақтида анамнез йиғилиб, маҳаллий ва умумий организм касалликлари бор-йўқлигига, таъм сезиш ҳолати, оғизда ноҳуш таъм сезиши, сўлак ажралишига ҳам эътибор бердик. Тишларни текшириш давомида унинг ранги, ҳажми, жойлашиши, ёрилган ва синган тишлар мавжудлиги, сезгирлигини ортиши ёки камайиши, қимирлашига эътибор бердик. Оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарининг кўрикдан ўтказиш кетма-кетликда тиш ва тиш

қаторлари, тишлов, пародонт ҳолати кўрилди, тиш пломбалари, тиш протезлари мавжудлиги ва уларни ҳолатига эътибор бердик.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, лаб ва пародонт тўқимасини кўздан кечиришда милкнинг қонаши, қичишиши ва ачишиши, лаб хошиясида афта, яраларни мавжудлиги кўздан кечирилди. Тишлов бузилиши пайдо бўлиши ва ривожланишига олиб келадиган маҳаллий этиологик ва патогенетик омиллар аниқланди.

Муҳим эътибор пастки ва юқори тиш қаторларининг ўзаро жағ ён томонида кесишишга олиб келувчи морфологик ва функционал ўзгаришлар таҳлилидаги хусусиятларга қаратдик. Моделларни ўрганиш ташхисни енгиллаштирди. Биометрик текширувларда жағ диагностик моделларининг таққослама таҳлили тиш қаторларининг дистал ва мезиал тишловни ҳисобга олиб ўтказилди, ортогнатик тишловда ўртача индивидуаллаштирилган меъёрлар маълумотлари билан таққосланди. Альгинат эластик қолип олиш хом-ашёси билан диагностик модел тайёрлаш учун анатомик қолип олинди.

Диагностик модель [Копейкин В.Н., Демнер Л.М., 1985] гипсдан қуйиб тайёрланди. Диагностик моделларда тиш қаторлари ҳолати уларнинг ўзаро муносабати ва антропометрик текширишлар ўтказилади. Ташхис беморнинг клиник, биометрик, рентгенологик текширув маълумотлари ва ташхис қўйиш мезонларига мувофиқ белгиланди.

Кесишган тишловда пастки жағ бир томонга қараб сурилиши оқибатида юқори ва пастки жағ тиш қаторлари бир-бири билан кесиши кузатилади. Бу патологик ҳолатда косметик ҳолатнинг бузилиши, овқат чайнашнинг бузилиши билан бирга чакка-пастки жағ бўғимида ҳам турли патологик ўзгаришлар келиб чиқади. Ўсмирларда патологик тишловлар кузатилганда уларнинг умумий психо-эмоционал ҳолатида ҳам ўзгаришлар кузатилади.

Стоматологик касалликлар орасида тиш-жағ аномалиялари учраши ва тарқалганлиги бўйича тишлар кариеси ва пародонт касалликларидан кейин учинчи ўринни эгаллаб турибди [Сысолятин П.Г., Ильин А.А., Дергилев А.П., 2001; Ozkan N., Sarikaya B., Erkorkmaz U. et all., 2010].

Текширув гуруҳидага беморлардан олинган натижаларни таққослаш ва кўрсаткичларидаги меъерий микдорларни аниқлаш учун биз томондан ортогнатик тишловга эга 13-18 ёшлардаги 18 нафар боладан иборат назорат гуруҳи ташкил қилинган.

Асосий гуруҳдаги болалар ва ўсмирларни ортодонтик даволашда базис материаллари иссиқ полимеризация асосида тайёрланган олиб қўйиладиган аппаратлар ҳамда эджувайст системасидан фойдаланган ҳолда ва қўшимча ўсмирларни тиббий-психиологик ҳолатини яхшилашга қаратилган психолог билан маслахатлашиб даволаш олиб борилди.

Хулоса қилиб айтганда бизнинг тадқиқот натижаларига кўра 13-18 ёшли болалар орасида кесишган тишлов 12% учради. Кесишган тишловни ортодонтик даволаш жараёнига кўникишда тиббий-психологик ёндашувнинг самараси 80% ни ташкил қилди.

ПОДБОР ЭФФЕКТИВНОГО РЕЖИМА СТЕРИЛИЗАЦИИ НОВЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

nigorazstom@yandex.ru

Восстановление и замещение дефектов костной ткани, полученных в результате механических травм, хирургических вмешательств и др., продолжает оставаться актуальной медицинской и социальной проблемой. Одним из решений данной проблемы явилась разработка скаффолдов, которые представляют собой трехмерные пористые или волокнистые матрицы, основная функция которых состоит в обеспечении механического каркаса для костных клеток.

Цель исследования: подбор эффективного режима стерилизации новых остеопластических материалов по результатам микробиологического исследования.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились биокерамический скаффолд и остеопластический порошок 47,5В. С целью оценки бионагрузки проводили микробиологическое исследование простерилизованных медицинских изделий.

Для стерилизации исследуемых остеопластических материалов их предварительно расфасовали в стерильные флаконы емкостью 3 и 5 мл со стандартной каучуковой пробкой, закрепляемой обжатым алюминиевым колпачком: scaffold – количеством 1 шт. во флакон, остеопластический порошок 47,5В - массой по 0,3 мл во флакон.

Для выбора эффективного метода стерилизации исследуемых материалов, при котором в медицинском изделии будет нулевая бионагрузка, расфасованные остеопластические материалы подвергались стерилизации в сухожаровом шкафу при 2 атмосферах в 3-х температурно-временных режимах:

- 1) при температуре 132⁰С в течение 8 минут;
- 2) при температуре 132⁰С в течение 12 минут;
- 3) при температуре 132⁰С в течение 20 минут.

Результаты собственных исследований. После проведения стерилизации в трёх режимах каждый медицинский продукт высевался на 3-х питательных средах: на кровяном агаре, на агаре Сабуро и на питательном агаре с целью оценки бионагрузки.

По результатам исследования оба медицинских изделия выявили рост живых микроорганизмов при режиме стерилизации 132⁰С-8': *Staphylococcus hemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans*, *Actinomyces*. При режиме стерилизации 132⁰С-12' были выявлены *Staphylococcus hemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis* и *Candida albicans*.

При режиме стерилизации 132⁰С-20' не было выявлено каких-либо колоний живых микроорганизмов.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования нами был подобран оптимальный режим стерилизации в сухожаровом шкафу при 2

атмосферах 132⁰С-20`, при котором не было выявлено каких-либо колоний живых микроорганизмов.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Ирисметова Б.Д.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
nigorazstom@yandex.ru*

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) одно из самых частых воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, характеризующееся рецидивирующими высыпаниями афт с длительным течением и периодическими обострениями. Лечение ХРАС должно быть комплексным и индивидуально подобранным.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с ХРАС путем разработки нового способа локальной терапии афтозных поражений полости рта.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах лечения 118 пациентов с ХРАС, наблюдавшихся в Ташкентском государственном стоматологическом институте за период с 2015 по 2020 гг. Пациенты были разделены на две группы: контрольная (n=61) и основная (n=57). В основной группе пациентов применен разработанный новый способ локальной протекции афтозных язв слизистой полости рта отечественным препаратом «ГЕПРОЦЕЛ». Эффективность проводимой терапии оценивалась по индексам Podshadley и Naby (1968), Green-Vermillion (1964) или ОНІ-S, индексу КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб) и 14-item Oral Health Impact Profile (ОНІР-14) – «Профиль влияния стоматологического здоровья».

Результаты исследования. Проведен сравнительный анализ комплексного подхода к лечению ХРАС как подготовительного этапа перед протезированием зубов. Так, в раннем периоде (1-3 сутки) выраженность болей в обеих группах у большинства пациентов сохранялась в интервале умеренной степени интенсивности. При этом уже на первые сутки отмечалась статистически значимая разница между группами исследования – $2,8 \pm 1,1$ баллов в основной против $3,9 \pm 0,7$ баллов в контрольной группе ($t=6,31$; $p<0,05$). На 5-е сутки средние значения выраженности болей в контрольной группе составили $2,3 \pm 1,0$ балла ($t=5,27$; $p<0,05$). В дальнейшем данная динамика сохранялась, что подтвердило анальгетическую эффективность предложенной тактики лечения.

В обеих группах прослежена явная тенденция к улучшению РНР с достоверной разницей по сравнению с исходными значениями. При этом к 5-му дню в основной группе больных был зарегистрирован более лучший средний РНР с хорошим индексом эффективности гигиены ($0,39 \pm 0,21$ против $0,77 \pm 0,43$; $t=6,06$; $p<0,05$). На 10-е сутки лечения в обеих группах индекс РНР соответствовал хорошей эффективности гигиены полости рта: $0,19 \pm 0,17$ в контрольной группе и $0,37 \pm 0,24$ – в основной.

Распределение больных в группах сравнения по индексу РНР показало достоверное увеличение доли пациентов с отличным индексом эффективности гигиены до 18,0% (11 случаев) в контрольной группе и до 31,6% (18 случаев) – в основной ($\chi^2=107,231$; $p<0,001$), при этом, процент удовлетворительного индекса снизился до 3,5% (2 больных) в основной группе и 16,4% (10 больных) – в контрольной ($\chi^2=7,012$; $p=0,031$).

В сроки до 3 суток после начала лечения регресс периафтозных признаков воспаления (гиперемии и отека) наступил в 31,1% (19 больных) случаях в контрольной группе и в подавляющем большинстве случаев (59,6%; 34 больных) в основной группе. В период наблюдения более 5 суток разрешение периафтозного воспаления отмечено в оставшихся 29,5% случаях в контрольной и 5,3% – основной группах ($\chi^2=15,205$; $df=2$; $p<0,001$).

На фоне проводимого лечения начало эпителизации афт наступили на $3,4\pm 0,14$ сутки, а в основной группе – на $2,1\pm 0,11$ сутки ($t=7,38$; $p<0,05$). Период полного регресса воспалительных изменений наблюдался на $10,2\pm 0,31$ сутки в контрольной группе и на $6,9\pm 0,28$ сутки в основной группе ($t=7,96$; $p<0,001$).

В сроки наблюдения до 3-х месяцев рецидив ХРАС отмечен в 4 (25%) из 16 прослеженных случаев в контрольной группе и у 2 (12,5%) из 16 пациентов в основной группе. Наибольшая частота рецидивов в группе контроля наблюдалась в сроках 6-12 месяцев (10 из 16 прослеженных), что составило 62,5%; тогда как в основной группе в указанные сроки рецидив ХРАС имел место лишь в 2 случаях (14,3%).

Всего в сроки наблюдения до 12 месяцев наблюдалось 9 случаев с рецидивом ХРАС в основной группе - 45,3%, что было значительно меньше по сравнению с контрольной группой – 18,8%; $\chi^2=8,061$; $p=0,005$.

При распределении пациентов по показателю качества жизни по опроснику ОНП-14 отмечены результаты, свидетельствующие о значительной эффективности предложенной лечебно-профилактической программы у больных ХРАС. Хороший уровень качества жизни наблюдался у подавляющего большинства пациентов из основной группы (87,2%; 41 из 47), где хороший уровень качества жизни в отдаленные сроки после лечения отмечен лишь в 63,6% (28 из 44 прослеженных) случаях ($\chi^2=7,215$; $df=2$; $p=0,028$). При этом, в остальных 12,8% (6 из 47) случаях в основной группе пациенты характеризовали качество жизни как удовлетворительный уровень.

Выводы. Разработанный способ локальной протекции афтозного поражения слизистой оболочки полости рта отечественным препаратом «ГЕПРОЦЕЛ» в совокупности с системным подходом к лечению стоматита позволил сократить сроки регенерации эрозивного процесса с $6,8\pm 0,19$ до $4,4\pm 0,13$ суток ($p<0,001$), период полного регресса воспалительных изменений с $10,2\pm 0,31$ до $6,9\pm 0,28$ суток ($p<0,001$).

Совершенствование лечебно-профилактических подходов у пациентов с ХРАС позволило сократить частоту рецидивов заболевания с 45,3% до 18,8% ($p=0,005$) и в целом обеспечить более существенное улучшение показателей качества жизни, определенных в течение 6-12 месяцев после протезирования по

специальному опроснику «ОНП-14», с ростом доли хороших отдаленных результатов с 63,6% до 87,2% ($p=0,028$).

КЛИНИКО - ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Акбаров А.Н., Салимов О.Р., Шоахмедова К.Н.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
kshoahmedova@mail.ru*

Актуальность темы: Распространенность почечной недостаточности во всем мире растет, что наблюдается в некоторых регионах, включая Республику Узбекистан [Агранович Н.В., Теунаева 2019., БЕЛЬСКИХ О. А. 2018]. Это приводит к значительным проблемам со здоровьем у части населения.

В настоящее время лечение пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) является одной из основных проблем современной стоматологии [Галимова А.З 2012]. Развитие атрофических процессов и патологическое состояние в полости рта у пациентов страдающих ХПН дополнительно усугубляет их адаптацию к ортопедическим вмешательствам в полости рта. Таким образом, ортопедическое лечение не всегда может быть эффективным у таких пациентов. Чтобы снизить частоту осложнений при использовании полных или частичных съемных пластинчатых протезов, необходимо учитывать характеристики местного бактериологического состояния полости рта в течение периода адаптации, так как эти данные, вероятно, будут высокими у пациентов с ХПН. Следовательно, это может привести к длительной адаптации протезов у этого контингента пациентов и обострению осложнений [Акбаров А.Н 2017].

Местное использование и применение антисептика в ортопедической практике, несомненно, является очень перспективным направлением. Это связано с тем, что он способствует изменению свойств гуморальных и клеточных факторов воспаления и микробиоценоза при использовании пластинчатых протезов [Акбаров А.Н 2017].

Изучение влияния «Элюдрила» на бактериологические показатели полости рта с точки зрения использования новых препаратов при использовании ортопедических пластиночных протезов представляет особый интерес у пациентов с ХПН, получающих гемодиализ. Осуществление исследований в этой сфере является актуальным и имеет научно-практическое значение.

Цель исследования. Изучить клиничко - функциональных изменений в полости рта у больных хронической болезнью почек и выработать тактику ортопедической помощи.

Материал и методы исследования. Исследования проведены у 97 пациентов. Из них 47 – больные с ХПН 1 и 2 стадии, не получающие гемодиализ, а 50 пациентов с ХПН 3 и 4 стадии получающие гемодиализ. Для группы контроля отобраны 20 здоровых человек (30-60 лет) без патологии почек и зубочелюстной системы.

В исследования были применены следующие методы исследования:

клинический осмотр, анкетирование, капилляроскопия, микробиологические и иммунологические исследование и статистическая обработка данных.

Результаты: Результаты показали, что у пациентов с ХПН, не получавших гемодиализ, наблюдалось некоторая активация в состоянии местной иммунной системы полости рта, то есть увеличение среднего количества бактерий (FCh), поглощаемых нейтрофилами, и их спонтанную метаболическую активацию. В дополнение к активности фагоцитов, концентрации лизоцима и секреторного иммуноглобулина А в слюне были значительно выше, чем в контрольной группе.

Однако у пациентов, получающих гемодиализ, эти параметры были радикально различными, то есть наблюдались глубокие нарушения в местной иммунной системе.

Выводы: Установлено, что изменения в локальной иммунной системе полости рта у пациентов с ХПН (с программным гемодиализом или без заместительной терапии) являются специфическими для каждого периода заболевания.

При этом, в отличии от контрольной группы отмечено обратно пропорциональное нарастание тяжести патологического процесса с отсутствием активации местной иммунной системы (NFA, FCh, FSA, лизоцим и sIgA) в полости рта у пациентов без гемодиализной терапии и развитием иммунодефицитного состояния у больных, получавших гемодиализ ($P < 0,001$).

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТНОЙ СИСТЕМОЙ

Аралов М.Б., Нодирхонова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: В настоящее время значение гигиены полости рта во время лечения брекетной системой является одним из актуальных проблем в ортодонтии. После установлении брекет-системы необходим более тщательный уход за полостью рта. Возникают дополнительные зоны, где скапливается зубной налет.

Цель: Изучение правильного ухода за брекетной системой в период ортодонтического лечения. Научить больных правильно чистить зубы с брекетами. Это является одним из ключевых моментов успешного лечения.

Материалы и методы исследования: Для проведения исследования мы собрали 150 школьников из 145-школы. Среди них были школьники, которые носили брекетную систему. Провели осмотр полости рта каждого.

При ортодонтическом лечении необходим более тщательный уход за полостью рта. После установки брекет-системы возникают дополнительные зоны, где скапливается зубной налет. Для гигиены могут быть использованы следующие средства: -монопучковая щетка; - зубная щетка;

- зубная паста;- специальные зубные ершики - зубные нити;- ополаскиватель;- ирригатор полости рта.

Регулярность является важной частью гигиены полости рта для владельцев ортодонтических устройств. Сами брекеты лучше всего чистить проксимальной щеткой. Она также может быть использована для очистки межзубных промежутков и области вокруг скоб.

Результаты: Из осмотренных учеников 60% не хорошо чистили зубы, зубные остатки были видны визуально. Из 40 учеников, которые носили брекетную систему 30 хорошо соблюдали гигиену.

Вывод: Мы их ознакомили как правильно поддерживать гигиену полости рта во время пользования брекетной системой. После 6 месяцев мы их заново проверили. Наблюдалось явные изменения в положительную сторону. Ученики начали соблюдать гигиену полости рта.

СОЧЕТАННОСТЬ ВЕРТИКАЛЬНЫХ И САГИТТАЛЬНЫХ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ.

**Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Мавлянова М.А.,
Джумаева Н.Б., Шералиев М.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Частота сагиттальных аномалий по данным литературных источников достаточно высока Многими зарубежными и отечественными учеными: Жулев Е.Н., 2000; Мвакатобе Амбеге Д., Николаева Е.Ю.,2014; Насимов Э.Э.,2019 были цефалометрические показатели у пациентов с дистальным прикусом с учётом компонента роста.

Целью данного исследования явилось определение вертикальных и сагиттальных цефалометрических параметров у пациентов с дистальным прикусом.

Материал и методы: исследованы 77 пациентов в возрасте от 11 до 31 года с дистальным прикусом, в поликлинике Ортодонтии с 2016-го по 2021-гг. Женского пола — 50 (64,9%), мужского — 27 (35,1%).

Методы исследования: клинический, исследование диагностических моделей челюстей, рентгеноцефалометрия, фотометрия. Цефалометрический анализ телерентгенографического снимка проводился по методу Kim, по параметрам ODI, APDI и CF.

Результаты исследования и обсуждение. Выявлены различные формы дистального прикуса с учетом направления роста в вертикальной и сагиттальной плоскости.

Общим у 77 пациентов является низкий показатель APDI (в среднем 77,3), соотношение первых моляров по Энгляю — Class II.

Среди обратившихся за ортодонтической помощью пациентов с дистальным прикусом, значительное место занимали пациенты с тенденцией к глубокому прикусу: с ODI 80 и выше- 35 пациентов (46%).

У 8 пациентов (10%) показатели ODI ниже нижнего предела нормы (67 и меньше), что свидетельствует о вертикализации сагиттальной аномалии (открытый прикус).

Пациентов с наличием глубокого резцового перекрытия или вертикальной резцовой дизокклюзией необходимо лечить дифференцированно.

Основываясь на клинических, цефалометрических показателях, целесообразно выделить формы дистального прикуса, так как они, имеют различный этиопатогенез, различные клинические признаки, требуют дифференциального ортодонтического подхода, что совершенствует их лечение.

Выводы. С научной и практической точки зрения целесообразна выработка комплексного подхода при ортодонтическом лечении различных форм дистального прикуса, учитывая этиопатогенетические механизмы и возраст пациентов, преобладания тех или иных лицевых признаков, профильного типа лица.

Полученные данные свидетельствуют об актуальности всестороннего изучения различных аспектов диагностики ортодонтических нозологических форм дистального прикуса, учитывая не только сагиттальные параметры, но и их сочетание с вертикальными характеристиками, что способствует совершенствованию их ортодонтического лечения.

СОХТА ПРОГЕНИК ПРИКУСЛИ БЕМОРАЛНИ ТУРЛИ ОРТОДОНТИК АППАРАТЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ.

Арипова Г.Э., Сулейманова Д.А., Муратова Г.А.

Долзарблиги. Прогения сагиттал сатх йўналишдаги прикус аномалияси . Барча аномалиялар ичида сохта прогения 13-14% ташкил этиб ,унинг мажбурий ва фронтал турлари фарқланади. (Ф.Я.Хорошилкина).

Шунга асосан, аномалияни тарқалиш даражаси ,уни аниқлаш ва даволаш долзарб ҳисобланади.

Мақсад: сохта прогеник прикусли беморларда ечилмайдиган ва ечилмайдиган аппаратлар ёрдамида даволаш самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва усуллар: тадқиқот 13 -15 ёшдаги мезиал прикусли 28та қиз ва ўғил болаларда клиник,антропометрик, рентгенологик ,фотометрик ва статистик текширишлар а ўтказилди.

Пациентлар тавсияланган аппаратларни турига боғланган ҳолда икки гуруҳга ажратилди:

1-ечилмайдиган ва экстра орал;

2-ечиладиган аппаратлар.

Натижалар: Икки гуруҳ пациентларнинг динамик кузатув натижалари (даволашдан олдин ва даволаш якунида), яъни антропометрик ва ТРГ – усулидаги текширув натижалари асосида даволанаётган 28 та пациентнинг 15 тасига юқори жағига ечилмайдиган Дерихсвайлер аппаратлари ва юқори жағни мезиал силжитувчи Деляр ниқоби қўлланилди .

13 та пациентга юқори жағини кенгайтириш ва юқори жағини мезиал силжитувчи ечиладиган пластинкалардан фойдаланилди.

Хулоса: Прогениянинг сохта мажбурий турини ечилмайдиган аппаратлар билан даволаган 15 бемордан 13тасида (86.6%) ижобий натижага эришилди. Ечиладиган аппаратлар билан даволанганда 13 бемордан 9тасида ижобий натижа олинди (68.16%) .

Бизнинг текширувларимизга асосан клиник антропометрик ва цефалометрик кўрсаткичлари ўзаро мос бўлган, лекин аппарат турига дифференциал ёндошган холда ечилмайдиган аппаратлар билан биргаликда экстраорал мослама билан даволанган беморларнинг даволаш самарадорлиги ечиладиган аппаратларга нисбатан юқори кўрсаткичларга эришиш имконини берди.

ОПТИМИЗАЦИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Артиков Ш.Ш., Ибрагимова К.А., Саид Камил К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

С каждым годом увеличивается количество больных сахарным диабетом 2 типа. Страдающих сахарным диабетом, в протезирование заметно выше, чем у пациентов без данного заболевания.

Причиной тому являются многочисленные патологические изменения, происходящие в органах и тканях. Наиболее часто за ортопедической стоматологической помощью обращаются больные сахарным диабетом именно 2-го типа.

Во-первых, это объясняется тем, что пациенты со 2-м типом сахарного диабета составляют 90 % от всех заболевших, а во-вторых, сахарным диабетом 2-го типа страдают люди пожилого возраста, когда чаще встречается потеря зубов и соответственно повышается нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи. На всех этапах протезирования больных с сахарным диабетом ортопед стоматолог сталкивается с массой сложностей. Одним из осложнений ортопедического стоматологического лечения, характерных для данных пациентов, является протезный стоматит (Дадабаева М.У. 2018).

Наиболее часто причиной ему служит дисбаланс микрофлоры полости рта. Нарушения в микроциркуляторном русле, иммунной системе, слюноотделении, а также постоянное присутствие в полости рта съёмного протеза способствуют ухудшению уровня гигиены, размножению патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и подавлению роста микрофлоры, что приводит к дисбалансу полости рта, увеличивает сроки адаптации к зубному протезу, а также доставляет дискомфорт во время его использования.

При изучении литературы, посвящённой данной проблеме, было выявлено, что практически нет исследований, посвящённых микрофлору полости рта, на который влияют два фактора: сахарный диабет и зубной протез.

Не изучен вопрос выбора конструкции съёмного зубного протеза с точки зрения его влияния на микробный баланс полости рта пациентов с сахарным диабетом. На основании изученной литературы и проведённых клинических, микробиологических, иммунологических и статистических методов в исследовании были решены поставленные задачи.

Целью исследования явилось исследовать клинические изменения протезного ложа у больных сахарным диабетом 2 типа до и после протезирования.

В исследование были включены 20 пациентов с СД-2 типа, в возрасте от 45 до 65 лет (12 женщин и 8 мужчин). Критериями включения в пациентов в исследование было:

- 1) Наличие сахарного диабета 2-го типа на протяжении от 1 до 5 лет;
- 2) Наличие частичной потери зубов: концевых и включённых дефектов средней (4-6 зубов) и большой (более 6 зубов) протяжённости.

Для определения конструкции съёмного зубного протеза, используемой для ортопедического стоматологического лечения, было важно проанализировать клиническое состояние органов и тканей полости рта, рта до и после лечения частичным съёмным пластиночным протезом (бюгель Квадротти). Данный вид конструкций был выбран неслучайно.

В итоге при осмотре полости рта через 3 месяца после наложения частичных съёмных зубных протезов на слизистой оболочке протезного ложа некоторых пациентов были обнаружены воспалительные изменения в виде гиперемии.

Гиперемия была вызвана нарушением микрофлоры полости рта, поскольку:

- 1) Гиперемия была выявлена в пределах тканей протезного ложа;
- 2) На поверхности зубного протеза обращённой к слизистой оболочке в проекции участка воспаления были обнаружены обильные зубные отложения;
- 3) Микробиологические исследования подтвердили наличие дисбиоза полости рта у данных пациентов;
- 4) Травматические и аллергические факторы, которые могли стать причиной данного симптома были исключены на этапах коррекции зубного протеза;
- 5) До ортопедического стоматологического лечения данный признак отсутствовал.

Частота встречаемости гиперемии на слизистой оболочке протезного ложа, вызванная дисбиозом полости рта через 3 месяца после ортопедического лечения, рассчитывалась группе больных. В результате было выявлено, что данный признак встречался на 26,6% после лечения частичными съёмными пластиночными протезами.

Другим симптомом нарушения микрофлоры полости рта было наличие жалоб на неприятный запах изо рта. Патологические изменения в органах и тканях полости рта, сопутствующие сахарному диабету, а также побочное действие зубного протеза приводили к нарушению гигиены полости рта, в результате чего нарушался микробиоценоз, что могло привести к неприятному запаху изо рта, ощущаемому пациентами.

Таким образом, было выявлено, что через 3 месяца после лечения пациенты, использующие частичные съёмные пластиночные протезы как Бюгель квадратти приводит увеличению роста микрофлоры, что приводит к нормальному балансу полости рта и быстрому адаптацию к протезам.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ЗАЩИТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Асадуллаев Н.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

zwer1985@gmail.com

Стоматологическая патология у лиц старших возрастных групп разнообразна, у этой категории пациентов регистрируется увеличение тяжести и интенсивности воспалительно-деструктивного поражения пародонта, кариеса и некариозных поражений зубов, патология слюнных желёз и слизистой оболочки полости рта, протезный стоматит и т.д. Эти заболевания требуют применения комплекса лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительного лечения, а также значительных экономических затрат на содержание членов общества, утративших из-за болезни возможность трудиться.

Цель исследования: выявить клиничко-патогенетические факторов окислительного стресса и активности системы антиоксидантной защиты ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Показатели системы ПОЛ-АОС определяли в нестимулированной ротовой жидкости (НРЖ), жидкость собирали в градуированную пластиковую пробирку методом сплевывания в течение 6 минут, центрифугировали при 3000 об/мин, продукты липопероксикации определяли в надосадочной жидкости. Параметры оксидантной активности НРЖ определяли по методике В.С. Камышникова. Активность ферментов антиокислительной системы (АОС) оценивали по активности супероксиддисмутазы по методу N. Nishkimi et al. в модификации П.Г. Сторожука, А.П. Сторожука, основанному на способности СОД конкурировать с нитросиним тетразолием (НСТ) за супероксидные анионы, образующиеся в результате аэробного взаимодействия восстановленного НАД и фенозинмета-сульфата (ФМС), СОД тормозит восстановление НСТ.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования биохимических показателей ротовой жидкости у обследованного контингента показали, что роль МДА как маркера окислительного стресса общепризнана, изменение концентрации МДА является типовым процессом целого ряда физиологических состояний, в том числе: старения, адаптации, стресса. Возрастные изменения в слизистой оболочке полости рта нарушают микроциркуляцию по типу артериосклероза, нарушения гемодинамики способствуют нарастанию явлений тканевой гипоксии, что проявляется снижением антиоксидантного потенциала. Ослабление антиоксидантной защиты, накопление продуктов ПОЛ в полости рта могут быть вызваны также адентией и недостаточным поступлением в организм больных адентией антиоксидантов. Общий биохимический статус играет не последнюю роль, определяя характер течения стоматологических заболеваний и состояние важнейших гомеостатических механизмов полости рта, а, следовательно, и выбор более оптимального при всех равных условиях подхода к терапии. Избыточное образование инициаторов СРО может истощать пул неферментативных антиоксидантов, которые, выполнив роль ловушек

свободных радикалов, превращаются в неактивные продукты. Ухудшение микроциркуляции тканей пародонта, наблюдаемое при адентии, уменьшает приток антиоксидантов, что усиливает дисбаланс в работе АОС.

Выводы. Таким образом, в ротовой жидкости лиц пожилого и старческого возраста наблюдаются активация СРО биомолекул, смещение прооксидантно-антиоксидантного равновесия в сторону прооксидантного направления, истощение неферментативного (тиолы) и ферментативного (СОД) звеньев АОС, а также компенсаторное повышение активности каталазы. Вопросы биохимической диагностики и прогнозирования течения стоматологической патологии у лиц пожилого и старческого возраста, определения наиболее оптимальных методов диагностики, профилактики и лечения у пациентов пожилого и старческого возраста остаются в настоящее время в тени.

В этой связи актуально применение средств способных влиять на состояние окислительного гомеостаза организма и способных устранять изменения в прооксидантно-антиоксидантной системе, индуцированные патологическими процессами.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЧС ПРИ НАЛИЧИИ ТРЕМ В ЗУБНЫХ РЯДАХ

Атахонова М.Г., Нодирхонова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Moheinuratahanova@gmail.com

Актуальность. В настоящее время заболевания ВНЧС являются актуальной проблемой современной стоматологии. В результате расширения промежутка между зубами в ВНЧС начинают происходить различные изменения.

Цель: изучить взаимосвязь осложнений множественные промежутки между зубами с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Ранняя диагностика для профилактики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Для исследования мы провели анализ среди школьников 133-школы города Ташкент. Провели клинические исследования также сбор анамнеза. Профилактика трем проводится начиная с подросткового возраста в постоянном прикусе Для предотвращения возникновения данной патологии необходимо устранить все этиологические факторы, такие как:

- предотвращение вредных привычек (сосание пальца);
- проведение профилактических мероприятий по устранению соматических болезней (предотвращение развития рахита и других заболеваний костной системы),
- устранение неправильного положения головы во время сна;
- контролирование прорезывания временных и постоянных зубов;
- своевременное лечение (терапевтическое — полная санация полости рта; ортопедическое — протезирование).

Самое эффективное предупреждение появления тремы — это регулярное посещение стоматолога и за формированием прикуса наблюдают с детства — чем раньше отследить аномалии, тем проще строить своевременное лечение.

Результаты. Из 115 школьников 52 имели аномалии в прикусе. А из 115 школьников 46 учеников имели трем в зубных рядах. А после проведенного анализа и сделанного опроса обнаружилось, что у 17 из них отмечались дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. При мышечно-суставной дисфункции ВНЧС возникли болевые ощущения в области жевательных мышц, чувство усталости во время жевания, нарушение тонуса жевательных мышц, а также тугоподвижность нижней челюсти

Нами проведена ранняя диагностика образования трем в постоянном прикусе и выявлены способы профилактики дисфункции ВНЧС.

Вывод: Трема как и другие патологические аномалии положения зубов влияет на функциональность ВНЧС. 52 учеников из 115 (63,47%) имели патологию в прикусе. Трема отмечалась у 46 (40%) из них у 17 (14,7%) который сопровождался с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Своевременная диагностика и профилактика помогут предотвратить осложнения, а также помочь быстро и безболезненно лечить эту патологию.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК ДЛИТЕЛЬНОГО НОШЕНИЯ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ МЕТОДОМ 3Д ПЕЧАТИ.

Башун Э.С., Ризаева С.М., Нуриева Н.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Южно-Уральский Государственный медицинский институт*

Актуальность. На своем ежедневном приеме врач-стоматолог может устанавливать провизорные коронки, изготовленными разными методами. Таковую коронку доктор может изготовить сам, так называемым, «прямым» методом (непосредственно в полости рта пациента, с помощью силиконового ключа и самополимеризующегося композита), либо отдать на изготовление в зуботехническую лабораторию. В зуботехнической лаборатории также есть несколько вариантов изготовления провизорных коронок: традиционный метод горячей полимеризации пластмассы и метод фрезерования CAD/CAM. Внедрение цифровых технологий в стоматологию позволило появиться еще одному методу изготовления провизорных конструкций - это метод 3Д печати (Ряховский, А. Н., 2010 г.). Его можно отнести к универсальному варианту изготовления, так как данным методом может пользоваться как доктор, без необходимости отправлять работу в зуботехническую лабораторию, так и зубные техники, изготавливая провизорные конструкции в лаборатории методом 3Д печати (Нуриева Н.С., Башун Э.С., Голобородько И.С. 2021г.) В то же время внедрение таких технологий в практику невозможно без покупки современного дорогостоящего оборудования. В условиях современной экономики, целесообразность затрат связанных с внедрением и использованием таких технологий является важным критерием при выборе метода и материалов изготовления провизорных коронок длительного ношения.

Цель исследования – обосновать целесообразность изготовления провизорных конструкций длительного ношения изготовленных методом 3Д печати.

Материалы, методы исследования и результаты.

При изготовлении провизорных коронок «прямым» методом, непосредственно в полости рта пациента используется самополимеризующие пластмассы. К очевидным преимуществам данной методики можно отнести – скорость изготовления, возможность установки временных коронок в одно посещение, к минусам - невысокие показатели эстетики и прочности, которых, зачастую, недостаточно для длительного ношения. Выбор данной методики может быть обоснован лишь в случаях недолговременного ношения. Например, на время изготовления постоянной финальной конструкции. Если же для изготовления постоянной конструкции требуется длительное время, либо если есть необходимость во временной конструкции длительного ношения (например, в случае повторной эндодонтии, длительного изготовления постоянной (финальной конструкции), необходимости провизорных конструкций на время ортодонтического лечения и др), то, вероятно, стоит сделать выбор в пользу провизорных конструкции, обеспечивающих более длительное использование. Такие провизорные конструкции изготовленные методом горячей полимеризации, методом фрезерования либо изготовленные на 3Д принтере. В данной работе мы хотели бы представить характеристики полимеров для 3Д печати российской компании HARZ labs.

Dental Sand — это композитная смола, предназначенная для печати временных коронок и мостов, а также мастер моделей, обладающая оттенком А1-А2 или А3 в соответствии со шкалой Вита. Обладает высокой твердостью, прочностью, устойчивостью к истиранию и хорошей полируемостью. Цвет зависит от времени дозасвечивания.

Свойства материала.

Характеристики жидкости. Цвет - Sand (полупрозрачный), Запах – Слабовыраженный, Плотность ASTM D1298 1.1 ± 0.1 г/см³, Вязкость (25 °С) ASTM D2393 1050 ± 250 мПа·с.

Механические свойства. Прочность на изгиб ASTM D790 109.0 ± 5.0 Мпа, модуль упругости при изгибе ASTM D790 2050 ± 198 Мпа, прочность на разрыв ASTM D638 56.0 ± 5.0 Мпа, относительное удлинение при разрыве ASTM D638 7.1 ± 3.1 %, твердость ASTM D2240 82 ± 3 , по Шору D, ударная вязкость по Изоду (без надреза) ASTM D4812 6.4 ± 0.2 кДж/м².

Специальные параметры. Результат Растворимость (24 ч) ASTM D3132 ≤ 0.01 %, водопоглощение (24 ч) ASTM D570 ≤ 0.47 %, содержание свободного мономера ISO 10993, Цитотоксичность ISO 10993, раздражающее действие ISO 10993, сенсibilизация ISO 10993.

Вышеуказанная информация считается точной и представляет собой наилучшие данные, доступные нам в настоящее время. Все образцы были напечатаны и постобработаны в соответствии с инструкциями, предоставленными компанией HARZ Labs. Представленные здесь результаты получены на материалах, постобработанных в соответствии с вышеуказанными

инструкциями и могут отличаться, если установленные протоколы не соблюдаются.

При изготовлении провизорных коронок методом 3Д печати нельзя упустить из виду необходимость покупки дорогостоящего оборудования – 3Д принтер, промывочная станция, ультрафиолетовый бокс, платформа из нержавеющей стали. Поэтому рассчитывая стоимость изготовления такой коронки необходимо учитывать и стоимость амортизации оборудования. Одним из существенных преимуществ в выборе метода 3Д печати для изготовления провизорных конструкций является возможность изготовления их непосредственно в клинике, практически у кресла пациента, что, помимо экономических показателей, позволяет снизить нагрузку на зуботехническую лабораторию. Для печати провизорной коронки необходим STL- файл, который может быть получен либо с помощью внутриротового сканера непосредственно в клинике, так и с помощью лабораторного сканера, путем отливки модели и оцифровки в лаборатории.

Заключение

Использование цифровых методов в изготовлении провизорных коронок, а именно, использование метода 3Д-печати, является наиболее экономически целесообразным, по сравнению, с другими методами изготовления, такими как клинический прямой метод по силиконовому ключу, а также лабораторные методы – горячей полимеризации и CAD/CAM, а так же отвечает требованиям по прочности и отсутствия токсического действия на организм человека.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ.

Валиджанова Ш.З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Этап конструирования и изготовления зубных протезов имеет особое значение в обеспечении долгосрочной эффективности протезирования на дентальных имплантатах. К прогрессирующей резорбции периимплантатной костной ткан и может привести не только функциональная перегрузка имплантата, но и недостаточная прецизионность припасовки и ненадежная фиксация протеза к абатменту имплантата.

Цель: сравнительная оценка эффективности цементной и винтовой фиксации мостовидных протезов на дентальные имплантаты.

Актуальность темы: Подавляющее большинство протезов на дентальных имплантатах -несъемные, а фиксация к абатментам одиночных или опорных коронок мостовидных протезов - винтовая или цементная. При этом остается актуальной дискуссия о предпочтительности использования в клинической практике винтового или цементного соединения протеза и имплантата, поскольку оба способа проявляют в клинике как преимущества, так и недостатки. Клинический опыт, частота использования и структура недостатков цементного и винтового соединения коронок с имплантатами не систематизированы.

К прогрессирующей резорбции периимплантатной костной ткани может привести не только функциональная перегрузка имплантата, но и недостаточная прецизионность припасовки и ненадежная фиксация протеза к абатменту имплантата (Жусев А.И. 2012; Загорский В.А., Робустова Т.Г., 2011; Иванов С.Ю. с соавт., 2004; Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш., 2006; Мушеев И.У., Олесова В.Н. с соавт. 2008; Bassier D. et all, 2010; Behr M., 2007; Renouard F., Rangert B., 2004; Zitzmann N., Scharer ., 2005)

Отсутствуют достоверные сведения о прочности винтов и цементов, как основных элементов фиксации несъемных протезов на имплантатах. При этом на современном этапе исследований в области материаловедения и конструирования имеются высокоинформативные методы изучения прочностных параметров, в частности, используется метод периостеометрии, ЛДФ-метрии, ультразвуковой эхоостеометрии и рентгенологическим методом (Белостоцкий А.М., Дубинский С.И, 2008; Олесова В.Н., Арутюнов С.Д. с соавт., 2010; Чуйко А.Н. с соавт., 2010; Чумаченко Е.Н. с соавт., 2003; Ceng J. et al, 2008)

Материал и методы исследования. Клиническая часть работы выполнена на основе обследования и лечения 44 пациентов в возрасте от 25 до 61 лет, без фоновой патологии. Из них 24 женщины и 20 мужчины.

Для проведения исследования планируется обследовать 44 больных с включёнными малыми дефектами зубных рядов: 1 группа – 23 больных с односторонними малыми включёнными дефектами зубных рядов; 2 группа – 21 пациентов с двусторонними малыми включёнными дефектами зубных рядов. У пациентов 1 и 2 группы в качестве опор протезных конструкций будут использованы внутрикостные винтовые имплантаты. У пациентов всех групп планируется протезирование металлокерамическими мостовидными протезами. Контрольные осмотры будут проводиться через 3 и 6 месяцев, 1 года после протезирования.

Результаты собственных исследований. Анкетирование врачей стоматологов-ортопедов о способах фиксации несъемных протезов к дентальным имплантатам показало зависимость ответов от опыта работы с имплантатами.

Начинающие имплантологи чаще используют цементную фиксацию, с опытом приоритеты смещаются в сторону винтовой фиксации. В среднем стоматологи ортопеды 56,6% коронок фиксируют к имплантатам винтом и 43,4% - цементом.

На вопрос о положительных качествах винтовой фиксации большинство врачей отметили возможность формирования мягких тканей у абатмента имплантата и отсутствие риска неполного удаления цемента в зоне прилегания десны при цементной фиксации. К отрицательным характеристикам винтовой фиксации врачи относят более высокие требования к параллельности и позиции имплантатов, особенно в фронтальном отделе.

В свою очередь, цементная фиксация компенсирует непараллельность имплантатов, хотя и способна провоцировать периимплантит из-за трудности полного удаления затвердевшего цемента после фиксации коронки. При

сравнении отдаленных результатов эффективности имплантатов за 3 года выявлены редкие переломы винта при винтовой фиксации (1,7% в течение третьего года нагрузки), расфиксация коронок встречалась несколько чаще (2,9%). При винтовой фиксации 14,5% наблюдений сопровождался выпадением композитной реставрации коронки над трансокклюзионным винтом.

Ослабление фиксации винта, удерживающего коронку, и винта абатмента, а также связанная с этим микроподвижность коронки или абатмента наблюдались в одинаковой степени при винтовой и цементной фиксации (соответственно 1,1% и 1,0%) за 3 года, также как окклюзионные супраконтакты и отколы облицовки (5,6% и 5,1%).

В то же время воспалительные явления в периимплантатной десне при цементной фиксации регистрировались заметно чаще в сравнении с винтовой: воспалительные явления выявлялись от 5,2% в течение первого года до 17,7% - в течение третьего, в течение второго и третьего года отмечалась рецессия десны (соответственно 2,7% и 5,9%) и резорбция костной ткани (соответственно 5,4% и 11,7%); диагноз периимплантит выставлен в 6,7% наблюдений в течение второго и 7,4% - в течение третьего года; за 3 года удалено 2,4% имплантатов с цементной фиксацией коронок.

При винтовой фиксации воспалительные осложнения встречались значительно реже: за 3 года воспаление в десне у имплантата развивалось реже на 16,5%, рецессия десны - на 20,7%, резорбция костной ткани - на 35,5%, периимплантит - на 27,7%, удаление имплантата - на 29,2% (Рис. 2).

Сравнение прочности винтовой и цементной фиксации коронок к дентальным имплантатам в условиях стендовых испытаний показало сопоставимые усилия до перелома трансокклюзионного винта, винта абатмента и разрушения фиксирующего цемента (Рис. 3).

В условиях идентичных стендовых моделей трансокклюзионный винт выдерживал максимальную нагрузку $0,47 \pm 0,08$ кН, винт абатмента - $0,60 \pm 0,12$ кН, цемент GC Fuji 1 (GC Corporation, Япония) - $0,42 \pm 0,03$ кН. Полученные значения согласуются с стандартными пределами прочности титана и цемента.

Выводы. По данным анкетирования стоматологи ортопеды чаще (в среднем на 23,3%) применяют винтовую фиксацию коронок на имплантатах по сравнению с цементной, особенно с увеличением опыта, в связи с возможностями формирования десны вокруг абатментов имплантатов и необходимостью параллельной установки имплантатов.

По данным клинического наблюдения расцементировка коронок на имплантатах, ослабление (поломка) трансокклюзионного винта или винта абатмента встречаются одинаково редко и после двух лет нагрузки, однако, цементная фиксация коронок сопровождается более частым появлением воспаления в прилегающей десне и развитием периимплантита (соответственно на 16,5% и 27,6%).

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СУЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Вахобова М. Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Vakhobovamaftuna@gmail.com

Актуальность. В настоящее время сужение верхней челюсти является достаточно распространенной аномалией, возникающей на фоне вредных привычек, нарушения дыхания и т.д. Сужение верхней челюсти по данным Н.Г.Снагиной 1966г составляло 63,2%. В свою очередь, Володкин В.Н. отмечает, что суженные зубные ряды составляют 6,4% от общего числа зубочелюстных аномалий. Суженные в трансверсальной плоскости зубные ряды были выявлены Дарихсвайлером Н. (1953) у 90% детей, которые имели зубочелюстные аномалии.

При сужении верхнего зубного ряда, верхней челюсти, скученном и тесном положении зубов (Слабковская А.Б., Персин Л.С., 2010; Page D. С., Mahony D., 2010;), большинство исследователей рекомендуют своевременную коррекцию функциональных нарушений путем использования аппаратов, препятствующих прохождению воздушной струи через рот (Matsumoto M. A. Itikawa С. Е., 2010; Арсенина О.И., Пиксайкина К.Г., 2015; Русанова А.Г., Набиев Н.В., Климова Т.В., Cesaretti D., 2018). Даже после ортодонтического лечения остается морфологическое нарушение в виде готического неба, неразвитого фронтального отдела верхней челюсти, что поддерживает нарушение носового дыхания и не способствует расширению дыхательных путей (Monini S., Malagola С., Villa M. P. et al., 2009; Царькова О.А., Патлусова Е.С., 2016; Лугуева Д.Ш., Слабковская А.Б., Морозова Н.В., 2018).

Цель. Изучить распространенность и этиологические факторы сужения верхней челюсти у детей сменного прикуса и подростков г.Ташкента.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в городе Ташкенте у подростков в возрасте от 8 до 18 лет. На кафедре ортодонтии в течение года было обследовано 76 пациентов из них 41(53,9%) мальчиков и 35 (46%) девочек.

Были выполнены следующие методы обследования: клинические обследования, фотометрия, биометрический анализ моделей, 3D сканирования полости рта, виды рентгенологического обследования (ТРГ, ОПТГ и 3D-рентген).

Результаты исследований. Пациентам были проведены исследования и был проведен статистический анализ.

С учетом этиологических факторов разделены пациенты на две группы

- Сужение в/ч с нарушением носового дыхания
- Сужение в/ч без нарушения носового дыхания

Во время лечения данной аномалии основой лежит изучение этиологического фактора такие как наследственные, эндогенные и экзогенные, и выявили что у наших пациентов от 8 до 12 лет было определено больше эндокринных нарушений, который составляет (13,1%) а при 12-18 лет составляет 9,2%, гипотиреозе часто наблюдается недоразвитие, несоответствие

между возрастом ребенка и этапами развития челюстных костей и зубов. Происходит деформация челюстей и возникает задержка их развития, остеопороз. При гипертиреозе наблюдается задержка сагиттального роста челюстей, которая проявляется в виде западения средней и нижней третей лица, наследственный фактор составляет от (3,9%) до (9,2%) , при экзогенном от (7,8%) до (9,2%).

Вывод. Сужение верхней челюсти часто связано с нарушением эндокринной функции и наследственным фактором который приводит к нарушению прикуса и дыхательной системы, что является одним из актуальных аномалий в ортодонтической практике ,который приводит к возникновению дискомфорта пациента во время приемы пищи и во время сна, что является основными жалобами при обращении к ортодонту за лечением. При ротовом дыхании наблюдается сужение ВЧ, формируется высокое «готическое» небо, что сказывается на объеме носовой полости. В литературе отмечается, что для выявления орофациальных дисфункций необходимо привлечение всех специалистов, работающих с детьми, но в клинике не дооценивается роль врача-ортодонта в решении проблемы нарушения носового дыхания

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

Горлачёва Т.В., Терехова Т.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

E-mail:tsetam@mail.ru

Нередко, после проведенного ортодонтического лечения возникает несовпадение полученного и ожидаемого результата, что требует разработки и внедрения в практику методик оценки качества работы специалистов.

Оценка качества ортодонтического лечения может понадобиться:

- для решения спорных вопросов при неудовлетворённости пациентов;
- для научных исследований при изучении эффективности новых методов лечения;
- для мониторинга качества работы конкретного специалиста или учреждения здравоохранения.

При оценке качества лечения не следует забывать, что его результат зависит не только от точности постановки диагноза и правильности выбранного плана лечения, но и от того, насколько пациент ответственно будет выполнять предписания врача.

Эффективность проведенного ортодонтического лечения оценивают по его длительности, стабильности результата по стандартным методикам и индексами ICON, ИИА, PAR [1,2,3].

Однако, в доступной отечественной литературе мы не встретили сведений об изучении качества лечения зубочелюстных аномалий с применением PAR-индекса.

Целью данной работы является определение качества ортодонтического лечения с помощью несъёмной техники у 89 пациентов-добровольцев с различной выраженностью дистального прикуса.

Материал и методы исследования. 89 пациентов с дистальным прикусом, завершивших ортодонтическое лечение брекет-системой, разделены на две группы: 1 группу составили 33 человека, у которых отмечалось несоответствие окклюзии в сагиттальной плоскости на половину ширины премоляра; 2 группу составили 56 человек, у которых отмечалось несоответствие окклюзии в сагиттальной плоскости на ширину премоляра. Медиана возраста пациентов группы 1 – 15,0 (13,0 – 21,0) лет, группы 2 – 15,0 (14,0 – 20,0) лет.

Для определения тяжести зубочелюстных аномалий и качества ортодонтического лечения применяли PAR-индекс (Peer Assessment Rating). Если сумма баллов индекса после ортодонтического лечения не превышает пяти, результат считают идеальным, при сумме баллов от 6 до 10 включительно – приемлемым.

Статистический анализ проводили с помощью программного обеспечения STATISTICA SPSS (версии 10.0) для Windows, используя методы описательной статистики. Оценку достоверности различий в группах оценивали непараметрическими методами, используя критерий U Манна-Уитни и критерий χ^2 . Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Медиана значения PAR-индекса перед ортодонтическим лечением в группе 2 статистически достоверно ($U=538,5$; $p < 0,01$) больше (37,5 (30,0 – 44,0) баллов), по сравнению с аналогичным показателем группы 1 (29,0 (24,0 – 36,0) баллов). После ортодонтического лечения брекет-системой медианна значения PAR-индекса не отличается статистически достоверно ($p > 0,05$) в изучаемых группах и составляет в группе 1 2,0 (0,0 – 4,0) балла, в группе 2 – 2,0 (1,0 – 4,0) баллов).

Результат ортодонтического лечения оценен у 29 (89,9%) пациентов группы 1 как превосходный (значение PAR-индекса после лечения до 5 баллов), у 4 пациентов (12,1%) как приемлемый (значение PAR-индекса после лечения от 5 до 10 баллов). В группе 2 результат ортодонтического лечения оценен как превосходный у 45 человек (80,4%), а у 11 человек (19,6%) – приемлемый.

Медиана длительности лечения не отличается статистически достоверно ($p > 0,05$) у представителей изучаемых групп. В группе 1 она составляет 26,5 (19,0 – 34,0) месяцев, а в группе 2 – 27,0 (21,0 – 35,0).

Выводы. Применение PAR-индекса позволяет объективно оценить результат ортодонтического лечения, что подтверждено в данном исследовании.

Литература:

1. Гонтарев, С.Н., Чернышова Ю.А., Крюкова С.В., Гонтарева И.С.. Алгоритмы механизма проявления аллергодерматитов у детей и подростков при ортодонтическом аппаратурном лечении. Вестник новых медицинских технологий. 2012 - Т. XIX №1 — С.224-225

2. Цукор, С.В.Связь стоматологии и психологии. Чем психолог может помочь стоматологу?/Горнов С.В., Баранова О.А., Цукор Т.Б. Dental Market №5 2012 стр. 61-65.

3. Шестаков, В.Т. Технологии и проблемы стандартизации./В.Т.Шестаков, С.Н. Андреева, З.М. Измайлова// Стоматология 2008: материалы X Всероссийского научного форума: М.,2008 — с 27-28

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Гуцько Т.И., Гуцько И.И.

*Белорусский государственный медицинский университет
ortopedstom@bsmu.by*

Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий сформированного прикуса и в наше время остается одной из актуальных и до конца не решенных проблем. Невылеченная в детском возрасте, эта патология усугубляется, создает условия для развития кариеса, заболеваний периодонта, височно-нижнечелюстного сустава, неблагоприятно влияет на психоневрологический статус, пищеварение, речь, затрудняет протезирование. Сроки ортодонтического лечения длительны, после которого нередко рецидивы. Это во многом объясняется анатомо-физиологическими особенностями сформированного прикуса. С возрастом увеличивается плотность компактной пластинки, снижается ее пластичность и обменные процессы в костной ткани. Поэтому у взрослых пациентов в комплексе лечебных мероприятий применяют различные оперативные вмешательства: остеотомию, компактоosteотомию, которые не лишены недостатков.

Для ослабления плотности костной ткани альвеолярного отростка весьма перспективно сочетанное применение физических методов и лекарственных средств. В связи с этим нами разработан новый метод лечения зубочелюстных аномалий в сформированном прикусе.

В начале, на экспериментально-биологической модели, была отработана методика проведения магнитофореза калия йодида. Выявлены, какие морфологические изменения происходят в костной ткани челюсти экспериментальных животных, определена оптимальная концентрация калия йодида, количество физиопроцедур для получения локальной прижизненной деминерализации ее и определены сроки самовосстановления костной ткани челюсти животных. И только получив положительные результаты в эксперименте, решили применить этот метод в клинической практике.

Цель исследования – изучить эффективность нового комплексного метода лечения пациентов с аномалиями зубных рядов, включающего предварительную подготовку альвеолярного отростка с помощью магнитофореза калия йодида.

Материал и методы. Был использован известный калия йодид, применяющийся в различных областях медицины.

Перед тем как фиксировать на зубной ряд ортодонтическое устройство для нормализации положения зубов, проводили предварительное физиотерапевтическое воздействие на альвеолярный отросток. Для этого смоченная 3% раствором калия йодида марлевая прокладка накладывалась на альвеолярный отросток в проекции корней перемещаемых зубов. Затем к ней

подводили магнитоиндуктор аппарата «Полус-3» рабочей поверхностью, с вращающимся пульсирующим электромагнитным полем, с плавно нарастающим и плавным спадом импульса. Частотой магнитного поля 25 Гц, индукцией 30 мТл. Сеанс продолжительностью 10 минут. Курс лечения 7-10 процедур.

Магнитофорез 3% раствора калия йодида позволяет временно (на период активного ортодонтического лечения) снизить минеральную насыщенность костной ткани, сделать ее более податливой под действием силы, развиваемой ортодонтическим аппаратом.

Лечение аномалий зубного ряда сформированного прикуса провели у 61 пациента. Контрольную группу составил 31 человек, опытную – 30 человек, которым проводилось комплексное лечение зубочелюстной аномалии с предварительной подготовкой альвеолярного отростка с помощью магнитофореза 3% раствора калия йодида.

Полученные данные обрабатывали статистически с использованием пакета программы «Анализ данных» в среде Microsoft Excel 7.0.

Результаты и обсуждение. Лечение пациентов с аномалиями зубных рядов проводили после их клинического обследования, изучения диагностических моделей, выполнения антропометрических измерений, изучения рентгенограмм. Обследование пациентов завершалось постановкой диагноза и составлением плана лечения, в котором предусматривалась подготовка альвеолярного отростка с помощью 3% раствора калия йодида и последующего ортодонтического лечения. Конструкцию ортодонтического аппарата выбирали индивидуально с учетом клинической ситуации. Аппарат фиксировали на зубной ряд в тот же день, когда была проведена последняя физиопроцедура или на следующие сутки. Применение нового комплексного метода в лечении пациентов с аномалиями зубных рядов позволило сократить продолжительность лечения в 2,4 раза ($P < 0,01$) при перемещении зубов вестибулонебном направлении и в 2,2 раза ($P < 0,01$) при медиодистальном перемещении по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, предложенный новый комплексный метод лечения пациентов с аномалиями в сформированном прикусе, включающий предварительную подготовку альвеолярного отростка с помощью магнитофореза калия йодида и последующее ортодонтическое вмешательство, эффективен, поскольку позволяет сократить продолжительность лечения, что создает резерв времени и обеспечивает возможность увеличения объема специализированной ортодонтической помощи, а также снижает себестоимость лечения.

ДИАГНОСТИКА ЭСТЕТИКИ УЛЫБКИ ПРИ СУЖЕНИИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА.

Давронова Р.Х. , Нигматова И.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
rayhona0609.rd@gmail.com*

Актуальность и цель исследования: Сужение ВЧ является часто встречающейся аномалией зубочелюстной системы, составляет 63,2% от общего числа зубочелюстных аномалий. Сопровождается аномалиями положения зубов, зубных рядов и прикуса, изменениями в ВНЧС, нарушение функций жевательных и мимических мышц. Также нарушение дыхания, глотание, и речи. Данная аномалия зачастую сопровождается эстетическими нарушениями лица.

Улыбка – это экспрессивного состояния лица, заключается в мимических движениях губ, глаз, выражении эмоций на лице.

Гармоничная улыбка – это улыбка, которая обладает такими характеристиками как линия верхней губы с прямыми или направленными вверх изгибом, доходящим до края десны; проведенная линия через режущие края резцов и клыков верхнего зубного ряда, повторяет линию изгиба нижней губы; параллельность линий, которые проведены через уголки рта, окклюзионную фронтальную плоскость и линию, параллельные линии соединяющую зрачки; минимальными щечными коридорами или их отсутствием; гармоничными зубными и десневыми параметрами; симметричностью.

Материал и методы. С 2016 г. по настоящее время было проведено ортодонтическое обследование. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения 78 пациентов в возрасте от 18 до 30 лет с зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися сужением верхнего зубного ряда. В группу наблюдения вошли 51 (65,3%) пациента женского пола и 27 (34,7%) пациентов мужского пола.

Методика осуществлялась следующим образом: проводили фотометрию лица обследуемого с вынужденной улыбкой. Готовые фотографии лица обследуемого с улыбкой расчерчивали согласно представленной ниже методике анализа улыбки. Расставляли опорные точки: первая точка проекция верхнечелюстной центральной межрезцовой линии на нижний край верхней губы, вторая точка - проекция верхнечелюстной центральной межрезцовой линии на верхний край нижней губы, две точки справа и слева, соответствующие комиссурам уголкам рта и вспомогательные точки, помогающие максимально точно обрисовать дисплей улыбки, при этом в зависимости от изгиба верхней и нижней губ возможно неограниченное количество таких вспомогательных точек, затем соединяют все опорные точки прямыми линиями, обрисовывая дисплей улыбки, и делят полученную область на 3 фигуры, соответствующие щечному коридору справа, зубному компоненту и щечному коридору слева, затем делят каждую фигуру на треугольники и определяют площадь каждого треугольника по общеизвестной формуле определения площади треугольника: $S = \frac{1}{2} bh$, где b – это основание треугольника, h – высота треугольника, после этого определяют сумму площадей каждой фигуры и рассчитывают соотношение этих сумм в процентах между собой: щечный коридор справа : зубной компонент : щечный коридор слева, и если щечный коридор имеет величину до 3% от общей площади дисплея улыбки, то такой щечный коридор оценивают как узкий; если щечный

коридор имеет величину от 3% до 10% от общей площади дисплея улыбки, то щечный коридор - средний; если щечный коридор имеет величину более 10% от общей площади дисплея улыбки, то щечный коридор – широкий.

Заключение. Таким образом, при проведении обследования в г. Ташкенте в возрасте от 18-30 лет наше исследование показало, что у мужчин величина щечных коридоров менее выражена, встречаются узкие 5.2%, средние 16.7% и широкие 12.8% щечные коридоры.

У женщин величина щечных коридоров составляет узкие 15,3%, средние 46,2%, широкие 3.8%. Таким образом, можно предположить, что у женщин щечные коридоры более выражены, чем у мужчин.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОБЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ COVID-19 (SARS-CoV-2)

Дадабаева М.У.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
mukhlisa_d@mail.ru*

COVID-19 – крайне тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Вирус SARS-CoV-2 отличается способностью поражать различные органы как через прямое инфицирование, так и посредством иммунного ответа организма. Данное заболевание по течению может протекать как в легкой, так и в тяжелой форме. Одним из частых осложнений является развитие вирусной пневмонии. Коронавирус способен поражать и слизистую оболочку полости рта и костей верхнего и нижнего челюсти. Патогенный агент проникает в организм благодаря ангиотензин-превращающему ферменту 2, который локализуется как на поверхности альвеол и легочных структур, так и на эпителиальных клетках полости рта, где начинает активно размножаться. В связи с распространением новой инфекции растет число заболеваний слизистой полости рта, верхней и нижней челюсти вызванных вирусной инфекции COVID-19. Для врача-стоматолога актуальной становится задача своевременно провести диагностику, выявить патологию и начать рациональную фармакотерапию, чтобы предотвратить развитие патологии и трансформацию стоматологических заболеваний в более тяжелые формы.

Целью исследования явилось изучение состояния слизистой оболочки полости рта и обоснование ее изменений у пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом SARS- CoV-2.

Для достижения поставленной цели было проведено стоматоскопическое и биохимическое исследование пациентов, находившихся в инфекционном отделении в период с мая по июнь 2021 с первичным диагнозом SARS- CoV-2 при поступлении. В данное исследование было включено 19 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет (12 мужчин и 7 женщин). Было исследовано содержание С-реактивного белка, фибриногена, а также D-димера в крови. При стоматоскопии обращалось внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, наличие покраснений, высыпаний, налёта и пигментаций. Для

выявления причин появления изменений в полости рта был изучен анамнез исследуемых больных и препараты, применяемые для лечения коронавирусной инфекции.

Результаты. С-реактивный белок был повышенным у всех исследуемых при поступлении ($44,15 \pm 31,8$ мг/дл). У 8 человек были повышенные значения фибриногена (средние значения повышенного фибриногена $5,96 \pm 1,6$ г/л). Показатели D-димера были повышенные (435 ± 24 нг/мл). Афтозные проявления встречались у 6 (31,6%) пациентов, анамнез которых не был отягощен. Выраженная ксеродермия лицевой области и ангулярный хейлит обнаруживались у 3 (15,8%) пациентов. У 18 пациентов (94,7%) отмечался осмотре слизистой оболочки языка налет от белого, светло-желтого и до коричневого оттенка. У 12 (63,2%) пациентов были выявлены пигментации в области прикрепленной десны на верхней и нижней челюсти.

Выводы. При COVID 19 (SARS-CoV-2) изменения СОПР не являются первичной причиной, а проявляются в результате медикаментозного лечения и прогрессирования болезни несмотря на то, что полость рта является одним из источников входных ворот для инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ ДЛЯ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Даминова Н.Б., Нигматова И.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Daminovanigora13@gmail.com

Лечение аномалий и деформаций окклюзии зубов в вертикальном направлении остается одной из самых актуальных проблем в современной ортодонтии. Отечественными учеными изучена и классифицирована деформация зубных рядов в результате частичной потери зубов, характеризующаяся феноменом попова-годона в виде зубоальвеолярного удлинения в сторону дефекта. Несмотря на распространенность применения ортодонтической аппаратуры, в настоящее время наиболее предпочтительным методом лечения вертикальной деформации окклюзии остается сокращение коронок выдвинувшихся зубов. Используемые для интрузии верхних зубов съемные ортодонтические аппараты, такие как накусочные площадки и каппы с эластическими модулями, лишь частично решают проблему вертикальной деформации окклюзии ввиду отсутствия абсолютной опоры при вертикальном перемещении зубов, а также часто отвергаются пациентами ввиду травматичности и неудобства конструкции, что в свою очередь является причиной отсутствия кооперации между врачом и пациентом. Применение временной скелетной опоры в ортодонтии позволяет совершить абсолютную интрузию необходимого участка зубного ряда без побочного вертикально направленного воздействия на другие зубы.

Целью исследования является улучшение результатов ортодонтического лечения с вертикальной деформацией окклюзионной плоскости с применением скелетной опоры для интрузии зубов верхней челюсти.

Методика лечения вертикальных деформаций прикуса у ортодонтических пациентов с обоснованным применением мини-имплантатов в качестве временной самостоятельной скелетной опоры отвечает задачам лечения, в результате: - исключается препарирование слизистой и кости для установки мини-имплантата; - уменьшается резорбция корней перемещаемых зубов; - исключается асимметричная нагрузка на внедряемые зубы по силе и вектору и, соответственно, исключается побочное отклонение перемещаемых зубов; - исключается применение дополнительных приспособлений для фиксации тяги.

КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

**Дусмухамедов М.З., Махмутбеков Д.Г., Дусмухамедов Д.М.,
Дусмухамедова А.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. В последнее время, обращает на себя внимание возрастающая требовательность данной категории пациентов к состоянию не только зубочелюстной системы, но и к общей оценке функциональной и эстетической реабилитации в послеоперационном периоде. Этот факт требует прогнозирования исходов операций не только с учётом восстановления прикуса и изменения внешности пациентов, но и с учётом восстановления функции носового дыхания и эстетических параметров носа, тем более, что у этих больных выражена психоэмоциональная лабильность, которая формируется на фоне длительных и безуспешных этапов консервативного лечения.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние больных с дефектами и деформациями челюстей, изучить состояние тканевой гипоксии, гипоксемии и состояние защитной системы у пациентов с ГФАО зубных рядов.

Материал и методы исследования. В исследовании психоэмоционального состояния принимало участие 67 пациентов с ДДЧ находящихся на диспансерном учете в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ с 2009 по 2017гг. В качестве показателей защитной системы слюны нами исследованы: лизоцим, лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А (sIgA) в слюне. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследований и их обсуждение. При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств была выявлена зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести челюстно-лицевой деформации и ее последствий.

Таким образом, оценка уровней HbF в комплексе с клиническими данными дает значительно больше сведений как о развитии тканевой гипоксии и гипоксемии у пациентов с ГФАО, так и позволяет дополнительно оценивать тяжесть патологического процесса для последующей коррекции при оперативных вмешательствах. Концентрация иммуноглобулина Е в крови у обследуемых пациентов, превысила показателей группы сравнения в среднем в

2,8 раза в 1 группе и 3,4 раза во 2 группе. Выявленный факт изменений в показателях антител класса Е указывает, что у пациентов с ГФАО патологические изменения наблюдаются не только со стороны ЗЧС, но также и снижение активности системы детоксикации.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ ПРИ НЕПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЯХ

Зиядуллаева Н.С., Ходжимуродова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. В практике современной стоматологии в связи с возросшими эстетическими требованиями одними из факторов, определяющих успех протезирования цельнокерамическими, металлокерамическими, диоксидциркониевыми ортопедическими конструкциями, являются правильное и точное определение цвета зубов и воссоздание его анатомической формы и функции соответственно возрасту пациента. Это позволяет достичь высокого эстетического качества ортопедических конструкций и сократить случаи дорогостоящего повторного протезирования.

Адекватный анализ оттенка зубов, как и репродукция их цвета с целью максимальной имитации естественного вида, является одной из наиболее сложных задач практической стоматологии при реабилитации пациентов посредством разных типов эстетических реставраций.

Системы сопоставления оттенков продолжают развиваться, но до сих пор ни одна из них не может обеспечить достаточно объективного результата.

Действие многих факторов затрудняет процесс объективизации цветового анализа зубов и его репродукции. Таковыми являются различное освещение интересующей области, которое искажает эффект цветовосприятия окончательных реставраций, использование различных по качеству эстетических материалов, индивидуальная разница восприятия цвета среди людей, участвующих в стоматологическом лечении. На фактор последнего также влияет, какой именно системой соответствия оттенков пользуется каждый из участников реставрационного процесса. Кроме того, следует учесть, что сложная морфология зуба, его форма, текстура поверхности, а также соответствующей блеск – все это является теми параметрами, без учета которых в процессе реставрации любого зуба попросту не обойтись.

Целью нашего исследования явилось формирование и разработка универсального алгоритма определения цвета зубов и их эстетических характеристик.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 30 пациентов с дефектами коронковой части зубов, которые были распределены на 3 группы по 10 пациентов в каждой. У пациентов первой группы мы определяли цвет зубов визуальным методом с помощью цветовой шкалы VITAPAN Classical. Во второй группе – цвет зубов определяли визуальным и колориметрическим методом с помощью спектрофотометра VITA EasyShade (VITA Zahnfabrik, Германия). У пациентов третьей группы мы определяли цвет зубов только колориметрическим методом.

Цветовая шкала VITAPAN Classical состоит из четырёх групп цветов:

- "А" - красновато-коричневые оттенки,

- "В" - красновато-жёлтые оттенки,

- "С" - серые оттенки,

- "D" - красновато-серые оттенки,

Определение цвета зубов по цветовой шкале VITAPAN Classical определялось с учетом определенных факторов: цвет определяли до полудня в 10-11 часов при естественном освещении; предварительно каждому пациенту была проведена профессиональная чистка зубов; при определении цвета зубы были увлажнены.

Техника определения цвета зуба с помощью спектрофотометра VITA Easy Shade: пациент сидел в кресле, облакотившись головой для стабильности. Кончик измерительного наконечника, покрытый защитным колпачком, плотно располагали на поверхности эмали в промежутке с середины зуба до его шейки. Затем нажимали кнопку измерения и удерживали кончик наконечника на зубе до тех пор, пока не раздавался двойной звуковой сигнал. В результате на табло VITA Easyshade высвечивался результат измерения.

Критерии качества реставрации определялись визуально врачом, зуб-ным техником и самим пациентом при стандартных условиях освещения.

Нами была разработана оценочная шкала определения качества реставрации:

- при «идеальной» оценке не видна разница между цветом выполненной реставрации и цветом зубов в полости рта пациента;

- при оценке «хорошо» разница между цветом реставрации и цветом зубов в полости рта пациента заметна врачу;

- при оценке «удовлетворительно» разница между цветом выполненной реставрации и цветом зубного ряда в полости рта пациента была заметна как врачом, так и пациентом.

Результаты полученных исследований. При анализе полученных результатов было выявлено, что у пациентов первой группы количество идеально выполненных реставраций составило 53%. Оценку «хорошо» в данной группе получили 44% реставраций, а количество работ с оценкой «удовлетворительно» составило 3%. Во второй группе количество пациентов, получивших результат с оценкой «идеально», достиг 81%, а 19% процентов составили работы с оценкой качества реставрации «хорошо». Реставраций с «удовлетворительной» оценкой во второй группе не оказалось. У пациентов третьей группы оценку «идеально» получило лишь 37% выполненных работ, 55% выполненных реставраций были оценены как «хорошие» и 8% - как «удовлетворительные».

Выводы. По результатам проведенного нами исследования наилучший эстетический результат реставрации мы получаем при комбинированном использовании визуального и колориметрического методов.

УЛУЧШЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ибрахимова К.А., Рабиев Б.Х., Артиков Ш, Мун Т.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: www.ibrahimova98@inbox.ru

Учитывая динамическую взаимосвязь между состоянием полости рта и общим здоровьем, стоматологической помощью нельзя пренебрегать даже во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Тем не менее, страх заразиться инфекцией, по-видимому, привел к отказу от стоматологического лечения. Мы, как сторонники гигиены полости рта, должны активно поддерживать свою практику, учитывая местные эпидемиологические отчеты и рекомендации по профилактике инфекции SARS-CoV-2.

Беспокойство и страх общества перед инфекцией, вызванной тяжелым острым респираторным синдромом, вызванной корона вирусом 2 (SARS-CoV2), привели к отказу от стоматологического лечения. Это наблюдение дополнительно подтверждается клиническими описаниями, описывающими эпидемию трещин на зубах, связанную со стрессом и бессонницей, связанным с COVID-19, среди населения в целом, что вызывает усиление жевательной боли или дискомфорта.

Плохое здоровье полости рта может предвещать другие системные заболевания, включая атеросклероз, легочные заболевания, диабет, беременность, малую массу тела при рождении, остеопороз и заболевание почек [8,9]. Зубы, периодонт и биопленка могут служить резервуарами для патогенов и могут способствовать размножению патогенов в легких путем аспирации даже у здоровых людей [10]. Риск заражения вызывает еще большее беспокойство у тяжелобольных пациентов с ограниченной биологической защитой, которые, следовательно, более восприимчивы к вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП)

Цель исследования: Своевременное оказание стоматологической помощи и улучшение гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели и задач исследования нами обследованы и оказана стоматологическая помощь 40 пациентам перенесших COVID-19, в возрасте от 50 до 75 лет.

Обследованные больные будут разделены на две группы:

1 группа состоит из 15 человек, которые вовремя не обращались к стоматологу и не соблюдали необходимые меры

2 группа состоит из 25 человек, которые вовремя обращались к стоматологу

Выводы: Своевременная стоматологическая помощь и соответствующее наблюдение у 25 пациентов смогло предотвратить более серьезные заболевания не только полости рта, но и системно. Смогло предотвратить такие осложнения как периостит, абсцесс и остеомиелит.

У остальных 15ти пациентов все эти осложнения наблюдались, что привело к хирургическому и ортопедическому вмешательству.

МЕТОДИКА РАЗМЕТКИ ВОСКОВЫХ ШАБЛОНОВ НА ЭТАПЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Иванова О.П.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Волгоград)*

Аннотация: Данная статья посвящена теме качества разметки восковых шаблонов при изготовлении полных съемных пластиночных протезов. Авторами предлагается новая методика, применение которой позволяет получить четкие и симметричные ориентиры для постановки искусственных зубов такие как: - линия клыков, молярная линия, линия эстетического центра. Следствие применения разработанной методики – повышение качества изготовления полных съемных пластиночных протезов. Внедрение результатов исследования в клиническую практику врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников может способствовать повышению уровня стоматологического здоровья.

Разметка восковых шаблонов на этапе изготовления полных съемных пластиночных протезов подразумевает нанесение на восковые валики верхней и нижней челюсти клыковых линий, линии эстетического центра и линии улыбки (Лебеденко И.Ю., 2018). Линии клыков наносят, ориентируясь на крылья носа пациента. Для этого нужно приподнять верхнюю губу, в результате чего, крыло носа меняет свое исходное положение, в результате чего нанесенные линии, часто не соответствует истинному положению клыков и могут иметь не симметричное положение (Иванова О.П. 2017). Использование некорректных ориентиров для постановки искусственных зубов приводит к реконструкции асимметричных зубных рядов.

Цель исследования: разработать методику разметки восковых шаблонов на этапе изготовления полных съемных пластиночных протезов.

Материалы и методы: Для разметки восковых шаблонов на этапе изготовления полных съемных протезов, использовали графическую форму зубных дуг верхней и нижней челюсти. Расчеты индивидуальных параметров зубных дуг проводили по краниометрическим параметрам пациентов с полным отсутствием зубов при помощи программного обеспечения DENTAL ARCH (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017662887 25 сентября 2017г Автор: Иванова О.П.)

Разметку начинали с изготовления восковых окклюзионных валиков для верхней и нижней челюсти по границам шаблона графического зубного ряда.

Путем переноса эстетической и клыковых линий, обозначенных на диаграмме, осуществляли разметку окклюзионных валиков. Постановку валиков на восковой базис проводили (приливали воском), ориентируясь на одноименные линии, нанесенные на гипсовые модели челюстей.

Клыковая линия в дальнейшем по данной методике будет проходить через контактную точку между клыком и первым премоляром. Дистальные границы валиков техник формировал, ориентируясь на расположение молярной линии.

Молярная линия соответствовала будущему положению дистальных бугорков вторых постоянных моляров.

Применение разработанной нами методики разметки восковых шаблонов на этапе изготовления полных съемных пластиночных протезов, позволило получить четкие и симметричные ориентиры для постановки искусственных зубов такие как: - линия клыков, молярная линия, линия эстетического центра, что привело к улучшению качества изготовления полных съемных пластиночных протезов. Внедрение данной методики в клиническую практику врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников может способствовать повышению уровня стоматологического здоровья.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ИХ ПРЕПАРИРОВАНИЯ.

Ирсалиев Х.И., Буриев М.Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
e-mail: ixmed@mail.ru*

Прямые нарушения архитектоники твердых тканей зубов, и косвенные (термические) повреждения пульпы, обуславливают травматичность операции одонтопрепарирования.

При одонтопрепарировании зачастую полностью снимается слой эмали и значительный слой дентина. Препарированная поверхность зуба приобретает различную архитектуру, которая зависит от размеров зернистости боров. Поверхность боров покрыты алмазными крошками крупной, средней и мелкой зернистости.

Одонтопрепарирование с использованием крупно зернистых алмазных боров.

На препарированной поверхности дентина отчетливо прослеживаются следы абразивного инструмента. Наблюдается глубокие борозды с скоплением детритов. Просветы дентинных канальцев практически не определяются, так как они заполнены детритоподобными массами. На поверхности борозд располагаются осколки твердых тканей и гомогенные образования, тесно связанные с основным плотным веществом-дентином. Эти образования напоминают «вспененные» плотные структуры дентина.

Изменения поверхности дентина препарированного зуба указывают на наличие двух видов повреждений. Наличие дискретных, плотных частиц, и характерный рельеф поверхности в виде борозд и гребней обусловленных воздействием самого абразивного инструмента а крупные вспененные образования связанный с дентином являются следствием термического воздействия.

Одонтопрепарирование с использованием мелко зернистых алмазных боров.

Использование мелкозернистых боров при больших оборотах с использованием водяного охлаждения дает оптимальную картину. При этом не наблюдается существенных повреждений, как термического характера, так и мелких осколков твердых тканей на обработанной поверхности.

Препарированная поверхность гладкая без видимых борозд и гребней. Только при больших увеличениях сканирующего электронного микроскопа видны мелко зернистых бороз в виде небольших углублений. Хорошо видны округлые устья дентинных канальцев.

Таким образом, одонтопрепарирование приводит к утрате важного защитного слоя «эмали зуба» и обнажает дентинные канальцы, что создает благоприятные условия для проникновения микробов через дентинные канальцы в пульпу зуба.

С целью профилактики побочных действий одонтопрепарирования предлагаем: препарировать твердые ткани зубов мелкозернистыми алмазными борами на высоких оборотах с водяным охлаждением, полоскать рот антисептическими растворами и закрывать препарированный зуб временными коронками.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСКOLORИТА ЗУБОВ

Ирсалиева Ф.Х., Валиева Ф.А

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: ixmed@mail.ru

Существуют множества эндогенных и экзогенных факторов вызывающих дисколорит зубной ткани. К эндогенным факторам относятся нарушения обменных процессов, заболевание внутренних органов и эндокринной системы.

Изменение цвета зубов зависит от конкретной патологии и может быть серым, розовым, коричневым и с голубым оттенком. Зубы сереют при разрушении нервной ткани или удалении пульпы. Еще одна причина – отравление тяжелыми металлами.

Розовый оттенок появляется на поверхности зуба при лечении каналов резорцин - формалиновой смесью.

В мировой литературе были зарегистрированы случаи тифа, холеры, порфирии и ревматизма, вызывавшие изменения цвета зубов.

Голубой цвет говорит об алкаптонурии - генетическом заболевании, связанном с нарушением обмена веществ в организме.

Существуют не контролируемые факторы изменения цвета зубов, это – наследственные факторы. Наши гены – очень важное составляющее нашего здоровья. Генетика может быть основополагающей как для цвета зубов, так и для толщины зубной эмали. Дентиногенез или амелогенез – это основные генетические моменты, вызывающие изменения цвета зубов.

Если изменения цвета зубов вызвано внутренними причинами, то есть эндогенными факторами, внешнее воздействие как считают авторы будут малоэффективны.

Часто встречающимися факторами изменения цвета зубов, являются экзогенные факторы. К ним относятся курение табака. При курении смолы, выделяющиеся от сгорания табака, оседают на поверхности эмали образуя трудно удаляемую пленку. Зубы приобретают темно-желтую, иногда коричневую окраску.

Следующим факторам изменения цвета зубов является употребление красящих продуктов: кофе, чай, ягоды и различные газированные напитки. Пищевые пигменты диффузно проникают в твёрдую ткань зуба и изменяет естественный цвет зубов.

Плохая гигиена полости рта, что способствует образованию налетов и камней на поверхности зуба и изменяет ее цвет.

Цвет зубов может изменяться под воздействием различных лекарственных препаратов, таких как антигистаминные, антидепрессанты. Авторы считают использование тетрациклиновых антибиотиков во время второй половины беременности может привести к обесцвечиванию эмали зубов.

Различные стоматологические вмешательства могут изменять естественный цвет зубов. Применение амальгамы при реставрации или фторирование.

Неблагоприятные факторы внешней среды таких как, нахождение в цехах с кислотными парами и щелочами.

Изменения цвета, формы и структуры зубов почти неизбежно происходят при старении. Характер и степень таких изменений зависят от сочетания генетических факторов, вредных привычек и образа жизни.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения наше здоровье на 50% зависит от образа жизни.

Возрастные изменения лишь предрасполагают к развитию возможных заболеваний и вносят некоторые клинические особенности в их течение. Авторы считают, что большую роль в старении тканей пародонта играют изменения сосудов, коллагена, активности ферментов, иммунологической реактивности, когда процессы распада клеток начинают преобладать над процессами их восстановления.

С возрастом эмаль зуба стирается и просвечивается желтый цвет дентина. Тонкая эмаль в сочетании с потемневшим дентином придает зубам более старый вид.

Как было выше сказано, эмаль содержит свыше 30 различных микроэлементов. Минеральный состав эмали может колебаться в зависимости от характера питания и гигиены полости рта. Известно что, созревание эмали сопровождается уменьшением количества белков. Максимальная зрелость эмали достигает к 25 годам жизни человека, в этом возрасте количество белка считают авторы уменьшается 100-200 раз. С возрастом уровень белка в эмали начинает увеличиваться, что сопровождается снижением резистентности твердых тканей к кариесу.

С возрастом в дентине увеличиваются неорганические компоненты. По мере стирания твердых тканей зуба постоянно образуется вторичный дентин. Известно, что увеличение слоя дентина защищает пульпу от инфицирования, но приводит к уменьшению размеров пульповой камеры, что по мнению Ирсалиева Х.И. с соав.(2002) это отрицательно сказывается на относительной пропорции структур ткани пульпы, атрофируются нервные волокна пульпы, преобладает склероз микро сосудов. В дентиноблестах отмечается редукция

значительной части клеточных органелл, снижается пиноцитозная активность клетки. Коллагеновые волокна грубеют.

Луцкая И.К. (2006) отмечает, что 45-70 лет наблюдается повышение однородности эмали зубов с сохранением призматической структуры. Полосы Гунтера - Шрегера контрастны, линии Ретциуса, напротив, выделяются слабо. Автор считает, что уменьшение объема органического компонента эмали, размеров микропространств приводит к снижению количества воды в твердых тканях зуба. Отмечается уплотнение кристаллической решетки - за счет замещения ионов OH на F. Поверхностный слой эмали зрелых и «старых» зубов, как правило, становится безпризматическим на десятки микрон.

Цвет зубов меняется в зависимости от некачественных стоматологических материалов. Амальгамовые пломбы просвечиваются через эмалевый покров и придает зубу темно-серый цвет.

Часто старые съемные иногда и несъемные зубные протезы способствуют изменению цвета естественных зубов. Старые зубные протезы изготовленные из акрилатов темнеют и приобретают неопрятный вид. Некоторые пациенты продолжают пользоваться такими протезами, в следствии чего между естественными зубами и базисом съемных зубных протезов, наблюдается отложение камней и мягкого налета, что способствует изменению цвета естественных зубов.

ОРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19.

Мадаминава Н.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Во многих недавних статьях и отчетах о коронавирусной инфекции (COVID-19) сообщается, что эта инфекция в основном поражает верхние и нижние дыхательные пути, сердечно-сосудистую систему, иногда может вызывать нарушения в нервной системе и желудочно-брюшной области. Но мало говорится об изменениях, происходящих в ротовой полости. Если мы посмотрим на патогенез (COVID-19) более широко, то ротовая полость, как и органы дыхания, может быть воротами для инфекции. Первые данные о возможности того, что слизистая оболочка полости рта может быть воротами для инфекций, были получены во время пандемии гриппа («испанки») [1]. Эта гипотеза позже была подтверждена при других инфекционных заболеваниях, таких как аденовирус, особенно при коронавирусе [2, 3].

Международная группа ученых обнаружила, что SARS-CoV-2 инфицирует клетки полости рта. Исследователи предполагают, что слюна играет роль в распространении коронавируса в легкую или пищеварительную систему.

Рецептор ACE2 и фермент TMPRSS2 (ключевые протеины, с помощью которых вирус проникает в клетки тела) выявили в некоторых клетках слюнных желез и тканях, выстилающих ротовую полость. В небольшой части клеток слюнной железы и десен экспрессировалась РНК. Таким образом, полость рта оказалась особенно уязвимой, так как в ней идентифицировали оба входных белка, необходимых для заражения клеток.

В образцах тканей ротовой полости, взятых у погибших от COVID-19 пациентов, РНК SARS-CoV-2 присутствовала чуть более чем в половине исследованных слюнных желез. В ткани слюнной железы одного из умерших, а также пациента с острой формой COVID-19, были обнаружены определенные последовательности вирусной РНК, что указывало на активное создание клетками новых копий вируса.

У пациентов с легкой или бессимптомной формой COVID-19 клетки, выделяющиеся из ротовой полости в слюну, содержат РНК SARS-CoV-2, а также РНК для входных белков.

Чтобы определить, может ли слюна быть заразной, исследователи поместили биологическую жидкость восьми человек с бессимптомным течением COVID-19 к здоровым клеткам, выращенным в чашке. Слюна двух добровольцев привела к инфицированию здоровых клеток. Таким образом, появилось основание предполагать, что бессимптомные пациенты заражают других через слюну.

Наиболее частым последствием коронавируса в ротовой полости оказалось увеличение размеров слюнных желез. Симптом наблюдался у 38% участников, причем был распространен у более возрастных пациентов, либо при более тяжелом течении коронавируса у больного.

У четверти пациентов наблюдалась сухость в ротовой полости, у 18% — слабость жевательных мышц. Авторы отметили, что сухость во рту была более характерна для возрастных пациентов, при наличии диабета, хронической обструктивной болезни легких. Слабость жевательных мышц чаще встречалась среди более молодой группы больных.

Кроме того, отмечались такие нарушения, как лицевые боли и поражения нервной системы. Некоторые пациенты предъявляли следующие жалобы: нарушение работы височно-нижнечелюстного сустава (7%), ощущение мурашек на лице (3%), невралгия тройничного нерва (3%).

У некоторых участников наблюдался белый налет на языке, афтозный стоматит, нарушения и изменения вкуса и запаха. Один пациент жаловался на возникшую асимметрию лица. Тем, кто перенес коронавирусную инфекцию стоит уделить внимание стоматологическим заболеваниям и симптомам дискомфорта, болевых ощущений в полости рта.

По мнению авторов исследования, анализ слюны наравне с мазком из носоглотки может быть надежным методом тестирования на COVID-19.

Вывод. Полость рта, как и нос и глаза, входные ворота для коронавируса. Со снижением иммунитета на слизистой оболочке полости рта создается оптимальное условия для размножения инфекции. Вирус способен связываться с молекулой АПФ-2 (ангиотензинпревращающий фермент 2 — мембранный белок) и поражает эпителию слизистой оболочки рта. В дальнейшем возможно развиваться не только бляшки, петехии в деснах и на нёбе, а более серьёзные оральные поражения, как пародонтиты, язвы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЕРАМИЧЕСКИХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДОК ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКИ ЗУБА

Мадрахимова М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
e-mail: www.mkarimova997@mail.ru*

Несвоевременное лечение кариеса обуславливает развитие его осложнений, требующих эндодонтического лечения. При этом восстановление твердых тканей зуба с помощью светоотверждаемых композитов не всегда эффективно, что требует привлечения методов ортопедической стоматологии.

В связи с высокой распространенностью значительных дефектов коронковой части зубов в ортопедической стоматологии широко применяются штифтовые вкладки, как опоры искусственных коронок. Подавляющее большинство штифтовых вкладок изготавливаются с помощью литья хромкобальтовых сплавов, значительно реже применяются сплавы титана, золота.

Металлические вкладки адекватны по своим свойствам покрывающим их металлокерамическим коронкам, однако, снижают эстетические результаты протезирования керамическими коронками. Прессованные по технологии Empress или на CAD/CAM фрезерованных диоксидциркониевых каркасах керамические коронки постепенно вытесняют металлокерамические коронки среди замещающих ортопедических конструкций.

В этой связи вызывают интерес фрезерованные керамические штифтовые вкладки, однако, в настоящее время недостаточно биомеханического и клинического обоснования таких вкладок.

Цель исследования: повышение эффективности восстановления разрушенной коронки зуба с использованием керамических штифтовых вкладок.

Материалы и методы исследования: Для клинического сравнения эффективности литых штифтовых вкладок из хромкобальтового сплава и CAD/CAM фрезерованных керамических штифтовых вкладок из диоксида циркония, являющихся опорой цельнокерамических коронок, проведено наблюдение за состоянием 474 вкладок у 117 пациентов: при сроке эксплуатации три года - 117 штифтовых вкладок (82 литых и 35 фрезерованных керамических), два года - 156 штифтовых вкладок (94 литых и 62 фрезерованных керамических), один год - 204 штифтовой вкладки (128 литых и 76 фрезерованных керамических). Сравнение эффективности штифтовых вкладок проводилось по 14 критериям оценки целостности искусственных коронок и штифтовых вкладок, а также корня опорного зуба; частоты расцементировок коронок и вкладок; частоты развития кариеса, заболеваний пародонта, рецессии десны.

Выводы: Использование керамических вкладок в адекватных условиях нагрузки может обеспечить долговременную клиническую эффективность. Для подтверждения теоретических выводов проведено клиническое сравнение в течение трех лет цельнокерамических коронок на фрезерованных каркасах из

диоксида циркония, фиксированных на керамических фрезерованных штифтовых вкладках или на литых хромкобальтовых штифтовых вкладках. Как показали клинические исследования, у литых штифтовых вкладок нет преимуществ перед керамическими, как по прочности, так и по влиянию на десну. Общее количество осложнений в состоянии штифтовых конструкций, как правило сочетанных, для литых штифтовых вкладок составляло 9,1%, а для фрезерованных керамических - 8,3%. Разнообразные осложнения (раскол корня, вкладок или керамических коронок, расцементировка вкладок или коронок) встречались в единичных случаях. Более значительно было выявление гингивита и рецессии десны (в пределах 7,0%). Все же необходимо отметить, что для литых вкладок нередко характерно потемнение по краю коронки в связи с просвечиванием металла при рецессии десны; в то же время при использовании фрезерованных керамических штифтовых вкладок более часто встречались расцементировки вкладок и коронок, что диктует необходимость совершенствования обработки поверхности керамической вкладки для фиксации керамической коронки.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИМПЛАНТА С АТТАЧМЕНТОМ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Маматназаров А.Б.

Актуальность исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения «примерно половина взрослого населения мира (от 33 до 160 65%) нуждается в протезной реставрации зубов, то есть в восстановлении жевательной функции полости рта зубопротезированием. При этом хирургическая стоматология является важной составляющей в решении проблемы протезирования частичных дефектов зубных рядов, что позволяет повысить эффективность функциональной нагрузки, улучшить эстетику лица, социальную реабилитацию человека и повысить качество жизни. К моменту достижения 40-50-летнего возраста значительная часть населения вследствие одонтогенной инфекции теряет от 4 до 11 зубов.. Если отсутствуют только несколько зубов, их обычно заменяют на несъемные протезы, или вообще определяют, как не нуждающиеся в замене.

Цель исследования. Изучить оценку эффективности замкового крепления с аттачментом на естественные зубы и имплантаты.

Материалы и методы исследования: Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, стоматологические, микроскопические, антропометрические исследования, метод конусно-лучевой компьютерной томографии, статистические методы исследований.

Результаты. Проектно-конструкторская разработка конструкции отечественного зубного имплантата В результате изучения различных видов дентальных имплантатов зарубежных производителей создан опытный отечественный дентальный имплантат из титана марки ВТ 1-00. Для конструирования и производства опытной партии конструкции отечественного

зубного имплантата использовался сплав титана марки VT1.00, который широко применяется в различных отраслях медицины. Состав сплава был изучен методом микронзондирования на аппарате JXA 8800R (JEOL, Япония) в научной лаборатории Института геологии и геофизики имени Х. М. Абдуллаева АН РУзб. Состав сплава титана марки VT-1.00 соответствует Ti- 99.35%, V- 0.65%.

Выводы. По результатам рентгенологического исследования и денситометрии можно утверждать о положительной динамике процессов остеоинтеграции с использованием отечественного дентального имплантата.

ЦИРКОН ВА КЕРАМИКАГА ЧАРХЛАШНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Меликузиев Т.Ш., Махмудов М.Б., Охунов Б.М.

Тошкент давлат стоматология институти

meligoziyevtoxtasin@gmail.com

Долзарблиги: Ортопедик стоматологияда олиб куйилмайдиган протезлаш жараёнида купгина муаллифлар томонидан таклиф килинган керамика учун чархлаш услуги тиш каттик тукумасини куп кисмини(1.2-1.5мм) олиб ташлашдан иборат. Тиш каттик тукумасини нозиклашиб бораётганлигини хисобга олиб, бугунги кунда тиш чархлашнинг ноананавий усулини “минимал инвазив” таклиф килиш ва амалиётда куллаш.

Мақсад. Ортопедик муолажа учун кисман тишсиз жагларда олиб куйилмайдиган протезлаш жараёнида, тиш каттик тукумаларини чархлашда, тишнинг каттик тукумасини куп кисмини саклаб қолиш ва уни хизмат килиш муддатини 1,5-2 баробарга ошириш

Материал ва усул. Беморларда ўтказилган муолажаларни солиштириш ва натижаларни баҳолаш мақсадида, беморлардан даволашдан олдин олинган моделда тишлар нисбати ва холатини аниқлаш ва чархлаш режасини тузиш. Чархлаш этаплари: Купгина холатларда вестибуляр юзада 0.8-1.2мм; кантакт юзаларда 0.8мм; орал юзаларда 0.5-0.6мм. (изох: Орал юзада 0.5-0.6мм чархлашдан мақсад уступ юзасини 2мм металлдан ундан кейин эса керамикали массалар коплаш керак). Кесув юзасининг чархлаш баландлиги кантакт тишларга нисбатан 1.5-1.8мм калинликда олинади.

Кутилаётган натижалар. Кузатувдаги 30 та беморларда “минимал инвазив” чархлаш услуги кулланилди. Тишнинг каттик тукумасини куп кисмини саклаб қолиш ва уни хизмат килиш муддатини 1,5-2 баробарга ошириш кузда тутилмокда. (“минимал инвазив” услуги ёрдамида 10 йилга чидайдиган тишларни 15-20 йилга чидамлилигини узайтириш).

Хулоса. Режалажтирилган “**минимал инвазив**” услуги ортопедик стоматология соҳасида долзарб муоммолардан бири хисобланади. Гадкикот мақсади аниқ ёритилган, вазифаси тугри танланган. Илмий ишдан кузатилаётган натижа ортопедик стоматология соҳасида илмий ва амалий ахамиятга эга булади.

КОНЦЕПЦИИ БИОМЕХАНИКИ ПРИ ШИНИРОВАНИИ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ

Мирхусанова Р.С., Дадабаева М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: mirkhusanovars19596@mail.ru

Данные специальной научной литературы свидетельствуют о том, что за счет перераспределения напряжений от отдельного зуба к группе зубов шинирование позволяет уменьшить перегрузку пародонта и тем самым устранить травматическую окклюзию, нормализовать направление нагрузки, предотвратить вторичное смещение зубов. Вследствие неравномерного распределения жевательной нагрузки возникают гемодинамические расстройства в тканях пародонта. Шинирование позволяет устранить это явление, являющееся одним из патогенетических механизмов пародонтита. Огромное количество разновидностей шинирующих конструкций позволяет специалистам выбрать наиболее оптимальный вариант в зависимости от конкретной клинической ситуации. В процессе выбора конструкции необходимо учитывать особенности биомеханики пародонта, т.к. без учёта резервных сил, их направления, статико-динамических условий невозможно адекватно распределить жевательное давление в зубном ряду.

Целью исследования явился анализ научной литературы и результатов клинических наблюдений по изучению биомеханики пародонта и его значения при шинировании подвижных зубов.

В процессе выбора шинирующей конструкции необходимо учитывать мнение В.Ю.Курляндского о резервных силах пародонта: «...Пародонт отдельного зуба обладает запасом резервных сил, по меньшей мере, равным усилиям, затрачиваемым для размельчения пищи в физиологических условиях». Из этого положения следует, что только благодаря наличию физиологических резервов пародонта есть возможность применять различные конструкции зубных протезов, а также перераспределять жевательное давление в случаях поражения тканей пародонта.

По законам механики если плечо А меньше плеча В или они равны, то система находится в состоянии статического равновесия. Из этого следует, что при нормальном состоянии пародонта отношение высоты коронки к корню у всех групп зубов обеспечивает статико-динамические условия для жевания. Исходя из данных литературы, вторые премоляры верхней челюсти, первые моляры верхней и нижней челюстей, вторые моляры нижней челюсти, у которых это соотношение примерно равно 1:2, имеют наиболее благоприятные условия. При резорбции костной ткани увеличивается внеальвеолярное плечо А и уменьшается внутриальвеолярное плечо В, что резко ухудшает статико-динамические условия функционирования зубов, отягощая течение и прогноз заболевания.

Очевидно то, что зубы, закрепленные шиной, благодаря её жесткости совершают движения вместе с шиной и в одном с ней направлении. Объединение зубов в блок, способствует разгрузке их пародонта. Данный эффект возрастает с увеличением количества шинируемых зубов. Давление,

которое приходится на зуб при откусывании, распределяется на всю группу зубов, пародонт которых хорошо амортизирует жевательное давление и нагрузку. Исследователями установлено, что нагрузка в блоке сперва воспринимается зубами, имеющими меньшую подвижность. Происходит функциональная разгрузка зубов с пораженным пародонтом. Поэтому специалисты рекомендуют включать в шинируемый блок как более, так и менее устойчивые зубы, т.к. данный блок.

Установлено, что шинирующая конструкция в форме дуги наиболее устойчива к действию наружных сил, чем линейная шина. Данное свойство шины обусловлено механическими особенностями конструкций в форме арки. Усиление лечебного эффекта шины достигается включением в блок всего зубного ряда.

Анализ научной литературы показал, что успех шинирования зубов зависит от умения врача грамотно анализировать и распределять резервные силы зубов, включённых в шинируемый блок, умения выбрать наиболее оптимальную конструкцию, учитывая индивидуальные особенности клинического случая и пациента.

РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Муратова Н.Д., Сулаймонова Н.Ж., Абдурахманова С.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

muratova-84@yandex.ru

Исследованиями последних лет установлено влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы. У женщин в постменопаузе наблюдается быстрое снижение минеральной плотности кости (МПК) из-за дефицита гормона (эстрогена). Определена роль гипоэстрогемии у женщин в постменопаузальном периоде в развитии системного остеопороза и патологических процессов в тканях пародонта и твердых тканей зубов. Это проявляется в снижении высоты вершин межзубных перегородок, появлении очагов остеопороза в теле нижней челюсти, снижении плотности альвеолярного отростка. В частности, известно, что гормональные изменения, связанные с менопаузой, влияют на состояние полости рта из-за изменений в половых гормонах, таких как эстроген, прогестерон и тестостерон, которые влияют на секрецию провоспалительных цитокинов, которые участвуют в резорбции кости. Более того, рецепторы эстрогена в слизистой оболочке полости рта чувствительно реагируют на изменения уровня гормонов, что приводит к усилению воспаления в тканях пародонта. Рядом авторов F. Yalcin, S. Gurgan et al. отмечено положительное влияние заместительной гормональной терапии на состояние зубочелюстной системы у женщин в постменопаузальном периоде.

Целью исследования явилась оптимизация методов протезирования несъёмными ортопедическими конструкциями у женщин в период постменопаузы для увеличения срока их ношения.

Методы исследования. Всем пациенткам были проведены стоматоскопические методы обследования; стоматологический панорамный и дентальный рентген; лабораторное исследование состояния минерального обмена, лабораторные исследования (кальций общий Са, кальций ионизированный Са 2⁺, паратиреоидный гормон ПТГ, кальцитонин КТ), анализ на определение уровня эстрадиола в крови. Все исследования проводились в центральной лаборатории №3 клиники ТМА.

Результаты исследований. Для осуществления поставленной цели нами проведено комплексное исследование 15 женщин, в возрасте от 49 до 65 лет, которые после обследования были разделены на две группы: I группа – женщины в периоде постменопаузы с применением комплексного лечения; II группа – женщины в периоде постменопаузы без применения комплексного лечения. Нами были выявлены ряд клинических признаков, таких как: высокая интенсивность кариеса, значительное количество удаленных зубов, удовлетворительная гигиена полости рта на фоне минимально выраженных воспалительных поражений тканей пародонта, что может являться диагностическим критерием для выявления пациенток с низкими значениями минеральной плотности костей скелета. При проведении ортопедического лечения несъемными конструкциями нами дополнительно назначались препараты кальция (остеогенон по 1 таблетке x 2 раза в день в течение 1 месяца, и в качестве ЗГТ нами применен препарат фемостон 1/5 по схеме).

Выводы. Исследования показали, что проведенное комплексное ортопедическое лечение несъемными конструкциями с применением препаратов кальция и заместительной гормональной терапии у женщин в период постменопаузы повышает эффективность протезирования и продлевает сроки ношения несъемных ортопедических конструкций.

РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНИХ ЧЕЛЮСТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА

Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М., Акбаров К.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

nigmatov@yandex.ru

Ортодонтическое лечение пациентов с аномалиями зубочелюстной системы с расширением верхней челюсти может быть выполнено с использованием различных методик, отличающихся друг от друга не только техническими особенностями, но и самим подходом к решению проблемы. Анализ результатов лечения проводится в различных аспектах: оценка анатомо-функционального состояния зубочелюстной системы, окклюзии зубных рядов, достижение косметического эффекта. На современном этапе развития ортодонтии используется большой арсенал несъемной ортодонтической техники для устранения зубочелюстных аномалий с расширением верхней челюсти (Персин Л.С., Тугарин В.А., 1995; Рамм Н.Л., Кисельникова Л.П., Юркова М.А., 2001 и др.).

Цель исследования. Сравнительная оценка различных ортодонтических расширителей верхних челюстей у детей сменного прикуса.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 26 детей в возрасте от 12 до 14 лет со сменным прикусом с сужением верхней челюсти (ВЧ) и нарушением речи. Все дети в зависимости от использованных ортодонтических расширяющих несъемных аппаратов были разделены на 2 группы. У 13 (50%) детей 1-й группы лечение осуществлялось с помощью зубного экспандера для верхней челюсти (ЗЭВЧ), поддерживаемого 4-мя полосами, размещенными на первых премолярах верхней челюсти и первых постоянных молярах. 13 (50%) пациентов 2-й группы получали лечение при помощи костного экспандера для костного расширения верхней челюсти (КРВЧ), который фиксировался непосредственно на небной кости с помощью 4-х минивинтов. У всех пациентов были прорезаны вторые премоляры, так как без них фиксация зубных расширителей была затруднительной.

У всех детей проводились клинические, антропометрические, рентгенологические и фотометрические исследования.

Результаты исследования. Для скелетных и окологлазничных измерений, группа КРВЧ имела статистически значимое увеличение ширины лица и верхней челюсти. В группе ЗЭВЧ выявлено статистически значимое увеличение только для ширины носа. В группе ЗЭВЧ выявлено значительно большее увеличение ($3,5 \pm 1,9$ мм) в области ширины носа. При дентолинейных измерениях межкоронковой и межапикальной ширины первых премоляров и первых постоянных моляров верхней челюсти в обеих группах определялось значительное увеличение их размеров. Сравнение показало, что в группе ЗЭВЧ был более значительный рост межкоронковой ширины первых премоляров и первых постоянных моляров верхней челюсти (соответственно $6,7 \pm 2,9$ и $9,7 \pm 6,9$ мм), чем группа КРВЧ (соответственно $2,9 \pm 0,7$ и $3,9 \pm 2,1$ мм).

Результаты проведенных измерений показали, что в группе КРВЧ статистически значимое уменьшение наблюдалось у наружного буккопалатального угла наклона первых премоляров верхней челюсти и первых постоянных молярах. В группе ЗЭВЧ статистически значимое снижение обнаружено только для наружного буккопалатального наклона: угол правого и левого первых премоляров. Для сравнения, в группе КРВЧ угол премоляров справа и слева имел значительно более высокое снижение внешнего наклона (соответственно $4,4 \pm 2,8$ и $5,4 \pm 2,2$), чем в группе КРВЧ ($1 \pm 3,5$ и $0,8 \pm 4,7$).

Быстрое расширение верхней челюсти – метод выбора у подростков и молодых людей, чтобы отделить средненебный шов и вызвать значительные изменения верхней челюсти.

Мы использовали у детей с узкой формой неба 11-миллиметровый распорный винт с выступающей головкой. Во время изготовления КРВЧ экспандер был раскрыт на 6 оборотов (1,5 мм) для преодоления поднутрений. Чтобы смоделировать степень расширения, достигнутого в КРВЧ и ЗЭВЧ, аппараты были активированы одинаково. Экспансионная терапия в обеих группах продолжалась 15 дней. Время между предварительным расширением и записями после расширения – от 11 до 15 дней. Доверительные интервалы для всех исходов в группе КРВЧ давали более предсказуемые клинические результаты, чем в группе ЗЭВЧ.

Выводы:

1. Путем наложения трехмерных изображений расширителя как на зубах, так и на костях было произведено значительное расширение скелета на уровне твердого неба.

2. Интермолярная и межмолярная ширина на корональном и апикальном уровнях была значительно увеличена у пациентов обеих групп. Расширение зубов и буккальное вращение первых премоляров и первых моляров были значительно больше в группе ЗЭВЧ, о чем свидетельствует значительно большее увеличение ширины коронки вместе с уменьшением внешнего буккопалатинального угла наклона опорных зубов.

СОСТОЯНИЕ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О.

Tashkent State Dental Institute

nigmatov@yandex.ru

Язык принимает участие во всех, функциях зубочелюстной системы. В связи с этим его форма, величина, подвижность, положение в полости рта в покое и во время функций влияют на форму зубных рядов, неба, размеры челюстей, смещения нижней челюсти. Одновременно зубочелюстные аномалии оказывают влияние на форму, размеры и расположение языка, особенно в случаях сужения, укорочения зубных рядов, уменьшения объема полости рта и аномалиях развития челюстей.

В связи с сочетанием аномалий формы и величины языка с нарушениями морфологии в зубочелюстной области и функции, изучению этой патологии следует уделять больше внимания.

Цель настоящего исследования - изучение расположения языка на основании анализа боковых телерентгенограмм головы при аномалиях зубочелюстной системы.

Материал и методы. С 2018 г. по настоящее время было проведено ортодонтическое обследование 169 (из них 79 мальчиков и 90 девочек) детей, проживающих в г. Ташкенте, в возрасте от 6 до 14 лет.

В работе применены следующие методы исследования: клинический, фотометрический, антропометрический, определение формы и размеров лица, языка и его уздечки, рентгенографический, статистический.

Кроме анализа морфологических величин на боковых телерентгенограммах головы были изучены особенности расположения мягких тканей, свидетельствующие о функциональных нарушениях: расположение кончика языка по отношению к верхним и нижним резцам; прилегание спинки языка к своду неба на уровне премолярной и молярной линий по Pont. На 46 боковых телерентгенограммах головы пациентов с постоянным прикусом изучено расположение кончика языка в покое по отношению к коронкам центральных резцов при различных видах патологической окклюзии.

Результаты и обсуждение. Язык принимает активное участие в произношении звуков речи. При произношении звука «л» язык прижимается к

верхним резцам. Переднесредняя часть спинки языка опускается, корень его смещается по направлению к мягкому нёбу и кзади. Средний участок спинки языка образует ложкообразное углубление. Боковые его поверхности опускаются, через них проходит выдыхаемая струя воздуха.

При правильном произношении звука «р» передние зубы верхней и нижней челюстей находятся на расстоянии 4-5 мм. Кончик языка поднимается, он напряжен и вибрирует в проходящей воздушной струе. Переднесредняя часть спинки языка прогибается. Задняя часть языка смещается назад и вверх к мягкому нёбу. Боковые участки языка прижимаются к верхним боковым зубам.

Вычислен средний размер, характерный для всех трех разновидностей патологической окклюзии и проведено его сравнение со средним размером, полученным при ортогнатическом прикусе без учета возрастных групп. При патологической окклюзии этот размер был больше нормы на $2,5 \pm 0,86$ мм. Следовательно, средняя амплитуда движений языка при его стремлении дотянуться до нижнего края подбородка при патологической окклюзии меньше, чем при ортогнатическом прикусе.

При патологической окклюзии с нейтральным смыканием первые постоянных моляров у 26% пациентов детей кончик языка располагался неправильно, был смещен дистально и вниз, не прилегал к резцам, находился на уровне окклюзионной плоскости; у остальных 74% он прилегал к язычной поверхности резцов (правильное положение кончика языка).

При дистоокклюзии кончик языка не прилегал к язычной поверхности резцов, т.е. располагался неправильно у 31,3% обследованных: у 12,5% он был смещен дистально и находился на уровне режущих краёв коронок резцов нижней челюсти; у 18,8% прилегал к альвеолярному отростку верхней челюсти.

При мезиоокклюзии кончик языка располагался неправильно у 57,2% обследованных: у 42,9% - прилегал к коронкам нижних резцов; у 14,3% - альвеолярному отростку нижней челюсти.

Изучено расположение спинки языка. В норме спинка языка прилегает к альвеолярному отростку верхней челюсти и к твердому нёбу. При зубочелюстных аномалиях она не прилежала к куполу твердого нёба: при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров - у 41,2% пациентов; при дистоокклюзии - у 75,0%; при мезиоокклюзии - у 69,2%.

Расстояние от спинки языка до твердого неба на уровне первых премоляров было: наименьшим при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров; несколько больше при дистоокклюзии и наибольшим при мезиоокклюзии.

Перечисленные отклонения были при укороченной уздечке языка или прикрепленной близко к его кончику. В результате этой аномалии, а также ряда других причин нередко наблюдали неправильное произношение звуков речи - чаще шипящих свистящих и букв «Д», «Т», «Р», «Л». При такой патологии после пластики укороченной уздечки языка, в процессе ортодонтического лечения рекомендовали заниматься лечебной гимнастикой и обучаться у логопеда.

Выводы: Таким образом, нарушения положения языка в покое и во время речи выявлены при клиническом обследовании у 72 пациентов из 169 (42,6%). Наблюдали неправильное произношение единичных звуковых фонем или их сочетаний - у 49 пациентов (28,99%); из 49 пациентов нарушенное произношение шипящих звуков было у 25 пациентов (51,0%); звуков «Д», «Т» - у 5 пациентов (10,2%); звуков «Р», «Л» - у 39 пациентов (79,6%).

БОЛАЛАРДА ТИШ ҚАТОРЛАРИНИНГ КЕСИШГАН ОККЮЗИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ

Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Кодиров Ж.М.

ТДСИнинг Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси

nigmatov@yandex.ru

Кесишган прикус тиш қаторлари жипслашувининг трансверзал аномалиялари турига киради ва унда юз шаклининг бузилиши ва кўпинча, юз ассиметрияси кузатилади. Тиш ёйининг тораиши натижасида фронтал тишларининг зич жойлашиши, тиш қаторлари ўлчамининг трансверзал йўналишда мос келмаслиги натижасида пастки жағ ён ҳаракатлари қийинлашиши кузатилади. Бундай ҳолларда, кўпинча, чакка пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) фаолияти ҳам бузилади. Ушбу мураккаб окклюзия аномалияси билан касалланиш, айрим олимларнинг фикрича, 1,5% дан 60,0% гача учрайди (Слабковская А.Б., 2008; Чернышова Л.Е., 2008).

Трансверзал окклюзия аномалияларининг биринчи аломатлари орқали беморни клиник, антропометрик, функционал ва рентгенологик усулларни ўз ичига олган, кенг қамровли текширувларни ўтказиш билан эрта аниқлаш ва бу ушбу мураккаб прикус аномалиясини олдини олиш долзарб муаммо сифатида тан олинган.

Тадқиқотнинг мақсади - болаларнинг алмашинув прикуси даврида тиш қаторларининг кесишган окклюзиясини цефалометрик усулда эрта ташхислаш.

Тадқиқот материаллари ва қўлланилган усуллар. Тиш-жағ соҳасидаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадида алмашинув прикусдаги 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган 32 та болада бошнинг олд телерентгенографияси (ТРГ) ўрганилди. ТРГ параметрлари А.Б. Слабковская (2008) усули бўйича бошнинг олд проекцияси телерентгенограммалари цефалометрик таҳлил қилиш орқали баҳоланди.

Олд проекцияда ТРГни ўрганиш ва баҳолашда кўриқдан ўтказилаётган болалар Слабковская А.Б. (2008) таклиф қилган 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди. Бу гуруҳларга ажратишда бош суяги тузилмалари тузилишидаги меъёрдан ҳар хил оғишларни тавсифловчи асосий 16 параметрларни ўз ичига олган.

Булар:

1) MRS нинг ўрта сагиттал чизиғига нисбатан трансверзал ўлчамларини тавсифловчи горизонтал параметрлар: бош суягининг яримлари ($\perp S_0/MRS$); пастки жағнинг бўғим ўсимталарининг жойлашиши ($\perp C_0/MRS$); бурун бўшлиғининг ярим ўлчамлари ($\perp N_c/MRS$); юқори жағ ($\perp J/MRS$) ва пастки жағ ($\perp A_g/MRS$); юқори жағ тиш қаторларининг ўлчамлари ($\perp U_6'MRS$); пастки жағ ($\perp L_6'MRS$); бўғим ўсиғининг ассиметрияси (condylar deviation – CD);

2) пастки жағ шохлари ҳажмини тавсифловчи вертикал параметрлар (Co-Ag); жағ комплексларининг ўзаро жойлашиши (J-Ag);

3) текисликларнинг ўрта сагиттал чизиққа нисбатан айланишини тавсифловчи бурчак параметрлари: (\angle So-So;Co-Co; \angle J-J; \angle Ag-Ag); ўнг ва чап томонда пастки жағнинг бурчаклари (\angle Co-Ag-Me); пастки жағнинг силжиш даражаси (mandibular lateral displacement – \angle MLD).

Юз жағ суяги тузилмаларининг ассиметриясини баҳолаш учун ассиметрия коэффиценти (КА) ҳисоблаб чиқилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

Бош суяги ва юқори жағ асосининг трансверсал ўлчамларида томонларнинг симметрия кўрсаткичларининг ассиметрия коэффиценти кесишган окклюзия шаклланишининг дастлабки босқичида бош суяги тузилишидаги номуносивлик кузатилди. Ассиметрия коэффицентининг энг катта кўрсаткичлари пастки жағнинг ўлчамларини ва юқори ва пастки тиш қаторларини тавсифловчи параметрларда аниқланди. Юқори ва пастки жағларнинг силжиган томонидаги ўлчамлари қисқартирилди.

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқот натижалари алмашинув прикусигадаги болаларда пастки жағнинг трансверсал силжиши ассиметрия жойлашиши ва бўғим ўсиғининг ўзгаришига олиб келди. Текширувдан ўтган болаларнинг энг кўп сонига (53,1%) пастки жағнинг 1-даражали силжиши ташхиси қўйилди. Болаларда пастки жағнинг энг кам трансверсал силжиши билан ўзаро боғлиқлик юз суяги тузилмаларининг бир нечта параметрларининг энг катта ассиметрияси аниқланди. Беморларда клиник текширув пайтида, ҳатто пастки жағнинг озгина силжиши, ортодонт-шифокор даволашни режалаштириши учун тўлиқ ташхис қўйиш кераклиги исботланди. Болаларда иложи борича тезроқ ўсишга таъсир кўрсатиб, юз бош суяги скелетининг бузилишини эрта бартараф этиш мақсадга мувофиқ, бу эса юз-жағ комплексининг жиддий деформациясининг келиб чиқишида ва прикус аномалияларининг олдини олишда асосий ўрин тутди.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЙ РЕЧИ.

Нигматова И.М. , Раззаков У.М., Рахматуллаева Н.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
nigmiroda@gmail.ru*

Преодоление нарушений звукопроизношения у детей в раннем возрасте имеет огромное значение в последующей жизни ребенка.

Цель исследования: Своевременное устранение аномалий зубочелюстной системы с нарушениями речи при использовании мио и артикуляционной гимнастики.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 26 пациентов (14 девочек и 11 мальчиков в возрасте от 4-9 лет с зубочелюстными аномалиями и нарушениями речи. Диагноз ставился на основании клинического обследования , измерения гипсовых моделей челюстей, данных рентгенологического обследования (ортопанотограмм, телерентгенограмм

головы в боковой проекции) и результатов функционального исследования. Из 26 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией у 20 детей были выявлены миофункциональные нарушения: 7 - с дисфункцией языка при разговоре, 7-с привычным межзубным прокладыванием языка при глотании (инфантильный тип глотания) и в покое, 4 –с привычным ротовым дыханием, 2- с привычкой сосания большого пальца в ночное время. Все пациенты, участвующие в научном исследовании, прошли артикуляционная гимнастика у логопеда и ортодонтическое лечение с применением миофункциональных трейнеров «Миобрейс» в среднем 3-6 месяцев. Аппарат использовали всю ночь и 2 часа в течение дня или перед сном (в среднем 10 часов сутки). Помимо ношения «Миобрейс» системы , в дневное время пациентам предлагалось выполнение миогимнастики. У всех обследуемых пациентов произошло выравнивание зубов (особенно фронтальных), улучшилась форма верхней и нижней зубной дуги; закрылась вертикальная щель между фронтальными зубами и глубина резцового перекрытия стала соответствовать нормальным значениям (2,4мм).

В ходе лечения 18 пациентов избавились от вредных привычек и эти результаты были устойчивыми.

Таким образом, оценка эффективности миофункционального трейнера «Миобрейса» при лечении вертикальных аномалий окклюзии зубных рядов позволила сделать следующее заключение: Использование «Миобрейс» системы показало высокую эффективность для зубоальвеолярной перестройки, компенсационного прироста челюстей и их апикальных базисов, нормализации продольных и поперечных размеров зубных рядов, их формы, наклона и положения передних зубов и применение артикуляционной гимнастики; улучшились основных функциональные показатели, что доказывает устранение дисбаланса жевательных мышц, который присутствовал до ортодонтического лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Нодирхонова М.О., Нигматов Р.Н., Нигматова И.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

nigmiroda@gmail.ru

Взаимосвязи аномалии окклюзии с изменениями осанки человека в литературе освещены недостаточно. Имеются свидетельства, что, например, дистальная окклюзия сопровождается развитием общих нарушений организма, и в частности, опорно-двигательной системы. Зарубежные врачи-остеопаты обратили внимание на то, что часто причиной сколиозов у молодых людей является аномалия прикуса (Малыгин Ю.М., 1982; Минаева И.Н., 1994).

Индивидуальность человека в значительной степени определяется морфологическими особенностями строения лица, а также манерами и привычками. Во внешнем облике больных с аномалиями окклюзии отмечаются общие черты, которые делают их похожими друг на друга. Внешнее сходство объясняется аналогичными морфологическими и функциональными

отклонениями в развитии зубочелюстной системы, а также психосоматическими особенностями.

Наблюдающиеся при этом нарушения функций дыхания, глотания, жевания и речи усугубляют отклонения, отражающиеся на конфигурации лица и формировании отдельных черт характера человека. У больных с аномалиями окклюзии функциональные нарушения могут привести к морфологическим отклонениям, например, нарушениям осанки, которые не обладают способностью к саморегуляции (Фадеев Р.А., Бобров А.П., Кисельникова Л.П., 2017).

Цель исследования. Изучение взаимосвязи зубочелюстных аномалий у детей сменного прикуса с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 18 детей в возрасте от 10 до 14 лет со сменным прикусом с аномалиями зубочелюстной системы (ЗЧС) и нарушением опорно-двигательного аппарата. Все дети в зависимости от вида аномалии были разделены на 3 группы. У 7 (38,9%) детей 1-й группы с аномалиями в сагиттальной плоскости, у 5 (27,8%) пациентов 2-й группы с аномалиями в вертикальной плоскости и 6 (33,3%) пациентов 3-й группы с аномалиями в трансверсальной плоскости. У всех пациентов были диагностированы совместно с ортопедами-травматологами нарушение опорно-двигательных аппаратов.

У всех детей проводились клинические, антропометрические, рентгенологические, стабилметрические и фотометрические исследования.

Результаты исследования. Результаты телерентгенографических и рентгеноцефалометрических исследований показали, что нарушение осанки и искривления шейного отдела позвоночника явилась причиной развития аномалий прикуса 1 группы детей и чаще всего с дистальным прикусом. А у 3-ей группы пациентов с перекрестным прикусом и нарушением работы зубочелюстной системы были диагностированы сколиоз и кривошея. Во 2-ой группы пациентов с открытым прикусом, чаще были диагностированы искривления шейного отдела позвоночника.

У детей с аномалиями окклюзии мы наблюдали наклоненное вперед положение головы, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голеней, плоскостопие.

Зубочелюстные аномалии и нарушение опорно-двигательной системы легче и быстрее корректировались у детей, поскольку их костная система, как и весь организм, находится в стадии формирования. Чтобы исправить начинающуюся аномалию, достаточно дать правильное направление росту костей. Одной из мер профилактики аномалий зубочелюстной системы у детей явилась контроль позы, в которой ребенок спит или играет. Особенно высок риск развития аномалий осанки и прикуса при пониженной костной минерализации. В этом случае неправильное положение головы и тела ребенка (например, сон все время на одном боку, подложенная под щеку или челюсть рука) быстро приводит к асимметрии челюстей, их смещению, сужению зубных рядов.

Заключение. Своевременная реакция родителей и врачей на неправильное развитие зубов и осанки малыша позволяет быстро исправить начинающуюся аномалию, нормализовать развитие опорно-двигательного аппарата.

Если ребенок с нарушением осанки приходит лечиться к массажисту, но не проводит коррекцию прикуса, успех лечения опорно-двигательного аппарата чаще всего бывает кратковременным.

Таким образом, можно сделать вывод, что к лечению зубочелюстных аномалий у детей необходим комплексный подход, при котором коррекция прикуса сопровождается ортопедическим и логопедическим лечением.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Нормуродова М.О., Раззоков У.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Частота перекрестного прикуса, по нашим данным, неодинакова в различном возрасте. Предпосылки развития перекрестного прикуса самые разнообразные: воспалительный процесс и обусловленное им нарушение роста челюсти, понижение жевательной функции (вялое жевание) или жевание на одной стороне, нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов, нестершиеся бугры молочных зубов и неравномерные контакты зубных линий, нарушение носового дыхания, неправильное глотание; общие заболевания, связанные с нарушением кальциевого обмена; нарушение миодинамического равновесия, последствия травм. К общим причинам развития перекрестного прикуса относятся нарушения в опорно-двигательном аппарате, диспластические заболевания, системное поражение всего скелета, в том числе и зубочелюстного аппарата.

Цель : Изучить частоту встречаемости перекрестный прикусов у детей и подростков.

Материалы и методы. При обследовании детей нами использовалась классификация Л. С. Персина, согласно которой различают три вида перекрестной окклюзии: палатиноокклюзию, лингвоокклюзию и вестибулоокклюзию. Также они могут взаимно сочетаться. Перекрестная окклюзия бывает одно- и двусторонней. В возникновении перекрестной окклюзии может быть повинен как один зубной ряд (верхний или нижний), так и оба зубных ряда, а также челюстные кости. Клинически данная форма проявляется следующими лицевыми признаками: асимметрия лица, которая зависит от формы и выраженности аномалии, зубоальвеолярной или скелетной формы аномалии; нарушение конфигурации лица, смещение подбородка в сторону губ и скошенность подбородка. При целых формах перекрестного прикуса значительно нарушена функция жевания, что обусловлено уменьшением площади окклюзионных контактов, прикусыванием слизистой оболочки щек. При лингвальном перекрестном прикусе ограничена вероятность боковых движений нижней челюсти. Отмечается также нарушение речи, что соединено с изменением положения языка при произношении звуков.

Результаты. На основании проведенных обследований нами выявлены следующие закономерности распространения перекрестного прикуса. Из обследованных 9 детей и подростков у 1 зафиксирован перекрестный прикус, что составляет 11% от всех зубочелюстных аномалий.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛИЧЕНИЕ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нормуродова Р.З., Сафаров М.Т., Дадабаева М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail:www.ruxsoran@mail.ru

Неотъемлемой частью здоровья человека является стоматологическое здоровье, которое определяется как состояние органов и тканей полости рта, влияющее на благополучие человека, предоставляя ему возможность есть и общаться с другими индивидами, не испытывая дискомфорта и озабоченности, что позволяет ему осуществлять неограниченное участие в избранной социальной роли.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (2005), частичным отсутствием зубов страдают 75% населения в различных регионах земного шара. Появление дефектов зубных рядов ведет к нарушению непрерывности зубного ряда, распаду его на самостоятельные группы, функциональной перегрузке сохранившихся зубов, развитию вторичных деформаций зубочелюстной системы, что, в свою очередь, приводит к нарушению функций жевания и речи, изменениям в височнонижнечелюстном суставе.

Выбор имплантации, как метода зубного протезирования пациентам с Сахарным Диабетом 2 типа (далее СД) является актуальной проблемой. Число пациентов с СД постоянно растет. Данная патология является хроническим заболеванием, основными клиническими проявлениями которой являются гипергликемия и связанные с ней микрои макро - ангиопатии. Зачастую имплантация даже не рассматривается, ввиду повышенных рисков отторжения, с последующим развитием периимплантитов.

Цель исследования: Ортопедическое лечение на дентальных имплантатах у пациентов, страдающих эндокринной патологией.

Материалы и методы исследования: Пациентка 26 лет. Диагноз Сахарный диабет 2 типа был поставлен в 19 лет. Зуб удален более 2 лет назад, уровень HbA1c – 7.1%. Проведена КЛКТ диагностика, по согласованию с пациентом установлен имплантат MIS в позиции 3.6, без использования костно-пластических материалов, назначена АБТ, курс витаминов. Послеоперационный период протекал без осложнений, снятие швов через 10 дней. Через 4 месяца уровень костной ткани вокруг имплантата остался неизменным, проведена установка ФДМ с подсадкой ССТ с бугра верхней челюсти. HbA1c – 7.5%. В послеоперационном периоде отмечалась замедленная эпителизация и кровоточивость. Через 3 недели проведено снятие оттисков, отмечалась легкая кровоточивость и болезненность десны при работе с ФДМ. Установлена диоксид циркон коронка на титановом абатменте. Контрольный осмотр через 3 месяца: имплантат и коронка стабильны, мягкие

ткани без признаков воспаления. Рентген: ре-моделировка кости вокруг имплантата 3.6 около 1мм. Повторное обращение в связи с разрушением зуба 2.4. Диагностирована фрактура корня 2.4. HbA1c – 8.7%. Направлена к эндокринологу с целью коррекции уровня сахара, назначена диета и курс лечения травами. HbA1c – 7.5%. КЛКТ: имплантат 3.6 ре-моделировка кости в пределах 2мм. Диагностика по КЛКТ, удаление зуба 2.4 с одномоментной имплантацией, заглушка, костный графт, лунка ушита наглухо, назначен курс АБТ. В этот же день изготовление съёмного имедиат протеза 2.5-2.6. Послеоперационный период без осложнений, снятие швов через 10 дней. HbA1c – 7.3% Установлен ФДМ на имплантат в позиции 2.4, объём мягких тканей достаточный. На рентгене: в области имплантата 2.4 ремоделировки кости не наблюдается, имплантат 3.6 стабилен. Через 2 недели проведено снятие слепков. Установлена диоксид циркон коронка. Контрольный осмотр: имплантаты и ортопедические конструкции стабильны, дальнейшей ре-моделировки костной ткани не наблюдается, мягкие ткани стабильны.

Выводы: Дентальная имплантация вполне безопасный и прогнозируемый способ зубного протезирования, даже у пациентов с сахарным диабетом. Основным моментом подготовки к имплантации является контроль уровня сахара в крови и взаимодействие с лечащим врачом – эндокринологом. Сложности, при работе с такими пациентами, это формирование достаточного объёма мягких тканей для предотвращения развития периимплантитов. Скорость заживления слизистой напрямую зависит от уровня сахара. Можно рекомендовать имплантаты с коническим соединением, как более стабильные. Одномоментная имплантация сокращает сроки реабилитации и позволяет предотвратить потерю объёма мягких тканей.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЯХ

Пардаев Д.С., Рашидов. Р.А., Саид Камил. К.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
e-mail: www.doston.pardayev95@mail.ru*

Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) – это метод определения кровотока в тканях. Ткани пародонта, слизистая оболочка в норме и патологии имеют микроциркуляцию, которую можно легко проконтролировать ЛДФ.

Разрежение, воспаление окружающей ткани, а также морфологические характеристики, такие как толщина десны, в частности пародонтальные биотипы, при исследовании обладают вариабельностью микроциркуляции, что отмечается показателями ЛДФ.

Возраст пациента, а также толщина эпителия влияют на структуру сосудистой сети десны, изменяются со временем и показатели ЛДФ.

Кровоток в маргинальной десне может зависеть и от индивидуальных особенностей стоматологических реставраций или индекса накопления бляшек. Так, исследователи Vag и Fazekas изучали влияние краевого края на здоровье десен и выявили корреляцию между индексом десны и результатами ЛДФ. Аль-Вахадни и соавторы обнаружили более высокую вероятность развития

гингивита в области установки мостовидных зубных протезов, вызванную накоплением зубного налета. Субгингивальные края при некачественной реставрации могут приводить к повреждению пародонта, что вызывает воспалительную реакцию в этой зоне. Данная ситуация может сопровождаться повышением значений кровотока в соответствующих областях, отражающихся изменением показателей ЛДФ.

При наличии дефектов зубов и зубных рядов чаще всего наблюдается ответная реакция тканей пародонта в виде изменения кровенаполнения сосудистой системы тканей пародонта.

Исследования последних лет показали, что распределение нагрузки на опорные зубы при протезировании различными съемными и несъемными конструкциями зависит как от величины нагрузки, так и от состояния пародонта опорных зубов. Степень изменения состояния тканей пародонта опорных зубов является важным критерием при выборе вида протезирования.

Об изменениях микрососудов пародонта при увеличении функциональных нагрузок на опорные ткани зуба сообщается в работах Х.И. Ирсалиева (1993г.), в которых установлено, что после несъемного протезирования наблюдаются выраженные морфо-структурные нарушения в микрососудах пародонта.

Для оценки причин нарушений микроциркуляции тканей пародонта и механизмов коррекции этих нарушений нужно уделить внимание основам гистологии и физиологии микроциркуляторного русла (МЦР). Главной особенностью кровотока в терминальных артериолах, прекапиллярных сфинктерах и капиллярных венулах является его ламинарный характер. Прекапиллярный сфинктер представляет собой участок стенки терминальной артериолы непосредственно перед капилляром. В капиллярах, образованных одним слоем эпителиоцитов, происходит газообмен и другие биохимические процессы между кровью и клетками

В связи с этим объективная оценка функционального состояния системы микроциркуляции в тканях пародонта опорных зубов является важной для прогнозирования ближайших и отдаленных результатов протезирования частичных дефектов зубных рядов.

В ортопедической стоматологии немаловажное значение имеет материал, применяемый для изготовления реставраций. Наиболее распространенными является пластмасса, металлы, а также металлокерамика.

В настоящее время наблюдается тенденция использования неметаллических реставрационных материалов, которые обладают эстетичностью, биосовместимостью, естественностью, а также длительным сроком службы.

Согласно данным публикаций микроциркуляция пародонта зависит от материала реставрации. Так, пластмасса может вызывать аллергические реакции, воспаление в тканях, что ведет к изменению нормального кровотока, металлические и металлокерамические реставрации также воздействуют на состояние тканей пародонта, которое отражается показателями ЛДФ.

В настоящее время внедряется в реставрационную стоматологию диоксид циркония, стабилизированный в тетрагональной модификации ($t\text{-ZrO}_2$). Этот

материал обладает комплексом уникальных свойств: химической стабильностью, высокой стойкостью к трещинам и твердостью, низкой теплопроводностью, высокой светопрозрачностью. Согласно научным исследованиям, керамика на основе t-ZrO₂ не вызывает аллергии или признаков несовместимости в ротовой полости. Кроме того, диоксид циркония биосовместим со слизистой оболочкой и тканями полости рта. Высокая функциональная устойчивость и стойкость к коррозии, а также высокие эстетические и механические характеристики составляют преимущества данного материала. Диоксид циркония не участвует в гальванических процессах и пропускает рентгеновские лучи. Использование данного материала исключает проблему чувствительности к температуре вследствие термической изоляции и низкой теплопроводности. Этот материал не вызывает воспалительной реакции. Все эти характеристики способствуют сохранению и улучшению состояния полости рта и пародонта, что отражается хорошим микроциркуляцией крови в тканях полости рта.

Изучение микроциркуляции в пародонте с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при ортопедической реставрации диоксидом циркония является одной из задач ортопедической стоматологии.

БРУКСИЗМ. ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КАПП **Рамазанова Г.Э., Мун Т. О., Мирхусанова Р. С., Дадабаева М.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра Госпитальной ортопедической стоматологии

e-mail: mirkhusanovars19596@mail.ru

tudieva4343gmail.com

«Бруксизм» (от греч. «бругмос» — скрежетать) — стереотипные бессознательные движения нижней челюсти, сопровождающиеся сильным трением или сжатием зубов. Впервые его описали Marie и Pietkiewicz в 1907 г. в научной литературе как «la bruxomanie».

На сегодняшний день в медицине отсутствует единая точка зрения в терминологии и классификации бруксизма. Поэтому для обозначения сильного сжатия зубов, либо спазмом жевательных мышц также используются термины как «эффект Karolyi», «stridor dentium», «окклюзионный невроз», «одонтеризм», «бруксомания», «парафункция жевательных мышц».

Различают дневной и ночной бруксизм. При дневном бруксизме, в отличие от бруксизма сна, истирание твердых тканей зубов, как правило, отсутствует.

Бруксизм подразделяют на первичный, или наследственный, не связанный с какими-либо патологическими состояниями, и вторичный, обусловленный патологическими состояниями в челюстно-лицевой области или патологией со стороны неврологического статуса.

Вторичный бруксизм может быть связан с приемом лекарственных препаратов, таких как антидепрессанты или рекреационные наркотики (кокаин, экстази), а также с психомоторными расстройствами (болезнь Паркинсона,

депрессия, стресс, тревожные состояния и т.п.). К группе риска формирования вторичного бруксизма относятся лица, злоупотребляющие алкоголем, табакокурением, крепким кофе.

Немаловажную роль играет ранняя диагностика бруксизма так как все формы бруксизма сопровождаются силовыми контактами между жевательными поверхностями зубов, что может привести к их патологическому износу, абфракционным дефектам и трещинам эмали зубов.

Кроме того, окклюзионная травма является одной из основных причин патологии периодонта, рецессии десны, травматических воспалительных процессов в пульпе, патологии прикуса и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Тактику лечения бруксизма можно разделить на два основных компонента:

1. Устранение местных проявлений (межокклюзионная травма, снятие повышенного тонуса жевательной мускулатуры);

2. Устранение факторов риска и лечение основного заболевания (ЗЧА, Паркинсонизм, нейродегенеративные расстройства, стресс и т.п.).

Для устранения пара-функций жевательных мышц используется комплексная терапия, содержащая психотерапию, физиотерапию, медикаментозное и ортопедическое лечение.

Последнее, как правило, включает применение ортопедических аппаратов - капп, накладываемых на весь зубной ряд верхней или нижней челюсти. Действие этих капп направлено на нормализацию положения и движений нижней челюсти, тонуса жевательной мускулатуры и перестройку динамического стереотипа жевательных мышц, включающую угасание миостатического рефлекса и полную адаптацию к новому положению нижней челюсти.

Существующие классификации капп весьма условны. Так, В.А. Хватова (1999) подразделяла каппы на две большие группы - релаксационные, применяющиеся при преобладании мышечных нарушений, и разобщающие (стабилизирующие), используемые преимущественно при лечении внутрисуставных нарушений. В ряде случаев каппы подразделяли по материалу, из которого они были выполнены: жесткие (из базисной пластмассы), комбинированные (из жесткой и эластичной пластмасс), силиконовые и т. д.

Широкое применение капп в практической деятельности ортопедо-стоматолога обусловлено не только высокой частотой встречаемости парафункции жевательных мышц и выраженным лечебным эффектом ортопедических аппаратов, но и появлением современных и более совершенных аппаратных материалов, способных придать каппе необходимые терапевтические свойства. Все вышперечисленное, в свою очередь, указывает на актуальность дальнейшего изучения и совершенствования капп различных конструкций, применяемых при лечении парафункции жевательных мышц.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА НА ОСНОВЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА.

Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Сотиволдиева С.З.,
Акбаров К.С., Шералиев М.А.

Актуальность. Дистальный прикус, являясь распространенной аномалией, оказывает негативное влияние на психику пациента, способствуя нарушению речи, жевания и эстетики лица.

Для планирования лечения дистального прикуса применяют цефалометрическое исследование. Многообразие методик анализа телерентгенограмм и большое количество изучаемых антропометрических параметров создают определенные трудности для врачей— ортодонтотв.

Цель работы: выявить наиболее информативные цефалометрические параметры, характерные для дистального прикуса.

Материалы и методы исследования: в поликлинике Ортодонтии ТГСИ обследованы 42 пациента с дистальной окклюзией в возрасте от 12 до 18 лет, с 2016 по 2020 гг. Из них 21 пациент с тенденцией к вертикальному (1 группа) и 21 пациент к горизонтальному (2 группа) типу роста.

Проведены антропометрические, фотометрические и рентгеноцефалометрические методы, их обсуждение и анализ.

Диагностику пациентов с дистальным прикусом с учетом компонента роста челюстей проводили по методу Kim.

Результаты исследования. При определении параметров ODI по Kim (в норме $74,5 \pm 6,07$) у пациентов с дистальным прикусом, у 21го пациента данный показатель варьировал в пределах $71,2 \pm 1,04$ (скелетный паттерн с высоким углом), что свидетельствует о тенденции к открытому прикусу. А у второй группы обследованных пациентов данный показатель в среднем составлял $77,2 \pm 0,4$ (скелетный паттерн с низким углом) и определял тенденцию к глубокому прикусу.

Исходя из цефалометрических показателей пациентов первой группы, для стимуляции роста и перемещения нижней челюсти вперёд составлен план ортодонтического лечения с уплощением окклюзионной плоскости, её ротацией против часовой стрелки, путем интрузии задних нижних жевательных зубов и поддержания вертикального контроля в области боковых и фронтальных зубов.

Пациентам II группы, согласно полученным цефалометрическим показателям, требуется ротация окклюзионной плоскости по часовой стрелке с целью получения достаточного вертикального показателя. Но, в свою очередь, увеличение зубоальвеолярной высоты приводит к перемещению нижней челюсти назад и вниз, что ухудшает картину переднезаднего соотношения зубных рядов и челюстных костей.

Выводы: Таким образом, оценка тенденций изменения параметров челюстного комплекса у лиц с дистальным прикусом в процессе роста лицевого скелета позволяет спрогнозировать результат лечения гнатических форм дистальной окклюзии зубных рядов. Горизонтальный вектор роста челюстно-лицевого комплекса является прогностически благоприятным, а вертикальный

вектор прогностически неблагоприятным фактором исхода лечения пациентов с дистальным соотношением зубных дуг.

Возможность воздействия на степень дивергентности челюстных костей позволяет изменить преимущественный вектор роста челюстного комплекса с вертикального на горизонтальный и наоборот.

Учитывая, что имеется корреляционная взаимосвязь между вертикальными и горизонтальными показателями, можно предопределить вероятность усугубления или возможность саморегуляции проблем у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

ҚОЗИҚ ТИШЛАР ДИСТОПИЯСИНИНГ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

**Рахимбердиева М.Ш., Шаамухамедова Ф.А., Мавлянова М.А.,
Давранова Л.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Долзарблиги. Дистопия- бу козик тишнинг вестибуляр жой олиши (Хорошилкина Ф.Я., Калвелис Д.А., Курляндский А.Е., Персин Л.С.). Қозик тишларнинг вестибуляр жой олишига жағ суякларининг кам ривожланганлиги, тиш муртагининг нотуғри жойлашгани хамда ён тишларнинг мезил томонга сурилиши оқибатида тиш ёйининг олд томонини торайиб қолиши сабаб бўлади (Нигматов Р.Н., Шаамухамедова Ф.А., Нигматова И.М., 2021). Айрим тишларнинг дистопияси барча тиш-жағ аномалияларнинг 45-63% ини ташкил қилади. Кўпинча қозик тишларнинг дистопияси 33% холда учрайди. Ушбу аномалия олд тишлар йирик бўлганида (макродентия), сонидан ортик (гипердентия) тишлар бўлганида хам кузатилади.

Мақсад: Юқори қозик тишлар дистопиясининг даволаш усулларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот ўтказиш учун ТДСИ Ортодонтия ва тиш протезлаш кафедрасига Мирзо Улугбек тумани 64, 145, 50 мактаблардаги 180 нафар ўқувчилардан (71 таси угил бола 109 таси киз бола) 11-13 ёшли 9 (5%) нафариди юқори қозик тиш дистопияси бўлган болалар таклиф қилинди ва беморларга клиник, антропометрик, рентгенологик, статистик усуллар қўлланилди

Натижалар. Назоратда бўлган беморларда антропометрик варақалар тахлил қилинди. Унда Пон, Коркхаус, Тонн услублари қўлланди. Ушбу ташхис билан даволанаётган беморларнинг 3 нафарига репозиция усули билан даволаш режалаштирилди, қолган 6 нафар болаларга ўсиш даврини хисобга олган хамда аномалия даражасини ўрганган холда керакли ечиладиган ва ечилмайдиган ортодонтик мосламалар билан даволанди. Даволангандан сўнг рецидивни олдини олиш мақсадида ретенцион мосламалар (ретенер, трейнер, элайнер) қўлланди.

Хулоса. Юқори қозик тишлар дистопиясини репозиция усули билан даволаш 3 (1,66%) нафар беморда яхши натижа берди. Даволаш эффективлиги 79,5% ташкил қилди. Қолган беморларда олиб қўйилмайдиган (винтли сагиттал ва секторал бўлакли пластинкалар, вестибуляр ёйли, кўшимча илмоқли) мосламалар билан даволанди. Олиб қўйилмайдиган аппаратлардан (брекет

тизими, Дерихсвайлер, Норд) мосламалари ишлатилди. Ушбу беморларда ретенцион давр сакланди, керакли маслахатлар берилди ва гигиеник талаблар ўргатилиб улар назоратга олиб турилди.

ВЛИЯНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И БЕЗМЕТАЛЛИЧЕСКИХ КАРКАСОВ ИСКУССТВЕННЫХ КРОНОК НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА

Рашидов Р.А., Саид Камил К., Пардаев Д.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
rashidov.rustam@gmail.com*

В настоящее время отсутствие зубов является актуальной проблемой для всего человечества. Адентия составляет 15% всей патологии зубочелюстной системы. Наиболее часто пациенты теряют жевательные зубы, главным образом, первые моляры.

Сегодня широко распространено использование дентальных имплантатов для реабилитации пациентов с частичной или полной потерей зубов. Актуальность объясняется тем, что протезирование с опорой на имплантатах обеспечивает наиболее полноценное в сравнении с другими видами ортопедического лечения восстановления жевательной эффективности зубочелюстной системы, речевой функции и высокой эстетики. Этап конструирования и изготовления зубных протезов имеет особое значение в обеспечении долгосрочной эффективности протезирования на дентальных имплантатах.

Состояние десны у искусственных коронок, опирающихся на внутрикостные имплантаты, имеют большое значение в отдаленные сроки их функционирования. Воспаление в тканях десны распространяется вглубь пародонта или периимплантатных тканей, вызывая их деструкцию и расшатывание имплантата. Рецессия десны резко снижает эстетику протезирования, обнажая край коронки или имплантата.

Активное внедрение новых технологий и конструкционных материалов для изготовления несъемных протезов обуславливает необходимость целенаправленных сравнительных исследований CAD/CAM-фрезерованных и литых каркасов металлокерамических протезов, а также керамических коронок, изготовленных методом прессования, и на каркасах из оксида циркония.

Однако, таких исследований недостаточно, они включают небольшой клинический опыт в части эффективности керамических коронок, особенно на имплантатах; сведения о биосовместимости, прецизионности металлокерамических и безметалловых керамических коронок разрознены. Необходимость таких исследований обусловлена также нарастанием токсико-аллергических реакций тканей полости рта на распространенные конструкционные материалы несъемных протезов.

Наша цель от проведения исследование изучать повышение эффективности несъемного протезирования путем экспериментально-клинического обоснования преимуществ безметалловых керамических коронок на зубах и имплантатах.

Для этого использован ряд методов исследования как клинические, микробиологические, методы определения гигиенического состояния после протезирования, статическая обработка данных

В результате исследования сопоставлены индексные показатели состояния пародонта, количества десневой жидкости, микроциркуляции, содержания пародонтопатогенов в десневой борозде, качество искусственных коронок из разных материалов в зависимости от исходного состояния пародонта и соблюдения сроков профессиональной гигиены.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Рузиева С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Протезирование зубов полным съёмным зубным протезом показано при отсутствии зубов. Конструкция восстанавливает челюсть целиком, возвращая своему обладателю способность улыбаться и принимать пищу.

Протезирование полными съёмными протезами является одним из самых бюджетных вариантов восстановления зубного ряда. Протезы из акриловой пластмассы эстетичны - цвет искусственной десны подбирается индивидуально.

Несомненным преимуществом акрилового протеза является простой ремонт в случае поломки. Наиболее частой причиной раскола конструкции является падение на кафель в ванной комнате - зубные протезы требуют бережной эксплуатации и хранения. Нагрузка на челюсть при ношении акриловых протезов распределяется равномерно.

Тем не менее, у акриловых зубных протезов есть недостатки. Полный протез закрывает небо, что не позволяет пациенту полноценно чувствовать вкус пищи. Нередко такие протезы провоцируют рвотный рефлекс и нарушения дикции, что доставляет неудобства в процессе адаптации.

Акрил может спровоцировать аллергическую реакцию, что сужает область применения. При выборе данного варианта протезирования рекомендуем проконсультироваться с аллергологом.

При ношении протеза из акрила придется отказаться от твердой пищи, а курильщикам необходимо расстаться с вредной привычкой. Материал впитывает запахи, вывести которые непросто.

Протез требует тщательной гигиены. Пористая структура акрила быстро загрязняется. Несомненным плюсом полных съёмных зубных протезов является цена. Стоимость этих изделий существенно ниже, чем при протезировании на имплантах.

Кроме того, съёмные протезы зубов практически не имеют противопоказаний, за исключением аллергической реакции. Конструкции универсальны, и подходят практически всем пациентам.

К недостаткам относится постепенная убыль костной ткани под протезом. К сожалению, этот процесс невозможно остановить из-за нагрузки на челюсть. Безусловно, минусом зубных протезов являются неудобства, с которыми

сталкиваются пациенты при их эксплуатации: ограничения в питании, застревание пищи, проблемы с дикцией.

Цель исследования: Изучение конструкций съемных протезов и особенности окклюзионных взаимоотношений с учетом современного уровня развития гнатологии.

1. Проанализировать результаты протезирования пациентов с полным отсутствием зубов по традиционным методикам в стоматологических поликлиниках.

2. Провести сравнительную клинико-лабораторную оценку способов конструирования зубных рядов традиционным методом (по стеклу в окклюдаторе) и по калотте с применением современного артикулятора «HANAU».

3. Разработать принципиальный алгоритм конструирования протезов с использованием наиболее постоянных анатомических ориентиров беззубых челюстей в сочетании с объемным моделированием и мониторингом окклюзионно-артикуляционных взаимодействий.

4. На основании полученных результатов предложить практические рекомендации по ортопедическому лечению больных с беззубыми челюстями

Выводы: Использование полным съемным зубным протезом в адекватных условиях нагрузки может обеспечить долговременную клиническую эффективность. Как показали клинические исследования, у съемных зубных протезов нет серьезных недостатков, по прочности, так и по влиянию на десну. Протезироваться необходимо, а вовремя протезироваться еще и очень важно. Этим Вы не создадите больших проблем своему здоровью, своему кошельку и своему стоматологу.

Современная ортопедическая стоматология указывает на необходимость протезирования при наличии условий (показаний), которые позволяют восстановить жевательную функцию и внешний вид зубного ряда с максимальной эффективностью.

ТИШ ҚАТОРЛАРИ ДЕФОРМАЦИЯСИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ ЖАРАЁНИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ГИГИЕНИК ҲОЛАТИ

Саидов А.А., Алиев Ҳ.Р.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

akbar_saidov_1980@mail.ru

Тиш-жағ ва тишлов деформациялари болалар орасида стоматологик касалликлар тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради. Уларни ташхислаш ва даволаш ортодонтиядаги долзарб вазифалардан бири саналади, модомики улар чайнаш функцияларига таъсир қилиб, нутқ бузилишлари, эстетик нуқсонларга олиб келади ва инсон салоҳиятини намоён қилишни чекланишига олиб келиб, ҳаёт сифатини сезиларли равишда пасайтиради.

Тиш қаторлари деформацияси бўлган болаларда ортодонтик даволашни бошлашдан олдин кенг қамровли клиник текширувлар ўтказилди. Тиш қаторлари деформацияси пайдо бўлиш хавфи бўлган болаларни ўрганиш ва

аниқлаш учун биз томондан 2018-2021 йиллар мобайнида Бухоро вилоят стоматология поликлиникасида амбулатор даволанишда бўлган ва Бухоро давлат тиббиёт институтига қарашли стоматология ўқув-илмий-амалий марказига мурожаат қилган тишлов турли аномалиялари бўлган 202 нафар болалардан 45 нафари асосий гуруҳимизга олинди.

Клиник текширувлар умумий қоидаларга асосан стандарт стоматологик жихозлар тўплами ёрдамида олиб борилди: сўров, кўрик, оғиз бўшлиғи шиллик қавати, тиш ва тиш қаторлари, пародонт тўқималари, чайнов мушаклари, чакка-пастки жағ бўғими текшируви. Сўровда беморларнинг ёши, ҳаёт тарзи, овқатланиш хусусияти тўғрисидаги умумий маълумотлардан ташқари, ирсий ва мавжуд умумий соматик касалликлари, тиш – жағ соҳаси жароҳатлари, зарарли одатлари, тишларнинг чиқиш муддати ва алмашилиши ҳақидаги маълумотлар инобатга олинди. Сут тишларининг муддатидан олдин йўқотилиши ва тишларнинг олинган вақти ҳамда унинг сабаблари аниқланди. Юмшоқ тўқималарни кўриқдан ўтказишда лаб қизил хошияси, тил, лаб, лунж шиллик қаватлари, милк сўрғичи, пародонтнинг маргинал қисми, оғиз даҳлизи чуқурлиги, тил ва лаб юганчалари бирикиши, лунж бурмалари, танглай муртаги ҳолати ва ўлчамига этибор қаратилди. Оғиз очилиши ва ёпилишида пастки жағнинг бир меёрдаги ҳаракати, бўғим бошчасининг ҳаракати ва бўғим чуқурчасидаги жойлашуви баҳоланди. Сагиттал, вертикал ва трансверзал йўналишларда тиш қаторлари жипслашув хусусияти баҳоланди. Функционал ташхислаш жараёнида динамик синовлар ўтказилди (нафас олиш, нутқ, ютиниш). Кўрсатмага мувофиқ Эшлер-Битнер, Ильино-Маркосяннинг клиник функционал синамалари ўтказилди.

Клиник текширувдан сўнг болаларга ортодонтик аппаратлар тайёрланди ва ўрнатилди, гигиеник машғулотлар ўтказилди, ортодонтик аппаратларни парвариш қилиш бўйича тавсиялар берилди. Ортодонтик даволаш ташхисга мувофиқ равишда олинган механик-фаол аппаратлар ва аралаш таъсир қилувчи аппаратлар ёрдамида амалга оширилди. Асосий гуруҳдаги болалар бу аппаратлардан кундузи, миофункционал трейнерлар (LM -активатор)дан кечаси фойдаланишди.

Тиш қаторлари деформацияси бўлган болалар ортодонтик даволаш режалаштирилган болаларда дастлабки гигиена ҳолати "қониқарсиз" ҳолатга мос келганлигини кўрсатади ва миқдорий ва сифат жиҳатидан статистик сезиларли фарқ аниқланмади. Тиш қаторлари деформацияси бўлган болаларда парадонт тўқималарда РМА (папилла-маргина-альвеоляр) индексининг қиймати ва Шиллер-Писаревнинг синамаси бўйича яллиғланиш ўзгариши деярли соғлом гуруҳнинг тегишли маълумотлари билан янада аниқ ва ишончли фарқланади. Асосий гуруҳдаги болаларда қон кетиш белгилари 65% ҳолларда 29 кишида кузатилди. Асосий гуруҳда тиш тошлари 73,3% ва назорат гуруҳида – 46,6% да аниқланди. Назорат гуруҳида милк ости тиш тошлари 8 нафар болаларда аниқланди, бу 53,3% ни ташкил эди. Асосий гуруҳнинг болалари ҳам СРІТN индексига кўра, гигиеник кўникмаларни ўрганишни, мотивацияни, "профессионал" тишларни тозалашни назорат қилишни ўз ичига оладиган профессионал оғиз гигиенасини ўтказишга муҳтож эдилар. СРІТN индексига

кўра асосий гуруҳда ушбу тадбирларга бўлган эҳтиёж 82,2%, назорат гуруҳида - 60% ни ташкил этди. Ортодонтик даволаниш жараёнида баҳолаш мезонлари сифатида пародонтал тўқималарнинг ҳолатини акс эттирувчи гигиеник индекслардаги ўзгаришлар динамикаси аниқланди.

Барча беморларда гигиена индекслари ва пародонтал индексларнинг ошиши тенденциясини кўрсатади. Гингивитнинг белгилари РМА ва Шиллер-Писаревнинг пародонтал синамаси кўрсаткичларининг ортиши билан назорат гуруҳи ва асосий гуруҳ маълумотларига нисбатан ишончли ($P < 0,01$) даражада ташхисланди. Асосий гуруҳ ва соғлом гуруҳ болаларида Шиллер-Писарев синамасининг кўрсаткичларида сезиларли фарқ кузатилмади. Асосий гуруҳдаги болаларда милклар қонашининг аломати 24,4% ҳолларда аниқланди. Милк усти тиш тошлари асосий гуруҳда 15,5% болаларда аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда барча гуруҳлардаги болаларда оғиз бўшлиғининг профессионал гигиенаси амалга оширилди: “Тушунарли стоматология” дастуридан фойдаланган ҳолда мотивация пайдо қилиш, оғиз бўшлиғининг индивидуал гигиенасини ўргатиш, тиш тошларини инструментал олиб ташлаш билан тишларни профессионал тозалаш, гигиена воситалари ва усулларини танлаш. Тақдим этилган маълумотлар ортодонтик аппаратлар ёрдамида фаол даволашни бошлашдан олдин ва даволаш жараёнларида профилактик чоратадбирлар ўтказиш зарурлигини оқлади.

ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ АНОМАЛИЯЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ СУЮҚЛИГИНИНГ АЙРИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Саидов А.А., Музаффаров Б.Ю.

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон
akbar_saidov_1980@mail.ru*

Сўнгги йиллар давомида тиш-жағ тизими аномалиялари ва деформацияларининг замонавий ташхислаш усуллари тадбиқ этилганлигига қарамадан афсуски тарқалиш кўрсаткичи ҳар йили ўсиб бориши кузатилмоқда. Стоматологик касалликлар орасида тиш-жағ аномалиялари учраши ва тарқалганлиги бўйича тишлар кариеси ва пародонт касалликларидан кейин учинчи ўринни эгаллаб турибди. Болалар ва ўсмирлар стоматологик ва соматик саломатлиги орасидаги ўзаро боғлиқлик муаммоси изланувчилар эътиборини ўзига қаратган ҳолда долзарб бўлиб қолмоқда.

Бемор болалар текшируви сўров, кўрик, тиш қаттиқ тўқималари ҳолатини баҳолашдан иборат бўлди, тиш қаторлари аномалиялари ва деформациялари бор ёки йўқлиги аниқланди. Анамнез тўпланиши давомида шикоятлар, чакка-пастки жағ бўғими соҳасида оғриқлар ёки шовқинлар дастлаб қачон бошлангани, қанчалик кўп юзага келиши, даволаш чоралари кўрилгани, улар самаралилиги аниқлаштирилди.

Бухоро шаҳрида тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган 6 ёшдан 15 ёшгача бўлган 45 нафар беморларда рентгенологик тадқиқот амалга оширилди. Иш жараёни давомида тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болалар ва деярли

соғлом болалар оғиз бўшлиғи суюқлигида куйидагилар баҳоланди: малон диальдегид миқдори (МДМ), каталаза, эластаза, уреаза, лизоцим фаоллиги.

Материалнинг статистик ишлови Statistica 6.0. амалий дастурлари пакетини қўллаган ҳолда амалга оширилди. Миқдорий кўрсаткичлар Стъудент t-мезони ёрдамида меъёрий тақсимлашга мувофиқ текширилди. Меъёрга яқинлаштирилган тақсимланган термаларни қиёслаш учун Стъудент мезони қўлланилди.

Ишнинг бошланишига тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болалар катта гуруҳларининг кенг клиник тадқиқоти хизмат қилди, бу тадқиқот куйидаги аниқ қонуниятларни аниқлаш имконини берди. Тадқиқотнинг лаборатор услубларини қўллаб туриб, биз тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болалар оғиз бўшлиғида гомеостаз ҳолати ва носпецифик резистентлик даражасини тавсифловчи биокимёвий кўрсаткичларини ўргандик.

Шу тариқа, тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болалар оғиз бўшлиғи суюқлигида каталаза фаоллиги пасайиши ва МДА юқори миқдори антиоксидант тизимининг резерв имкониятлари бузилиши ва оғиз бўшлиғида липидлар пероксидли оксидланиш жараёнларининг интенсификациясига гувоҳлик қилди. Тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болаларда оғиз бўшлиғи суюқлигида лизоцим миқдори жиддий пасайиши ва бир вақтнинг ўзида уреаза фаоллигининг деярли соғлом болалар маълумотларига нисбатан ошиб кетиши қайд этилди. Бу вазият тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болаларнинг оғиз бўшлиғи суюқлигида антибактериал ҳимоя даражаси пасайганидан ва натижада оғиз бўшлиғида патоген ва шартли-патоген микрофлора учун қулай муҳит ҳосил бўлишидан далолат беради.

Клиник-лаборатор тадқиқот бўйича олинган натижалар тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болаларни даволаш билан бир қаторда, мақсадга мувофиқ профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш заруриятини тақозо қилади.

Шу тариқа, тиш-жағ тизими аномалиялари бўлган болаларда прооксидант-антиоксидант тизими дисбаланси; каталаза фаоллиги сусайиши ва малон диальдегиди миқдори ошиши, антимикроб ҳимоя пасайиши ҳамда патоген ва шартли-патоген микрофлора билан зарарланиш даражаси ошиши кузатилди.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ ЭХООСТЕОМЕТРИИ

Сафаров М.Т., Алимова У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Успех ортопедического лечения больных с малыми дефектами зубных рядов фиксированных на дентальных имплантатах во многом обеспечивается правильным определением показаний к ее проведению и выбором оптимальной конструкции имплантата. Наиболее распространенной на сегодняшний день является методика внутрикостной имплантации.

Клинический успех ортопедического лечения пациентов с применением дентальных имплантатов возможен лишь при условии эффективной реабилитации окружающих тканевых структур, и зависит, в частности, от

морфофункционального состояния и реактивных свойств опорных мягких тканей.

Цель исследования: изучение процесса остеоинтеграции в области винтовых имплантатов на основе изучения плотности костных тканей. Для решения данной проблемы нами была использована современная методика исследования эхоплотности костной ткани методом ультразвуковой остеометрии (ЭОМ) с помощью Эхоостеометра «ЭОМ-02» (Россия). Обследование проведено на 20 пациентах с частичными включенными и концевыми дефектами зубных рядов, из них 10 (50%) мужчин и 10 (50%) женщин в возрасте от 21 до 60 лет. В последствии обследованным пациентам в области дефектов было установлено 26 внутрикостных имплантатов системы «Mega'gen implant». Из них 20 имплантатов были установлены 16 пациентам с концевыми дефектами, а 6 имплантатов – пациентам с малыми включенными дефектами зубных рядов. На этапе протезирования на имплантатах были зафиксированы одиночные коронки, несъемные мостовидные металлокерамические протезные конструкции.

Предварительные результаты остеометрии в области винтовых имплантов системы «Dentium» показали хорошие результаты процессов остеоинтеграции в том случае, когда, зубное протезирование проводилось по схеме ранней функциональной нагрузки на имплантат. Результаты эхо плотности кости в области винтовых имплантатов подтверждают необходимость и правильность применения дентальных имплантатов в случаях:

- а) малых дефектов зубных рядов
- б) щадящей методики удаления зуба (без повреждения кортикальной пластинки альвеолярного гребня)
- в) при наличии у пациентов двухстороннего типа жевания (при отсутствии травматической окклюзии в области дентальных имплантатов)

Наше исследование эхо плотности кости в области дентальных имплантатов подтверждают рентгенологические исследования, проведенные параллельно, как дополнительный метод диагностики. Собственными результатами наших исследований являются сроки завершения процессов остеоинтеграции после протезирования мостовидными протезами, фиксированных на дентальных имплантатах.

Таким образом, направление результатов наших исследований демонстрируют тесную связь процессов остеоинтеграции с рациональным ортопедическим лечением, а именно протезирования с ранними функциональными нагрузками на дентальные имплантаты.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ФИКСИРОВАННЫХ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ.

Сафаров М.Т., Арипова Н., Алимова У.

Для достоверной функциональной оценки ортопедического лечения больных с применением дентальных имплантатов изучается состояние

жевательной мускулатуры человека. Для изучения функционального состояния мышечного аппарата зубочелюстной системы широко применяется методика электромиографии. В процессе адаптации к зубным протезам укорачивается время жевательного цикла за счёт уменьшения количества жевательных движений и времени одного жевательного акта. В связи с этим, изучение функционального состояния жевательных мышц у больных пользующихся мостовидными протезами, фиксированных на дентальных имплантатах достоверно констатирует процесс адаптации пациента к подобному сложному ортопедическому восстановлению дефектов зубных рядов.

Цель исследования. Изучить функциональную эффективность мостовидного протезирования с применением дентальных имплантатов методом электромиографии.

Материалы и методы исследования. Электромиографические исследования проводились нами в области собственно-жевательных и височных мышц на аппарате «Нейротех» (Россия) при покое и максимальной сжатии мышц. Программную систему «Нейротех» использовали на IBM-совместимом компьютере PC/AT 486 в среде Windows 95.

Все больные были разделены на 2 группы. I- группу составили 12 больных с односторонними и двухсторонними концевыми дефектами зубных рядов, и II-группу составили 14 больных, которым были установлены мостовидные протезы с дистальной опорой на дентальные имплантаты.

Сравнивая функциональную активность височных и собственно жевательных мышц до ортопедического лечения у больных первой группы, мы определили следующую закономерность. На интактной стороне БЭА собственно жевательных мышц была в 1,5 раза выше, а височных мышц – в 2,3 раза выше, чем на стороне дефекта.

Электрофизиологические показатели мышечной активности у пациентов с двухсторонними концевыми дефектами колебались довольно в широких пределах и зависели от типа жевания. Следует отметить, что у 80% пациентов данной группы был выявлен преимущественно односторонний, а именно, правосторонний тип жевания, а у 20% больных – равномерный двухсторонний.

При одностороннем типе жевания средние значения БЭА на рабочей стороне были в 1,8 раза выше для собственно жевательных мышц и в 2,1 раза - для височных мышц. У пациентов с равномерным типом жевания примерно одинаковой справа и слева. Электромиографические исследования во II-группе больных, выявили следующую динамику биоэлектрической активности жевательных мышц.

При сжатии челюстей максимальная амплитуда БЭА составляла в *m. masseter* здоровой стороны 440 ± 120 мкВ; *m. masseter* на стороне адентии- 180 ± 70 мкВ и *m. temporalis* 392 ± 110 мкВ; *m. temporalis* здоровой стороны- 728 ± 191 мкВ. Коэффициент координации для собственно жевательных мышц при жевании в среднем составил $2,4 \pm 0,13$, для височных мышц $0,5 \pm 0,13$; в покое для собственно жевательных мышц $0,4 \pm 0,13$, для височных $2,1 \pm 0,13$, что свидетельствовало о дискоординации в работе жевательных мышц. Через 3 месяца после проведенной имплантации с ранней функциональной нагрузкой

на имплантат наблюдалось некоторое снижение БЭА мышц в состоянии покоя. В среднем для собственно жевательных мышц разница составила 20% (*m. masseter* здоровая сторона составляет 280 ± 81 мкВ, *m. masseter* на стороне адентии – в области введенного имплантата – $190 \pm 5,0$ мкВ).

Коэффициент координации для собственно жевательных мышц при сжатии составил $1,2 \pm 0,08$; для височных мышц $1,07 \pm 0,06$. Коэффициент координации для *m. masseter* в покое $0,72 \pm 0,05$; для *m. temporalis* $0,5 \pm 0,03$. Это произошло за счет изменений БЭА собственно жевательных и височных мышц, что свидетельствует о выравнивании координационных соотношений работы жевательных мышц.

Таким образом, полученные данные электромиографических исследований подтвердили восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении мостовидными протезами больных с различными дефектами зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. Результаты данного исследования являются объективным свидетельством перестройки рефлекторных механизмов мышечного аппарата в различные сроки наблюдений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЧНОСТИ ДИОКСИДЦИРКОНИЕВОЙ КЕРАМИКИ ПРИ ЭКСПРЕСС РЕЖИМАХ СИНТЕРИЗАЦИИ

Сахабиева Д.А., Деев М.С., Русанов Ф.С.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов

ФГБУ НМИЦ ЦНИИСиЧЛХ

djamilundel@ya.ru

Введение. Зубные протезы из керамики на основе диоксида циркония в 21 веке стали наиболее популярны, из-за высокой прочности, биосовместимости и эстетичности. Для изготовления керамических коронок из диоксида циркония используются САD-САМ-технологии и многочасовой высокотемпературный обжиг. В последние годы появились сведения о возможности скоростного (до 1 часа) и высокоскоростного (до 30 минут) спекания диоксида циркония. Однако, результаты научных исследований по изучению свойств диоксид циркониевой керамики после такого обжига противоречивы. Sokic S. с соавторами, (2020) установили снижение прочности, другие авторы (Luz J. и др., 2021) это отрицают, предлагая использовать коронки из диоксида циркония по технологии *chairside*, обжигая их непосредственно у кресла пациента в специальных печах. В Санкт-Петербурге (Россия) налажен выпуск керамических заготовок полупрозрачного диоксида циркония, который широко используется по традиционной технологии спекания не менее 500 минут.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния различных режимов экспресс обжига на прочностные характеристики образцов керамики из полупрозрачного диоксида циркония *Ziceram T*.

Материалы и методы. В лаборатории материаловедения ФГБУ НМИЦ ЦНИИСиЧЛХ проведены испытания прочности при 3х точечном изгибе на разрывной машине *zwick roell 10* групп образцов ($n=6$) из полупрозрачной

диоксидциркониевой керамики Ziceram T цвет А2, (фирма Циркон Керамика, г. Санкт Петербург). Образцы обжигали: по 3 скоростным (менее 1 часа), 3 высокоскоростным (менее 30 минут) и по 4 многоступенчатым режимам с вакуумом в печи CS6. Контролем служили: прочность образцов, обожженных по инструкции (500 минут) и требования, к материалу для керамических коронок класс 4а по стандарту ISO 6872-2015 (300МПа).

Результаты. Ускоренные режимы спекания образцов стоматологической керамики на основе диоксида циркония Ziceram T приводят к статистически недостоверному снижению прочности на изгиб до 22%. Отсутствует статистически достоверная разница между образцами, спеченными при скоростных и высокоскоростных режимах обжига. При ускоренных многоступенчатых режимах обжига с вакуумом в печи CS6 отмечено статистически недостоверное повышение прочности образцов в сравнении с высокоскоростными и скоростными режимами спекания. Ускоренные режимы обжига керамики Ziceram T гарантируют двукратное превышение минимальной прочности при изгибе, необходимой для изготовления зубных коронок в области моляров. Их можно рекомендовать для клинических испытаний.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Саьдуллаева Ш.Л., Назаров З.З., Назарова Ш.Х., Атакулова Н.А., Асадова Г.М., Омонов Р.А.

Аннотация. У пациентов при дефектах зубных рядов дентальная имплантация остается перспективным и распространенным методом лечения, в результате которого эффективно корректируются функции зубочелюстной системы и эстетические недостатки лица.

Цель исследования. Оценить перспективность применения методики направленной тканевой регенерации богатой тромбоцитами плазмы у пациентов с частичной вторичной адентией.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целями исследования обследованы 50 пациентов с диагнозом «Частичная вторичная адентия верхней челюсти». Все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа - основная группа, 25 пациентов в возрасте от 21-36 лет с дефицитом костной ткани по данным рентгенологических методов исследований с использованием метода направленной костной регенерации на основе богатой тромбоцитами плазмы, 2 – сравнительная группа, 25 пациентов в возрасте от 25-45 лет с дефицитом костной ткани по данным рентгенологических методов исследований с использованием метода направленной костной регенерации традиционным методом. Методы исследования: клинические, рентгенологические и статистические методы.

Результаты исследований. По данным компьютерной томографии, выполненной на этапе предоперационного обследования, выявлено наличие у всех пациентов основной группы выраженной атрофии кости (от 2,2 до 3,6 мм)

при достаточной ее высоте (от 11,0 до 15 мм). По данным компьютерной томографии у всех пациентов определена денситометрическая плотность костной ткани до операции. В таблице 1 приведены средние арифметические значения показателя плотности костной ткани в зависимости от пола пациента и локализации области операции. Через 6 месяцев после выполнения метода направленной костной регенерации всем пациентам основной группы выполнялась компьютерная томография, по данным которой анализировались изменения линейных размеров альвеолярного отростка верхней челюсти и денситометрической плотности костной ткани. Остеоинтеграция имплантатов через 1 год после установки составила 100%. Сроки окончания хирургического лечения в основной группе и начало протезирования: $12 \pm 0,5$ месяцев.

Выводы: Сравнительный анализ данных компьютерной томографии свидетельствует о том, что плотность костной ткани через 6 месяцев после выполнения методики направленной костной регенерации с применением богатого тромбоцитами плазмы увеличивалась в среднем на 22,7% у женщин и на 21,4% у мужчин. После выполнения методики НКР традиционным методом плотность костной ткани уменьшалась на верхней челюсти в среднем на 3,8% у женщин и 2,4% у мужчин.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ С ЭЛАСТОМЕРОМ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ

Солижонов Б., Артиков Ш

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация. Современные эпидемиологические исследования базируются на подсчете индекса КПУ (где К – количество кариозных зубов, П – пломбированных зубов, У – удаленных зубов), что дает основание считать процент нуждающихся в полном съемном протезе на нижней челюсти несколько выше за счет лиц с полным отсутствием зубов на нижней челюсти и сохранившимися зубами на верхней челюсти.

Цель исследования. Повышение эффективности ортопедического лечения вторичной частичной адентии полными съемными протезами.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены результаты обследования 70 пациентов (36 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст $60 \pm 5,5$ лет) обратившихся в период с сентября 2020 по май 2022 г. за стоматологической помощью в ортопедическое отделение Ташкентского Государственного Стоматологического Института. Важным условием включения пациента в группу исследования было отсутствие перебазировок и починок имеющегося полного съемного протеза. Более половины обследованных в данной группе составили женщины – 26 чел. (61%), и лишь 17 чел. – мужчины (39%). Средний возраст – $68 \pm 6,7$ лет. В данной группе пациентов ранее пользовались полным съемным протезом на нижней челюсти 20 человек (47%), частичным съемным протезом 17 человек (40%), не

пользовались ранее съемными протезами любых конструкций на нижней челюсти – 6 лиц (13%).

Результаты исследований. В день наложения протеза жевательная эффективность составила $17,7 \pm 0,7$ %. Через 3 месяца пользования протезом жевательная эффективность составила $34,9 \pm 1,2$ % в 3 месяца. Через 6 месяцев жевательная эффективность составила $45,07 \pm 1$ %. Через один год пользования полным съемным протезом эффективность жевания определена в $50,67 \pm 1,07$ %. Через 2 года после изготовления и наложения протеза жевательная эффективность достигает своего максимального значения в нашем исследовании – $52,75 \pm 1,3$ %. Оценка качества фиксации полных съемных протезов, проведенная с помощью разработанного способа оценки качества фиксации полных съемных протезов нижней челюсти, выявила следующие результаты. Среди обследованных нами пациентов в день наложения протеза проба оценивалась как положительная у 95,1% обследованных. Через три месяца проба положительна у 96,5% пациентов. Через 6 месяцев после наложения протеза проба оценивалась как положительная у 97,9% пациентов. Через 1 год пользования протезами протез удерживался на альвеолярной части нижней челюсти у 99,3% обследованных пациентов. После 2 лет с момента наложения протеза отмечается незначительное снижение исследуемого показателя: проба положительна у 95,8% пациентов.

Выводы: Положительное качество фиксации полных съемных протезов на нижней челюсти в день наложения протеза определяется у 95,1% пациентов, через год после наложения протеза – у 99,3% пациентов. Через 2 года после наложения протеза положительная фиксация установлена у 95,8% пациентов.

РЕСТАВРАЦИЯ КУЛЬТЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Сташкевич А.Р., Борунов А.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Stashkevich.a.r@gmail.com

ortopedstom@bsmu.by

Проблема ортопедического лечения обширных и полных дефектов коронковой части зуба является актуальной вследствие ее распространенности, существующих недостатков известных методов протезирования и их недостаточной эффективности. Сохранение зубов с дефектами коронковой части и их ортопедическое лечение позволяет предупредить возникновение дефектов и деформаций зубных рядов, сохранить естественный механизм передачи жевательного давления, восстановить анатомическую форму и функцию разрушенного зуба.

Полный или обширный дефект коронки зуба и связанная с этим утрата механической прочности обуславливает необходимость использования штифтовой конструкции. В настоящее время все применяемые штифтовые конструкции можно разделить на две большие группы: стандартные и индивидуализированные.

К стандартным будут относиться стекловолоконные и анкерные штифты.

К индивидуализированным – культевые штифтовые вкладки.

Рассмотрим каждый вид подробнее, анкерные штифты представляют собой стержень из металла, он устанавливается в канал зуба, создавая каркас для предполагаемой работы. Плюсами данной конструкции является скорость, низкая стоимость в сравнении с индивидуализированными штифтами. К основным недостаткам стоит отнести возможное появление аллергии на сплав, из которого изготовлен штифт, высокая вероятность вторичного кариеса, высокая вероятность облома реставрации либо части корня ввиду повышенного напряжения в зоне установки штифта.

Стекловолоконный штифт представляет собой стержень, сделанный из высококачественного стекловолокна, просвет между штифтом и стенками корневого канала заполняется композитом с использованием адгезивного протокола. После установки в корневой канал он создает каркас для культы зуба. К плюсам данной конструкции относится: биологическая инертность, гипоаллергенность, модуль упругости схож с модулем упругости дентина, позволяют достигнуть хорошего эстетического результата при протезировании безметалловыми конструкциями за счет своей прозрачности, скорость установки (устанавливается в одно посещение). Основными минусами данной конструкции является: невозможность установки при разрушении зуба ниже уровня десны затруднительным является установка штифтов в каналы с широким устьем и поднутрениями, т.к. просвет между штифтом и стенками корня заполняется композитным материалом, который не обладает необходимой механической прочностью.

Культевые штифтовые вкладки классифицируются по следующим признакам:

1. Количеству частей: разборные, неразборные.
2. Материалу: металл, диоксид циркония, керамика, композит со стекловолокном.
3. Методу изготовления: прямой и обратный метод.
4. Технологии изготовления: литье, компьютерное фрезерование, 3D печать, литьевое прессование, фотополимеризация.

Метод индивидуализации стекловолоконного штифта композитом. Основная его суть заключается в индивидуализации стекловолоконного штифта к стенкам корня и создании культевой части при помощи композитного материала и последующая фиксация данной конструкции в корневом канале. Данный метод позволяет нивелировать один из главных недостатков стекловолоконных штифтов - невозможность установки в каналы с широким устьем. Однако за счет большого количества этапов увеличивается риск врачебной ошибки в момент индивидуализации либо появляется необходимость повторного посещения в случае изготовления данной конструкции в зуботехнической лаборатории.

Металлическая культевая штифтовая вкладка изготавливается путем литья, компьютерного фрезерования и 3D печати. Существует два вида металлических культевых штифтовых вкладок: разборные и неразборные. Основные плюсы данной конструкции: прочность, долговечность, возможность работы с корнями

в поддесневой области. Недостатки конструкции: возможно развитие аллергии на сплав, модуль упругости металлической вкладки выше чем у дентина, что увеличивает риск перелома корня, невозможность применения в конструкциях обладающих высокой светопрозрачностью, необходимость минимум двух посещений для изготовления и установки данной конструкции.

Культевая штифтовая вкладка из диоксида циркония представляет собой монолитную конструкцию. Изготавливается путем компьютерного фрезерования. Обладает следующими достоинствами: биоинертна и гипоаллергенна, обладает высокой прочностью, улучшает эстетические характеристики реставраций с высокой светопрозрачностью. Основные минусы: высокий модуль упругости, необходимость нескольких посещений для установки.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Таджуддин З., Нигматова И.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В детском возрасте сужение верхней зубной дуги приводит к деформации лицевого отдела головы, способствует изменению осанки, функциональным расстройствам в малом круге кровообращения, бронхопневмопатии и задержке психосоматического развития (Chan K.F.L., 2009; Cortese S. G., Biondi A. M., 2009; Кошель В.И., Гюсан А.О., 2017). Наблюдается сужение верхнего зубного ряда, верхней челюсти, скученное и тесное положение зубов (Слабковская А.Б., Персин Л.С., 2010; Page D. C., Mahony D., 2010; Анохина А.В., Фадеев Р.А., Маслак Е.Е., Бимбас Е.С., Суетенков Д.Е., 2017). Большинство исследователей рекомендуют своевременную коррекцию функциональных нарушений путем использования аппаратов, препятствующих прохождению воздушной струи через рот (Matsumoto M. A. Itikawa C. E., 2010; Арсенина О.И., Пиксайкина К.Г., 2015; Русанова А.Г., Набиев Н.В., Климова Т.В., Cesaretti D., 2018), однако после такой терапии у детей остаются морфологические нарушения в виде готического неба, неразвитого фронтального отдела верхней челюсти, что поддерживает нарушения носового дыхания и не способствует расширению дыхательных путей (Monini S., Malagola C., Villa M. P. et al., 2009; Царькова О.А., Патлусова Е.С., 2016; Лугуева Д.Ш., Слабковская А.Б., Морозова Н.В., 2018).

Целью исследования. Изучить возможности рентгенологических методов, применяемых в стоматологии, для определения состояния неба для выбора ортодонтического лечения в 7 – 11 лет с сужением верхней челюсти.

Методы исследования. При анализе ЗЧС у детей использованы методы: клинический; рентгенологический (ОПТГ); цефалометрический (ТРГ); определение морфологического лицевого индекса (IFM); определение процентного соотношения просвета дыхательных путей к общей площади носоглоточной области по усовершенствованной нами методике Handelman CS,

Osborne G.; измерение ширины фронтального отдела ВЧ и основания носа (Сl-Cr) на ОПТГ.

Заключение. Достоверные различия установлены в мезиодистальных размерах резцового сегмента ВЧ, что очевидно связано со сферичностью его строения ($p < 0,05$). С учетом полученные данных, можно проводить измерения анатомических структур резцового отдела ВЧ на цифровых ОПТГ. При визуальной оценке ОПТГ в ОГ группе достоверно чаще выявлено сужение носовых ходов, искривление носовой перегородки, конвергенция корней резцов ВЧ, т.е. указанные рентгенологические признаки, являются симптомами сужения ВЧ. Анализ ОПТГ показал, что в ОГ у детей с сужением ВЧ достоверно чаще наблюдается сужение грушевидного отверстия (92%) и конвергенция корней резцов ВЧ (68%). Ширина резцового отдела верхней челюсти / основания носа (СlCr) в ОГ была достоверно меньше, чем в ГС.

Установлено, что при сужении ВЧ, когда наблюдается конвергенция корней верхних постоянных резцов, расширения ВЧ недостаточно для восстановления носового дыхания, т.к. сохраняется недостаточность ширины основания носа. В ряде случаев после расширения ВЧ конвергенция корней верхних резцов может стать более выраженной

ФАКТОРЫ ПОДАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕСС ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ.

Тиллаходжаева М.М., Акбаров А.Н., Мадаминова Н.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

tillamadina91@gmail.com

Ключом успешной дентальной имплантации является остеоинтеграция, то есть образование прямой структурной и функциональной связи между живой костной тканью и поверхностью вживленного в нее имплантата на молекулярном уровне.

Факторами оказывающими отрицательное влияние на успешность остеоинтеграции могут быть некоторые фармакологические препараты, а именно НПВС, варфарин, циклоспорин, глюкокортикостероиды.

Отрицательное действие глюкокортикостероидов на процессы остеоинтеграции было экспериментально доказано на животных. ГКС создают дисбаланс между костными клетками остеобластами и остеокластами, что приводит к резорбции костных клеток.

Циклоспорин влияет на остеобласты, действуя на Т-клетки, участвующие в ремоделировании первичного матрикса. Это в свою очередь ведет к возникновению остеопении.

Доказано отрицательное действие НПВС на процесс интеграции имплантата в костную ткань. Это связано с нарушением превращения арахидоновой кислоты в простагландин, который необходим для процесса регенерации кости.

Экспериментально доказано отрицательное действие алкоголя на остеоинтеграцию. Возможен риск развития остеопоротических процессов, подавляющих процесс регенерации костной ткани.

Также к факторам нарушающие интеграцию имплантата относится снижение количества и активности остеобластов, что приводит к большей активности остеокластов, вызывая нарушение баланса между процессами образования и ремоделирования а также нарушение васкуляризации первичного матрикса.

Для того чтобы произошла достаточная первичная стабилизация имплантата в костном материале, а это играет крайне важную роль для успешной иплантации, необходимо учесть разнообразные факторы риска и провести максимальную оптимизацию их влияния.

ЮҚОРИ ЖАҒ ФРОНТАЛ ТИШЛАРНИ ОРТОПЕДИК КОНСТРУКЦИЯЛАР БИЛАН ПРОТЕЗЛАШ

Толмасов С.Д., Алиева Н.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Тиббиёт соҳасини ислоҳ қилиш ва даволашни замонавий технология ва усуллари татбиқ қилиш” бўйича ўтказилаётган ишлар савияси ўлароқ стоматология соҳасида янгидан- янги даволаш чора тадбирларини ишлаб чиқиш ва уни амалиётга тадбиқ етиш бугунги куннинг долзарб муаммосидир. Шу муаммолардан саналган, ортопедик стоматологияга оид ҳолат, бу- тиш қатори нуқсонларини туғирлаш ва тиш-жағ системасини анатомофункционал вазифасини тиклашда ҳамда, уларнинг эстетикасини таминлаш ҳозирги замонавий стоматологиянинг долзарб муаммоларига айланган.

Шу муаммолардан бири саналган, ҳозирда кўп учраётган ҳолатлардан бири, юқори жағ фронтал тишлар соҳасига кўйилган ортопедик конструкцияларни тиш-милк егатига турлича таъсирлари натижасида кўп ўтмай милкларнинг цеаноз ҳолатлари қайд етилмоқда.

Бунда турлича қарашлар мавжуд бўлиб, конструкциянинг материали, тури, тиш-милк егатининг чуқурлиги ва кенглиги ҳамда, ортопедик конструкцияларга беморларда индивидуал ёндашиш ва мослашиш ҳолатлари турлича эканлиги билан ифодалаш мумкин.

Бунда ортопед стоматолог томонидан фронтал тишлар соҳасига тавсия қилинган протез турини ва уларнинг эстетик даражасини тўғри танлаш ҳамда, уларнинг тиш-милк егатига таъсирини тўғри баҳолаш долзарблигича қолиб келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Юқори жағ фронтал тишлар соҳадаги ортопедик реставрацияларнинг эстетикаси сифатини ва хизмат қилиш муддатини ошириш

Тадқиқот вазифалари:

- Юқори жағ фронтал тишлар соҳасидаги турли хил ортопедик конструкцияларни тиш-милк егати биологик зонасига таъсирини баҳолаш
- Тиш-милк егати биологик соҳасининг морфометрик маълумотларига кўра ортопедик протез турини танлашни ўрганиш
- Биологик соҳага индивидуал баҳо берган ҳолда қандай ортопедик конструкцияни танлаш бўйича кўрсатмаларини ишлаб чиқиш

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭХООСТЕОМЕТРИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Туляганов Дж.Ш., Мадаминова Н.С.

Актуальность: Поиск высокоинформативных и безопасных методов оценки состояния костной ткани остается актуальным направлением исследований в современной стоматологии. Для наблюдения за процессами репаративной регенерации костной ткани альвеолярных отростков челюстей под воздействием лечения на сегодняшний день использована методика ультразвуковой остеометрии — современного метода исследования плотности костной ткани, основанного на времени прохождения ультразвука (УЗ) через костную ткань.

Ультразвуковая остеометрия — метод определения состояния костной ткани с помощью определения скорости прохождения УЗ по кости, является быстрым, точным и нетрудоемким. Немаловажно, что ультразвуковые колебания в диагностических параметрах безвредны для организма. [1, 2, 3].

Цель исследования — оценка эффективности ультразвуковой эхоостеометрии альвеолярного отростка нижней и верхней челюсти у пациентов, которым производилась дентальная имплантация с аугментацией кости Коллапаном и Биостеклом.

Материалы и методы исследования: Все пациенты, включенные в исследование методом случайной выборки, были разделены на две группы в зависимости от применяемого остеопластического материала. В 1 группе, которая включала 30 пациентов, проводили лечение дефектов зубных рядов несъемными зубными протезами с предварительной аугментацией челюстной кости материалом Коллапан в области планируемой установки дентальных имплантатов.

Исследования проводили до лечения и на различных сроках после операции (через 1,5; 3 и 6 месяцев после операции) с целью изучения степени остеоинтеграции.

Результаты лучевых методов исследования: Эхоостеометр «ЭОМ-02» состоит из основного блока и комплекта ультразвуковых датчиков. Радиоимпульс, вырабатываемый высокочастотным генератором, поступает на передающий пьезодатчик, где преобразуется в ультразвуковой импульс. Этот импульс, пройдя участок измерения по кости, возбуждает приемный пьезодатчик и вновь преобразуется в радиоимпульс. Результаты измерения скорости распространения ультразвукового импульса по кости (м/с) фиксируются на цифровом табло прибора.

Рабочая частота ультразвуковых колебаний, генерируемых излучающим датчиком в «ЭОМ-02», равна 150 кГц. Колебания такой частоты имеют в кости длину волны в пределах 3,5 см и распространяются по губчатой и кортикальной костной ткани. Исследовали участок кости длиной 250 мм при установке задающего и принимающих датчиков строго перпендикулярно оси кости. При таком положении датчиков, как показали расчеты и экспериментальные исследования, критический угол вхождения ультразвуковых колебаний в кость

равен 24-30 градусов, а распространение регистрируемых ультразвуковых волн проходит прямолинейно по поверхности кости.

Сравнении результатов измерения с разными расстояниями у различных пациентов следует выражать скорость распространения УЗ по кости в м/с и рассчитывать ее по формуле: $V=S/T*100000$ (10 в 4 степени), где V – скорость распространения УЗ в м/с, S – длина исследуемого участка кости в см, T – время прохождения УЗ на этом участке кости в Мкс. Так если $S=5$ см и $T=12,4$ Мкс, тогда $V = 5\text{см}*100000/12,4\text{Мкс} = 4032$ м/с. Скорость распространения УЗ в мягких тканях находится в пределах 1500 м/с, в костной ткани колеблется в диапазоне 2050 м/с – 4750 м/с и зависит от вида и участка кости, а также от индивидуальных особенностей пациента.

Были изучены показатели эхоостеометрии альвеолярного отростка нижней и верхней челюсти у пациентов, которым производилась дентальная имплантация с аугментацией кости Коллапаном и Биостеклом.

Подводя заключительные выводы анализа целого ряда аспектов операции аугментации с применением различных костнопластических материалов можно сделать заключение о том, что использование материала «Коллапан», также как синтезированного отечественного материала «Биоактивное стекло», способствует увеличению высоты альвеолярного отростка в несколько раз, а также сохранению ширины альвеолярного отростка, что создает благоприятные условия для последующей имплантации.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА, АНОМАЛИИ ПРИКУСА И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Турсунбоева И.Ф.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Irodafaxriddinovna@mail.ru*

По данным Lei Zhao, Xiao-Yu Wang, Yi Xu, (2018), длительное ортодонтическое лечение может оказывать отрицательное воздействие на состояние тканей как самих зубов, так и слизистой оболочки полости рта, в том числе неба и тканей пародонта.

Данные литературы свидетельствуют о том, что аномалии прикуса встречаются у 35-70% детей школьного возраста. 95,3% из них нуждаются в сложном и длительном ортодонтическом лечении. При этом у 40% детей с функциональными нарушениями после окончания ортодонтического лечения могут возникать рецидивы. В этом случае ортодонтическое лечение ретенционными аппаратами продлевается еще на длительный срок (N. Gkantidis, P. Christou, N. Topouzelis 2010).

Известно, что у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении, при ухудшении естественной очистки зубов и неудовлетворительной гигиене полости часто регистрируется значительный прирост кариеса зубов и заболеваний пародонта (X Shen, J Shi, L Xu, 2017). Angéline Antezack, Virginie Monnet-Corti (2018) отмечают, что в процессе ортодонтического лечения у детей с заболеваниями пародонта целесообразно добиваться нормализации гигиенического состояния полости рта с применением методов

профессиональной гигиены. После ортодонтического лечения полностью невозможно устранить заболевания пародонта, если не произошла нормализация окклюзионных контактов и показателей. Поэтому у этих детей несмотря на законченное ортодонтическое лечение могут сохраниться воспалительные явления в тканях пародонта. В таких случаях очень часто применяется избирательная шлифовка окклюзионных поверхностей зубов с целью максимально плотного их контакта.

Таким образом данные литературы свидетельствуют о том, что вопросам оптимизации лечения аномалий зубочелюстной системы у детей с использованием ортодонтических аппаратов следует уделять особое внимание на профилактику и лечение заболеваний пародонта у детей.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Турсунбоева И.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Irodafaxriddinovna@mail.ru

На сегодняшний день заболевания пародонта широко распространены по всему миру и являются не только стоматологической, но и социальной проблемой. Согласно медицинским исследованиям, распространенность заболеваний пародонта у детей составляет около 80% и имеет различную этиологию. Особенно часто встречаются заболевания пародонта в детском возрасте в результате использования пациентами ортодонтических конструкций. Это главным образом связано с тем, что при лечении зубочелюстных аномалий ортодонтическими аппаратами ухудшается гигиена полости рта ребёнка, что приводит к развитию воспалительных процессов. Потребность в ортодонтическом лечении существенно увеличивается в последнее время. Но вместе с этим растёт и количество стоматологических заболеваний, которые напрямую связаны с наличием конструкций в полости рта. Это объясняется тем, что ортодонтические аппараты не являются индифферентными для организма человека и при воздействии на слизистую оболочку полости рта изменяют активность ферментов слюны, становясь причиной возникновения стоматологических заболеваний. Основным этиологическим фактором, вызывающим воспаление в тканях пародонта, а также кариес зубов, является зубной налёт. У пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении возрастает кариесогенная ситуация в полости рта по причине того, что вокруг элементов ортодонтической конструкции, в промежутках между зубами и пришеечных областях вследствие затруднения гигиены накапливаются остатки продуктов питания, в которых размножаются микроорганизмы, вырабатывающие в процессе своей жизнедеятельности кислоты, приводящие к снижению рН ротовой жидкости, повышению проницаемости эмали и ее деминерализации.

Пациентам с заболеваниями пародонта в период ортодонтического лечения при первичном осмотре проводится профессиональную гигиену с подбором индивидуальных средств и методов

гигиены полости рта и назначить комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Для профилактики и лечения кариеса, гингивита, пародонтита во время использования съемных и несъемных ортодонтических конструкций у пациентам рекомендовали использовать следующие зубные пасты для регулярной гигиены полости рта:

Зубная паста R.O.C.S. Цветок жасмина (R.O.C.S.) благодаря отсутствию лаурилсульфата натрия (не вызывает сухости, что особенно важно у пациентов на ортодонтическом лечении) и наличие экстракта листьев чайного куста (содержит полифенолы), обладающего антиоксидантными, противовоспалительными свойствами, подходит для ежедневного применения. Экстракт чая ингибирует α -амилазу и матричные металлопротеазы, вызывающие деструкцию пародонтальной связки и активацию остеокластов. Входящий в состав пасты комплекс MINERALIN, включающий в себя бромелаин, ксилит, глицерофосфат кальция и хлорид магния, обладает противокариозной активностью.

Зубная паста R.O.C.S. Energy с таурином (R.O.C.S.), которая содержит таурин, поддерживающий обменные процессы в десне повышающий клеточную защиту во время высокого риска воспаления в пародонте и комплекс MINERALIN. В данном продукте также отсутствует лаурилсульфат натрия. Зубную пасту рекомендовали пациентам с легкой степенью клинических проявлений поражений твердых тканей и пародонта для ежедневного использования.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИСОЧНЫХ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СКУЧЕННОСТЬЮ ЗУБОВ

Турсунбоева И.Ф., Расулова Ш.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Irodafaxriddinovna@mail.ru

Актуальность. Из наиболее частых проблем в ортодонтической практике является дистальная окклюзия (до 40%) и скученности зубов (до 65%)

Цель исследования: изучить биоэлектрическую активность височных и жевательных мышц и установить параметры электромиографических показателей у пациентов с дистальной окклюзией и скученностью зубов при постоянной окклюзии.

Материалы и методы. Перед ортодонтическим лечением определена биоэлектрическая активность (ACTIV) височных (ТА) и жевательных мышц (ММ) у 11 пациентов в возрасте 15-25 лет. У этой группы пациентов выявлена дистальная окклюзия, осложненная выраженной степенью скученности зубов. Контрольную группу составили 10 человек (средний возраст $21,3 \pm 1,25$ года) с физиологической окклюзией(F).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что функциональное состояние височных и жевательных мышц у пациентов с дистальной окклюзией, осложненной скученностью зубов, изменяется при постоянном прикусе. Выявлено, что в состоянии сжатия по индексу ACTIV височные

мышцы более активны из-за отсутствия активности жевательных мышц (ACTIV = -20,73% ± 8,01%). Кроме того, следует отметить, что функциональная симметрия мышц (индекс SIM T A / M M) в покое при наличии дистальной окклюзии ниже, чем у лиц с физиологической окклюзией ($F < 0,05$).

Выводы. В наших исследованиях выявлено умеренное преобладание активности функции височной мышцы, когда же активность функций жевательных мышц идет на спад. По индексу ACTIV T A / M M установлено преобладание активности височных мышц из-за отсутствия активности жевательных мышц у пациентов с дистальной окклюзией, осложненной скученностью зубов, и определено более низкое значение общего индекса симметрии мышц, чем у лиц с физиологической окклюзией.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДА

Хабилов Б.Н., Яхёева Г.С., Ходжимуродова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Для восстановления функциональной полноценности и индивидуальных эстетических норм зубочелюстной системы при различных видах частичной потери зубов, в зависимости от анатомо-топографических условий в полости рта, применяются разнообразные виды несъемных (мостовидные, консольные, адгезивные) и съемных (пластиночные, бюгельные) конструкций, а также их комбинации.

Цель исследования. Описать на примере клинического случая способ протезирования концевых дефектов при частичной адентии.

Материалы и методы. Наиболее часто применяемой конструкцией при протезировании на имплантатах служат искусственные одиночные коронки и несъемные мостовидные протезы. Данные конструкции обеспечивают наиболее быструю и лучшую адаптацию пациентов к протезам.

К сожалению, значительная атрофия костной ткани в области имплантации зубов, сопутствующие заболевания, а также высокая стоимость лечения ограничивают широкое применение этого вида лечения. Некоторые авторы при концевых дефектах зубного ряда предлагают использовать консольные протезы. Однако использование консольных протезов зачастую приводит к функциональной перегрузке пародонта опорных зубов, что приводит к их патологической подвижности. Помимо этого, необходимо оперировать не меньше двух опорных зубов, что является серьезным недостатком данного метода. Наиболее часто при ортопедическом лечении больных с концевыми дефектами зубного ряда применяются различные виды съемного протезирования. К ним относятся пластиночные, бюгельные и малые седловидные протезы. Из-за доступности и простоты изготовления наиболее популярными являются частичные съемные пластиночные протезы с удерживающими кламперами. Ведущим недостатком их применения является тот факт, что все вертикальное жевательное давление передается на ткани протезного ложа, в результате возникают нефизиологическое распределение жевательного давления и последующее прогрессирование атрофических

процессов в тканях протезного ложа. Формирующееся несоответствие базиса съемного протеза микрорельефу подлежащих тканей вызывает балансировку базиса протеза и патологическую нагрузку по отношению к опорным зубам. Некоторые авторы утверждают, что при ортопедическом лечении пациентов с концевыми дефектами зубных рядов необходимо отказаться от использования частичных съемных пластиночных протезов в связи с повышенным риском развития воспаления тканей пародонта опорных зубов и атрофии костной ткани челюстей.

К сожалению, широкому использованию мягкой подкладки в клинике препятствует отсутствие прочной химической связи между ее материалом и базисом протеза, что приводит к отслаиванию подкладки в достаточно короткий промежуток времени. Спустя несколько месяцев мягкая прокладка постепенно начинает твердеть, тем самым утрачивая свои эластические свойства. Пациенты часто предъявляют жалобы на повышенную болевую чувствительность. Кроме этого, использование съемных протезов снижает секреторную функцию и температурную реакцию малых и больших слюнных желез, повышает вязкость секрета. Таким образом, основной задачей при ортопедическом лечении пациентов с концевыми дефектами зубного ряда является достижение оптимального распределения жевательной нагрузки между пародонтом опорных зубов и слизистой оболочкой протезного ложа. Распространённость и топография дефектов зубных рядов, клинические результаты лечения пациентов с концевыми дефектами подтверждают необходимость поиска новых методов и материалов для улучшения качества ортопедической помощи этим больным. Вопрос влияния конструкций съемных протезов на интенсивность атрофических процессов тканей протезного ложа в ближайшие и отдаленные сроки после проведения ортопедического лечения изучен недостаточно. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы и проведения новых исследований, которые помогут повысить эффективность ортопедического лечения пациентов с концевыми дефектами зубных рядов с применением съемных протезов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЁМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

Хайдаров А.М., Дадабаева М.У., Джабриева А.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. За последние годы в Республике Узбекистан основными задачами является изучение состава полости рта у пациентов со съёмными протезами, так как в настоящее время часто происходит нарушение состава микрофлоры полости рта, который является основой для активации пародонтопатогенной микрофлоры и развитие воспалительных процессов, часто регистрируется у лиц использующие съемные протезы]. В связи с тем, что, основной мерой профилактики инфекционных осложнений остается проведение тщательного гигиенического ухода за ортопедическими конструкциями.

Для определения нуждаемости населения в ортопедических конструкциях, было проведено обследование на базе ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова в 2007 году. По результатам данного исследования было выявлено, что у всего числа обследованных пациентов, количество которых составляло 503 человека в возрасте от 20 до 70 лет и старше, удельный вес частичных съемных протезов составил 21,38%, а полных съемных 7,82% от числа различных ортопедических конструкций.

В настоящее время в современных странах проводится изучение состояния полости рта после ортопедического лечения, изучение микрофлоры полости, исследование состояния слюны после применения съемных протезов, так как учитывается идеальность микрофлоры каждого пациента.

Основным моментом во время лечения пациентов с полной адентией нужно обратить внимание, что в патологических процессах на слизистой оболочке полости рта, при использовании съемных протезов преобладающими группами микроорганизмов, являются не облигатные анаэробы, а факультативно-анаэробные и аэробные бактерии.

Основными задачами врача ортопеда является восстановление функциональной и эстетической гармонии полости рта каждого пациента.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 47 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет с сочетанием полного отсутствия зубов. Из них 26 женщин и 21 мужчин, все пациенты использовали полные съемные пластиночные протезы. Средний срок пользования съемными протезами у пациентов, которые находились под наблюдением, составило 6 лет. Мы провели микробиологические исследования полости рта.

Во время исследования мы разделили пациентов на две группы

1. Основная группа пациентов (мужчины и женщины), пользующиеся съемными зубными протезами

2. Контрольная группа пациентов (мужчины и женщины), не пользующиеся ортопедическими конструкциями

Результат исследования. С протезного ложа полости рта провели забор исследуемого материала. Затем поэтапно проводили посев материала по методу Гоулд на селективной среде для лактобактерий и на общеупотребляемые среды для аэробов и анаэробов в кровяном агаре. Для создания анаэробных условий использовали газогенераторные пакеты фирмы bio Merieux (Франция), исследуемый материал помещали в термостат с температурой 37°C на 24-48 часов, после чего производили учет полученных результатов. Количество микроорганизмов учитывали в соответствии с таблицей интерпретации метода Гоулд (1934 г.).

Заключение. Полученные результаты. Из микробиологического исследования слизистой оболочки полости рта у пациентов с полным съемным протезами было выявлено явное повышение микробного состава, из за плохой гигиены полости рта, что привело к раздражению слизистой полости рта, пациенты использующие съемные пластиночные протезы, утверждают, что имеется значительное изменение привкуса после длительного использования

данного протеза и не качественного ухода за протезом, которое привело к количественному так и качественному нарушению показателям. Изучение показателей местного иммунитета полости рта у больных с полным отсутствием зубов показал выраженный дисбаланс цитокинового ответа, что подтверждает хроническое антигенное, микробо - ассоциированное раздражение и проявляющееся перманентное хроническое воспаление

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕТРАКЦИИ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА

Халиметов Ж., Сафаров М.Т.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
jalol1595@gmail.com*

Введение. В соответствии с современным уровнем развития ортопедической стоматологии изготовление зубных протезов производится не самим врачом в полости рта, а зубным техником по гипсовым моделям. Поэтому главным средством общения между врачом и техником по-прежнему остается оттиск протезного ложа. Большое значение при этом имеет получение именно высокоточных оттисков. Одним из основных требований, предъявляемых к высокоточным оттискам, является четкое отображение десневой бороздки вокруг опорных зубов. В этом случае техник имеет возможность смоделировать коронковую часть протеза как продолжение корня, без зазоров, нависающих краев и излишне выраженного экватора. Высокоточный оттиск позволяет добиться наиболее точного соответствия зубного протеза тканям протезного ложа, при этом снижается вероятность возникновения таких осложнений, как вторичный кариес, расцементирование, воспаление маргинальной десны, что значительно увеличивает срок службы протезов. Для повышения качества отображения тканей зуба в пришеечной области и улучшения проникновения оттискного материала в зубодесневую бороздку проводят ретракцию десны. Целью ретракции является временное расширение зубодесневой бороздки. Предварительное проведение ретракции десны является необходимым этапом при получении оттиска для изготовления не прямых реставраций, конечная линия препарирования которых расположена ниже либо на уровне десны. Ретракция также используется при цементировании некоторых несъемных конструкций, при реставрации полостей II и V классов по Блэку. В последнее десятилетие появилось много новых методов ретракции десны, разработано множество материалов и препаратов для ее проведения

Цель исследования. Клинико-функциональная оценка выбора оптимального метода ретракции десны для снятия оттиска.

С появлением различных способов ретракции десны исследования ученых были направлены в основном на анализ травматичности процедуры ретракции и цитотоксичности используемых материалов. Ранее исследования были в основном направлены на сравнение таких методов ретракции, как электрохирургия, использование нитей, различных по диаметру и пропитанных различными медикаментозными составами, лазеры. В последние годы

появились новые материалы и методы ретракции десны. Они были призваны создать альтернативу наиболее распространенному способу ретракции с помощью нитей. Подводя итог изложенному материалу, следует сделать вывод, что подавляющее число исследователей считают обязательным проведение ретракции десны и рекомендуют выбирать такие ретракционные материалы и технику, которые сводили бы к минимуму травматическое воздействие на десну и позволили бы избежать необратимых потерь мягких тканей по высоте. В то же время, смещение ткани должно быть достаточным, чтобы обеспечить доступ по горизонтали и вертикали оттискному материалу.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОГО АРТИКУЛЯТОРА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Хасанова Д.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет
di.xasanova@gmail.com*

Современные высокие требования в ортопедической стоматологии диктуют необходимость изготовления высококачественных и функциональных протезов, которые напрямую связаны с восстановлением окклюзионной поверхности зуба, это обеспечивает важную функцию зубочелюстной системы – жевание.

Цель исследования - оценить значение виртуального артикулятора при планировании ортопедических конструкций стоматологического пациента.

Изучение динамической окклюзии проводили с помощью моделей челюстей в индивидуально настраиваемом артикуляторе PROTAR evo 7 KAVO (Германия). Гипсовку моделей челюстей в положение центрального соотношения челюстей проводили с использованием лицевой дуги и протрузионного, латеротрузионных регистратов окклюзии. Предварительно пациенту было проведено депрограммирование жевательных мышц с использованием индивидуальной частичной накусочной каппы на верхнюю челюсть. Депрограмматор помещался во рту пациента во фронтальном отделе зубного ряда, контактировал с нижними резцами только в одной точке, препятствуя смыканию боковых зубов при всевозможных положениях челюсти. Тем самым было достигнуто «стирание» патологически выработанной мышечной памяти, сформированной привычной окклюзией пациента, и стало возможным установление мышечных нижней челюсти в естественное анатомическое и физиологическое положение. Артикулятор настраивался по индивидуальным данным, для воспроизведения динамической окклюзии пациента проводили настройку суставных механизмов артикулятора по ранее полученным регистратам -силиконовым блокам. При регистрации динамической окклюзии использовались следующие положения челюсти: протрузия и латеротрузии правая и левая. С помощью силиконового блока, полученного при латеротрузии вправо, настраивали левый угол трансверзального суставного пути и левый угол сагиттального суставного пути.

Таким образом, были определены углы сагиттальных и трансверзальных суставных путей

Использование компьютерного воскового моделирования и прототипирования позволяет контролировать процесс работы до выпуска постоянной конструкции, обеспечивая стабильный прогнозируемый результат.

Технологические особенности работы с механическими артикуляторами существенно влияют на точность воспроизведения движений нижней челюсти при динамической окклюзии. Индивидуальное моделирование конструкций на компьютере в специализированных программах - это быстро развивающийся метод, который может сыграть значительную роль в возможной замене гипсовых стоматологических моделей. Виртуальные модели челюстей в ортопедической стоматологии считаются клинически приемлемыми с точки зрения точности и воспроизводимости. В цифровой среде виртуальный артикулятор является основным инструментом для решения вопросов функциональных аспектов окклюзии. С введением виртуальных артикуляторов произошли революционные изменения в современной эстетической и функциональной стоматологии. Таким образом, использование виртуальных артикуляторов способствует изготовлению более функциональных и эстетических ортопедических конструкций стоматологического пациента.

БИОХИМИЧЕСКИ СТРУКТУРНЫЕ СВЯЗИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

Хасанова Л.Э., Пулатов О.А., Иргашев К.Н.

*Кафедра повышения квалификации терапевтического направления в
стоматологии*

Цель исследования: изучение биохимического состава слюны у детей после лечения несъемными ортодонтическими аппаратами.

Материалы и методы. Была проведена сравнительная клиническая оценка показателей минеральных элементов в смешанной слюне человека у 2 подростков, без выявленных сопутствующих патологий и стоматологически санированных. Был проведен инструментальный нейтронно-активационный метод (определение минерального состава слюны) в Институте ядерной физики АН, РУз.

Таблица, содержание кальция в слюне пациентов на всех этапах исследования изменялось не существенно (достоверные отличия от исходного уровня, отсутствовали). У пациентов на первых этапах исследования также не установлено изменений в содержании кальция – 3760/11400, калия – 166100/115000, натрия – 28400/10100. Как видно в таблице у пациента № 1 - недостаток йода I <0.1, дефицит магния Mg <50, недостаток стронция Sr - <10, селена Se- <0.1 и гелия Hg - <0,01 и в пациенте № 2 - недостаток латуни La <0.1, дефицит магния Mg <50, недостаток меди Cu - <1.0, селена Se- <0.1/ <0.1 и гелия Hg - <0,01.

Результаты и обсуждение. Предпочтение использованного нами биологического материала, в отличие от наиболее часто применяемых крови и

мочи, обусловлено тем, что слюна является одной из самых достоверных биологических материалов.

Вместе с тем слюна в отличие от зубов более доступна для исследования в качестве индикаторов изменений у детей после лечения несъёмными ортодонтическими аппаратами.

Выводы. В нашей стране лабораторные исследования методом Инструментального нейтронно-активационного анализа слюны для выявления деминерализации твердых тканей зубов (вторичного кариеса) у детей после лечения брекет – системой ранее не осуществлялись, несмотря на явную актуальность этой проблемы в детской стоматологии. Таким образом, необходимо своевременное профилактическое лечение детей после ортодонтических процедур, для предотвращения распространения процесса и развития вторичного кариеса.

ФЕНОМЕН ПОПОВА ГОДОНА КАК ПРИЧИНА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ И ПОТЕРИ ЗУБОВ

Хусанов Н.Ш., Рихситиллаев О.У.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
alibekkhusanov@yandex.ru rihsitillaevjobek@gmail.com*

Появление дефектов зубных рядов приводит не только к нарушению морфологического единства зубных рядов, но и к сложной перестройке, возникающей вначале вблизи дефекта, а затем распространяющейся на весь зубной ряд. Внешне эта перестройка проявляется перемещением зубов, что часто приводит к нарушению окклюзионной поверхности зубных рядов, т.е. к вторичным деформациям прикуса, осложняющим клинику частичной потери зубов, затрудняя выбор и проведение ортопедического лечения.

Зубная дуга как часть зубо-челюстной системы представляет единое целое, благодаря наличию межзубных контактов и альвеолярному отростку, в котором фиксированы корни зубов. Потеря одного или нескольких зубов нарушает это единство и создаст новые условия для функциональной деятельности жевательного аппарата.

Гистологически установлено, что у зубов, лишенных антагонистов, щель периодонта значительно уже, чем у зубов, имеющих антагонистов.

Известно, что при феномене Попова Годона подвергаются изменению не только зубы, но и десна с остальными составляющими парадонта. Рецессия десны очень частое явление при этом феномене, которому уделяется недостаточно внимания. Причины отсутствия зуба могут быть разными, от адентии до хирургического вмешательства из-за несвоевременного лечения кариозного поражения. Как наблюдалось, отсутствие одного зуба может привлечь к изменению положения рядом стоящих зубов и зубов антогонистов. Происходит это за счет неравномерного распределения давления на зубы и провоцирует их смещение в сторону наименьшего сопротивления. Дистальные зубы наклоняются медиально, при этом оголяя дистальную часть своей десны, а медиальные наклоняются дистально, при этом оголяя медиальный край десны. Зуб антогонист же в свою очередь “выползает” из своей лунки в

окклюзионную поверхность, оголяя десну. Все эти процессы приводят к атрофии парадонта и костных элементов челюсти, что в последствии может привести к потере ряда зубов и изменению прикуса. Рецессия десны является частым явлением у пациентов, а данная проблема является одной из причин этиологии. Как известно атрофия десны приводит к морфологическим и эстетическим нарушениям. С точки зрения морфологии это приведет к нарушению иннервации парадонта и появляется риск потери зубов или их подвижности. С точки зрения эстетики оголенные корни в пришеечной области, которые отличаются по цвету от эмали создают резкий контраст, что бросается на глаза и может привести к психоэмоциональному давлению и появлению неких комплексов у пациентов.

Феномен Попова – Годона или по другому дентоальвеолярное удлинение является актуальной проблемой в нашей стране, которой уделяется недостаточное внимание. Цель нашей работы заключается в том, что изучая эту патологию и прилагая усилия к лечению и профилактике данной проблемы в нашей стране мы могли бы избежать большинство нежелательных последствий.

РОЛЬ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОГО РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ II КЛАССА

Шухратова М.М.

Ташкентского государственного стоматологического института

Актуальность: Челюстно-лицевой рост - представляет собой комплекс процессов, состоящий из достаточно большого количества взаимодействий различных типов кости, которые составляют череп, кроме этого твердых и мягких тканей. Процессы, которые контролируют рост и развитие челюстно-лицевого комплекса не вполне изучены и в настоящее время являются областью интенсивного исследования во всем мире.

Рост челюстно-лицевого комплекса представлен в виде увеличения размеров костей посредством естественного развития и является результатом клеточной пролиферации и дифференцировки.

С целью проведения точной диагностики и планирования лечения при всех видах аномалий прикуса необходимо понимание челюстно-лицевого роста и развития,, так как рост влияет на выраженность аномалии прикуса; на течение и последствия ортодонтического лечения, а также на его стабильность. В свою очередь - ортодонтическое лечение может оказывать воздействие на лицевой рост.

Цель исследования: Изучить роль челюстно лицевого роста при лечение аномалии окклюзии II класса.

Материал и методы: На обследование взяли 20 пациентов с аномалии окклюзии II класса в возрасте от 15 до 25 лет, обратившихся на лечение в поликлинику Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института с 2020 по 2021 года.

Основываясь на данные пациенты были разделены на следующие группы:

1 группа –пациенты с высоким типом роста;

2 группа - пациенты с низким типом роста;

Для методов исследования использовались клинические, антропометрические, фотометрические, рентгеноцефалометрические методы и их статистический анализ.

Пациентов исследовали с помощью вышеперечисленных методик и определили взаимосвязи показателей сагиттальных и вертикальных составляющих и их влияние на формирование и течение проблем: соответствие типа строения лицевого черепа, характерные принципиальные фотометрические отличия – в соотношениях частей лица, позиции нижней челюсти, вида профиля, соотношении губ и выраженности носогубных и ментальной складок лица. С учётом этих данных, также, планируется изучить их влияние на результат ортодонтического лечения.

Для точного оценки типа роста воспользовались методом анализа по Киму с определением ODI, APDI, CF и определяли высоту альвеолярных отростков во фронтальных и боковых участках и их соотношения по Jarabak, NSL – ML, NgoMe, ML – NL, Nba – SGn

Заключения и вывод: Таким образом, при проведении обследования в г. Ташкенте в возрасте от 15-25 лет наше исследование показало, что в планировании ортодонтического лечения важную роль играет челюстно-лицевой рост и именно рост определяет тактику лечения.

АПИКАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ ИМПЛАНТАТА И ТОЛЩИНА МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ярыгина Е.Н., Кирпичников М.В., Кривенцев А.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет

kriventsev17@yandex.ru

Введение. Достижение стабильности костной ткани в области дентальных имплантатов по-прежнему является наиболее актуальной и до конца нерешенной проблемой в имплантологической практике. При наличии тонких мягких тканей гребня многие клиницисты предпочитают более глубокую установку имплантата, что позволяет в ряде случаев добиться стабильного уровня кости и здорового состояния мягких тканей. Однако существует ряд мнений о несостоятельности данного подхода: невозможность прогнозирования реакции прилегающей костной ткани – опасность ремоделирования, трудность контроля глубины препарирования костного ложа, возможность развития периимплантита за счет избыточной площади контакта поверхности имплантата с эпителием, сложность выполнения клинических этапов изготовления протезов.

Цель. Определить роль апикального позиционирования платформы имплантата в стабильности крестальной костной ткани и увеличении толщины мягких тканей.

Материалы и методы. Работа основана на про- и ретроспективном исследовании и поиске аналитической основы результатов использования методики апикального позиционирования платформы имплантата для

обеспечения стабильности крестальной костной ткани и увеличения толщины мягких тканей.

Результаты и обсуждение. Ремоделирование кости – представляет собой костную резорбцию, прекращающуюся на уровне шейки имплантата, которая не обнажается в полость рта. Такой результат можно получить при относительно глубоком позиционировании платформы имплантата.

Увеличение толщины мягких тканей в области имплантатов происходит в результате формирования биологической ширины. Апикальное позиционирование имплантата за счет ремоделирования кости позволяет создать достаточное пространство для мягких тканей. Если платформа имплантата расположена на 1,5 мм апикальнее костного края, а толщина мягких тканей над гребнем составляет 2 мм, для формирования биологической ширины остается пространство 3,5 мм, что будет способствовать образованию надежного мягкотканного запечатывания по периметру шейки имплантата и позволит избежать дальнейшей резорбции кости.

При планировании апикального позиционирования имплантата обязательно нужно учитывать его конструкцию, в том числе особенности фрезерования шейки и микрозазора между имплантатом и абатментом. Так Негманн и соавт. Подтвердили феномен повышенной резорбции костной ткани при использовании имплантата и абатмента одинакового диаметра, за счет чего зазор между ними располагается в непосредственной близости от кости. Отсюда был сделан вывод, что предпочтительнее применение имплантата с надежным соединением и эффектом переключения платформ, позволяющими сместить зазор от прилегающей костной ткани и предотвратить микроподвижность абатмента [2].

Апикальное положение имплантата приводит к созданию костного тоннеля над его платформой. В норме этот тоннель постепенно исчезает в результате костного ремоделирования с формированием биологической ширины, однако могут возникнуть трудности при выполнении ортопедических манипуляций, в том числе при получении оттиска, установке абатментов, трансферов. Некоторые системы сразу после имплантации позволяют устанавливать на имплантат промежуточный абатмент, смещающим ортопедическую платформу коронально, на который позднее фиксируют протез.

Согласно проведенному Linkevicius исследованию, можно отметить, что у пациентов с апикальным позиционированием имплантатов и последующей фиксацией промежуточного абатмента происходит меньшее ремоделирование кости, чем при установке формирователя десневой манжеты. Данный эффект объясняется несколькими факторами: 1) плотное запечатывание зазора между имплантатом и абатментом сразу после имплантации; 2) отсутствие многократной замены ортопедических элементов; 3) фрезерованная поверхность абатмента. При оценке отдаленных результатов также доказано, что стабильность уровня костного гребня выше при использовании промежуточного абатмента [4].

Заключение.

1. Апикальное позиционирование ортопедической платформы имплантата создает достаточное пространство для мягких тканей и формирования биологической ширины.
2. Глубокая установка имплантата допускается, если расстояние от края гребня до анатомических структур составляет не менее 12 мм.
3. Для апикального позиционирования рекомендуются имплантаты с эффектом переключения платформ и надежным коническим соединением.
4. С целью профилактики ремоделирования кости можно применять промежуточный абатмент, смещающий ортопедическую платформу коронально.
5. Иногда рекомендуется развальцовывать костный тоннель с целью создания пространства для мягких тканей и формирования биологической ширины.

**PREVENTION OF OVERSTRAIN BY CORRECTING THE
VEGETATIVE STATUS OF STUDENTS DENTISTS**

Karimov V.V.

Tashkent State Dental Institute

valeriy.karimov.88@mail.ru

Relevance. Physical culture and sports classes conducted in higher educational institutions greatly contribute to the preparation of students for future professional activities. Many graduates of higher medical institutions do not possess solid skills, are characterized by low working capacity, often get sick, have an insufficient level of development of professionally important physical qualities. This is due to the fact that the program on physical education of students does not sufficiently take into account the impact of physical exercises on mental work, does not fully disclose the connection with the specialty, both in theory and in practice. Among the medical professions there are those that impose special requirements on the motor capabilities and physical fitness of specialists. These are, first of all, surgical specialties, as well as the specialties of a dentist. The professional activity of dentists is characterized by a sedentary state (hypokinesia), a long (about 60% of the working time) stay in a forced standing and sitting position, while the muscles of the back, upper shoulder girdle, neck and lower extremities experience the greatest load.

The aim of the study was to study the reactions of the body systems and their changes in the combination of functional and orthostatic tests, as well as to develop a cycle of special exercises for dental students.

Research methods. One of the methods for determining vegetative support is an orthostatic test, with the help of which regulatory hemodynamic reactions are studied.

Organization of research. Initially, students of the dental institute, who are more mobile, as well as those with medical admission to physical education classes, were selected for the experimental group. This group included 24 students of 202 groups, Faculty of Pediatric Dentistry, studying in the second year of the Tashkent State Dental Institute.

Stepergometry, orthostatic test and questionnaire were conducted.

To determine the cardiovascular system of dental students, we used an orthostatic test. The number of steps averaged 210.05 ± 30.35 . The pulse, in the supine position, in the sitting position and at 10 minutes, averaged 83.68 ± 20.88 ; 109.58 ± 21.75 and 91.26 ± 12.62 , respectively.

In order to prevent and correct the state of overstrain of dental students, the following groups of exercises can be used:

- myotonic or muscle relaxant exercises;
- positional static or relaxation exercises;
- tempering of a tonic or relaxing nature;
- hypoxic or aerobic respiration;
- breathing with prolonged inhalation or exhalation.

Conclusions. The obtained results of the pedagogical experiment indicate that the developed program for the prevention of overstrain by correcting the vegetative

status of dental students has improved the functional state and had a positive effect on the musculoskeletal system and cardiorespiratory system.

It has been experimentally established that dental students who, in addition to the physical education curriculum, are engaged in football sections, show significant improvements in the cardiovascular system.

In order to increase the stability of the body and in order to prevent possible occupational diseases in dental specialists (osteochondrosis, varicose veins, etc.), it is necessary to observe a rational motor regime.

Training at the Dental Institute provides a clear continuity and professional orientation of the pedagogical process of physical education of students and allows you to solve the problems of health, sports, technical and professionally applied physical training.

THE PERSONAL QUALITIES OF THE LEADER IN THE HEALTHCARE

Khalmatova M.A.

Tashkent State dental institute

The leader is a person who directs and coordinates the activities of performers who must necessarily submit to him, and in the framework of the established authority to fulfill all his requirements.

Leader can take the function of executor on himself only in order to understand the specifics of the job.

Thus, the essence of the leader's activity consists in *the organizing work*. This is a special kind of creative activity, as far as growth the post requirements to creativity increase.

Man is not born with ready skills, interests, character and etc. These properties are formed during the life of the person. As much as efficiently develop these qualities so will be determined his way in life, some become leaders, others - managed.

Thus, the assessment of the personal qualities and the problems associated with the selection of leaders is one of the most difficult aspects of administrative activity.

Under the professional qualities of the leader is understood the presence of the following capabilities:

- the ability to find the shortest way to achieve the object;
- the ability for independent thinking and rapid making well-founded decisions;
- the ability to consistent and resourceful provide their performance;
- the ability to release human energy (the initiative, enthusiasm).

In what exactly business qualities are found? The leader possessing the professional qualities must:

- be able to carry out a qualified analysis of the situation and understand the complex situation;
- accurately perceive an order of higher leaders;
- work out alternative solutions with following choice of the most effective one;
- timely determine the content of the actions required to resolve arising problems;

- clearly set subordinates tasks and carry out effective control over their execution;

- display the will and perseverance in overcoming arising difficulties;
- remain self-criticism in evaluation of the results of actions.

Competence is understood as a thorough knowing of one's business and essence of performing work, as an understanding of relationship of various phenomena and processes, as a finding of possible ways and means of an achieving of set goals. Leader, apparently, cannot be equally competent in all matters in the decision which he is involved, and there is no compromising.

However, the leader cannot do without a certain amount of professional knowledge, sufficient for a clear understanding of the objectives, for the perception of new ideas, for a qualified hearing in emerging situations and for making well-founded decisions on them. Incompetent, not understanding in the matter leader is inevitably in humiliating dependence on his environment.

He is forced to assess the situation on the suggesting of his subordinates or superiors. He usually finds it difficult to express weighty judgments, to undertake active actions, to give useful advice on specialized issues.

He is often forced to simulate useful work, because incapable of real and responsible actions. He usually, in order to hide the ignorance of affair, tries to surround himself by so incompetent people and hold capable workers away. Organizational skills of leader are especially expressed by the following:

- the ability to isolate and articulate both forward-looking, and the most important tasks in each concrete situation;

- the ability to make timely argumentative decisions and ensure their fulfillment;
- the ability to coordinate his intentions with the conditions of the reality;
- the ability to organize, coordinate, guide and control an activity of subordinates;

- the ability to cooperate continuously and successfully with other departments and with the control bodies.

A good organizer, as a rule, has a sharp and flexible mind, combined with a strong will. He puts the results of his decisions into life quickly and without much hesitation. He always gets the finalization of the started affair.

He can go to a certain risk, acting under conditions of uncertainty, with courageously and resolutely, without waiting for orders from above and showing ingenuity in difficult circumstances. His risk is justified, because his courage is based on his competence. Here he is aware of the seriousness of the consequences.

Often, that kind of organizer is not deprived also "breakdown" abilities that help him to find the most productive moves in the given situation and the right means of the solving problems.

A capable organizer relies on the mind of the whole collective, his persistence never goes into stubbornness and intolerance to the others opinions, he teaches his subordinates to independence.

The organizational work is unthinkable without a firm discipline and order, otherwise large and well-designed efforts on improving of the organization of activities can be reduced to "no". Observance of discipline and order supposes, in

turn, control by the leader.

Organizational skills are largely determined by the natural instincts, but they are also acquired in the process of study and work. Thus, in order to become a truly business leader, one competence is not enough, that is the amount of knowledge that allow to deep understand an affair and solve arising problems.

For realization of competence and realizing of the made decisions are also required organizational skills that is the skills of organizing of collaborative work of many people and the ability to enforce the performance of made decisions. One of the most comprehensive lists of qualified requirements to the administrative personnel is used in the UK. Among them:

- understanding of the nature of administrative processes, knowing of the main types of organizational structures of management, functional responsibilities and working styles, possessing of ways of increasing the efficiency of management;
- the ability to understand the modern information technologies and means of communication, that needed for the administrative personnel;
- the oratorical skills and the ability to express thoughts;
- possessing of art of people management, selection and training personnel, regulation of relations among subordinates;
- the ability to self-assessment of own activities, the ability to draw the right conclusions and improve his qualifications;
- the ability to assess not only knowledge, but also to show the skills in practice.

On the basis of practical experience requirements for the professional competence of leaders were worked out:

- knowing of official and functional responsibilities, ways of achieving goals and improving of the efficiency of work of the organization;
- understanding of the nature of administrative work and management processes;
- possessing of art of human resources management and effective motivation of personnel to achieving goals, improving the organizational culture;
- possessing of the art of arranging of effective relationships with the external environment;
- the ability to use modern information technologies and means of communication tools needed in the administrative process. Experience shows that some leaders skillfully lead the people along, successfully overcoming the difficulties, while others in similar conditions cause a lack of confidence on the part of subordinates and fail.

The inability to convince, motivate the actions of subordinates and, finally, influence a person so that he wanted to implement the decision taken by the leader - shows that such a leader has not a complete set of qualities needed him.

All variety of requirements for leaders can be divided into three groups: philosophical, business, moral-psychological.

But it is important not only to properly set the objective requirements of professional suitability of the leader. It is equally important to work out methods for their detection in people, possess well-founded technology of evaluation and selection of personnel. Philosophical quality.

World view of people - it is a system of values that is defined by his knowledge,

the logic of thinking and behavior, properly oriented will, forcing to act on inner conviction, as the commanded duty and conscience.

Values - that is just what is important, significant, worthwhile things for man. They define his relation to various attributes (significant signs) of life: social, material and spiritual. Even in ancient times knew that a person has spiritual power, faithfulness to his beliefs and certitude of being in the right, which gives courage to overcome many difficulties.

According to Aristotle, such man is on the top step of the spiritual greatness and courage. It is consisted in that equally openly to express love and hate in order to try and talk about anything else with the utmost sincerity and that, appreciating the truth above all else, do not pay attention to the approval and disapproval emanating from others. Human values - this is his view, that he is ready to adhere to it willingly, to fight for it and to improve it. Values are not something that can be seen, and therefore they elude comprehension. They can be recognized only studying reactions and attitudes that underlie human behavior.

The values can be determined by examining the relationship of man to the following attributes of life:

- to power (with respect, doubt ...);
- to the result of the work;
- to risk;
- to help others;
- to life and work;
- to promote and punishment;
- to pleasures, etc.

Some values can be shared by all members of society, the other cannot be shared. There is maybe the complete endorsement of the views, the agreement with the views, the ability to put up or complete disagreement. Development of human value systems occur by fairly complicated way of education, observations, experiences.

As experience arises, the nature of human values can vary. During choosing a leader it is important to know by what moral and spiritual rules man is guided in his life, work, communication; what are his the ideals, values. Under world view qualities of the leader are understood his ideological convictions and opinions, his dedication to work, his life position (philosophy of life), which forms a certain system of values and ideals. In the solution of many problems, that encounters a leader, usually there are several alternative solutions. He is granted a certain freedom of the choice, what and how to do.

The choice of variant depends on what the leader considers valuable that is an important and correct.

Decisions taken by the leader have a great influence on his life, on that how he relates to others, what kind of man he became. The decisions taken in the past, determine the behavior in the present, they become the basis of values. It is useful for leader to analyze his values and take certain positions.

Personal qualities - the ability to fulfill the commitments and promises, determination and persistence in achieving goals, nonstandard thinking, creativity,

high level of erudition, strength of character, fairness, tact, neatness, punctuality, ability to win favor, a sense of humor, good health.

The effectiveness of the management depends on:

- the ability to determine the temperament and character of subordinates;
- the ability to guide himself;
- the ability to evaluate and choose the hard-working staff;
- the ability to see and to ensure the perspective of development of his collective;
- creativity and ability to innovate;
- high ability to influence others;

So we discussed the main characteristics and qualities that make up a psychological portrait of the leader. It remains to say that a person was not born with a set of qualities listed above, and all of them are combinations of features derived from the nature and socio-historical conditions of his life.

For the formation of the necessary qualities can contribute the socio-psychological trainings, and other special forms of education. But the main thing is that the leader has the desire to improve himself, and he realized that it is necessary every day "build", to create his own identity.

NON-TRADITIONAL GYMNASTICS IN OPTIMIZATION OF PHYSICAL EDUCATION CLASSES AT THE UNIVERSITY

Masharipova R.Y.

Tashkent State Dental Institute
ranowmasharipova@gmail.com

Rhythmic gymnastics, one of the most popular means used for the purpose of health improvement, has now conquered the whole world and is very popular among schoolchildren and students.

Despite this, scientific research carried out in educational institutions shows a deterioration in the level of health and physical fitness of students. Another problem is the decrease in the effectiveness of educational technologies in the system of physical education of students of higher education.

The relevance of the research lies in the study of the possibility of the differentiated use of non-traditional gymnastics means in the educational process of physical education at the university. Special monitoring data show that about 50% of young people with 2-3 different diagnoses of diseases come to higher educational institutions, and only about 15% of students can be conditionally considered healthy people.

The aim of the research is to increase the level of physical readiness of female students of a non-specialized university by means of non-traditional gymnastics.

Research objectives. To determine the effectiveness of the use of a complex of means of non-traditional gymnastics in girls 18-20 years old.

Organization of the study. Pedagogical observations in higher educational institutions have shown that along with traditional forms of physical culture - artistic gymnastics, rhythmic gymnastics, acrobatics, applied, medical, industrial, non-

traditional types are equally popular and in demand among students: athletic gymnastics, stretching, yoga, breathing gymnastics.

The study involved 1st year students of the Tashkent State Dental Institute.

Wellness classes were held twice a week for one hour for six months. The content of the lessons consisted of complexes of exercises and elements of a gymnastic orientation: rhythmic gymnastics, shaping and stretching. Classes began with performing exercises of rhythmic gymnastics, followed by further transition to performing exercises with rubber shock absorbers.

The set of stretching exercises consisted of unusual postures in the supine position, stomach position, on the side, sitting on the heels with the torso tilted forward, with an emphasis on the knees, contributing to stretching and relaxing the muscles.

Exercises of general physical training were carried out according to the method of circular training with dosed physical loads of different intensities and intervals of rest.

In order to determine the level of physical fitness of the trainees, in particular, the strength of the abdominal muscles, the strength of the muscles of the arms, mobility in the joints, coordination abilities, at the beginning of each month, a step-by-step control was carried out and included a group of specially selected exercises.

Results. The analysis of the results of the level of physical fitness of girl students allowed to reveal positive changes.

During the experiment, the girl students' indicators of abdominal muscles improved by 29.8%, leg muscles - by 37%, arm muscles - by 32%. A significant increase in the studied indicators is due to the fulfillment of exercises of strength types of non-traditional gymnastics with the use of auxiliary devices (weights, shock absorbers, gymnastic sticks).

Decrease in heart rate indicators (step test) from 126.0 ± 3.4 to 102.1 ± 3.0 beats / min. confirms the presence of the health-improving effect of the proposed motor modes of training in non-traditional types of gymnastics.

The results of experimental studies showed that in the process of training there were significant shifts in physical development and motor readiness, as well as an increase in the emotional state of the trainees.

The improvement in flexibility indicators (43.7%) is due to the fact that in each lesson, exercises were used to stretch the ligamentous-muscular apparatus - stretching.

A comparative analysis of the results obtained showed that special exercises of non-traditional types of gymnastics had a positive effect on the respiratory and cardiovascular systems of the body, contribute to the improvement of the functional readiness of those involved in physical activity during physical culture lessons in the educational process.

Conclusion. When choosing gymnastic exercises for their use in training sessions, preference was given to complex health-improving training, composed of such popular non-traditional types of gymnastics as: stretching, aerobics, shaping.

The sequential distribution of health-improving gymnastics means in the weekly cycle (dance, circular, stretching exercises) of a diverse nature has the most complete and versatile effect on the body of those involved.

Thus, classes in various types of aerobics have a positive effect on the body, increasing the level of physical activity, and are one of the available and effective means of improving student youth.

OPINIONS OF FAMILY DOCTORS ON THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES

Nurmamatova K.Ch. Karimova M.U. Mirzarahimova

Tashkent State Dental Institute

knurmamatova23@gmail.com

Introduction. One of the pressing issues of public health is improving the quality of medical care, including in primary - outpatient-polyclinic institutions. The correct organization of the work of family polyclinics can significantly reduce the costs of further treatment and rehabilitation measures for allergic diseases (AD).

Purpose of the study. Identification of organizational problems faced by doctors of outpatient clinics in the primary health care area (PHC) during the screening and clinical examination of children with allergies.

Material and research methods. To analyze organizational problems in family polyclinics, an anonymous survey of 60 family doctors of family polyclinics in Tashkent was conducted. The survey was carried out using a specially developed questionnaire. The questionnaire included 3 blocks of questions - demographic data, information about the organization of patient admission and clinical examination of patients with AD and risk groups.

Research results. One of the obligatory components of the quality of medical care in medical and polyclinic institutions is its resource provision, which includes the provision of quality personnel, modern material and technical base, working conditions of doctors, and their psychological status. One of the most important factors affecting the quality of the work of specialists is a comfortable psychological microclimate, however, only 41.7% of respondents rated it as favorable. The lack of mutual understanding with colleagues drew attention to 25.0% of the respondents. More than a third of the respondents 35.0% do not find a common language and support from the management of the polyclinic. Reduces motivation for full-fledged work and low wages, especially with increased physical and psychological stress. The overwhelming majority of respondents 90.0% were dissatisfied with their wages. Three quarters of family doctors (75.0%) noted a lack of time to communicate with a sick child and his parents. Almost all doctors attributed this to an excessive amount of completed medical documentation (95.0%). It should be noted that at present not all doctors have computers in their workplaces, which, according to doctors, could reduce the work with documents. Almost half of doctors (46.7%), due to their workload at work, cannot devote time to self-training, and more than a third of them, 36.7%, complained about the insufficient number of educational programs, including in allergology. Considering the issues that directly affect the quality of clinical examination of children with allergic pathology, it should be noted that 60

respondents gave a total of 254 answers, that is, each GP named more than 4 factors that negatively affect the quality of medical and preventive care for children with AD.

In the first place in terms of the importance of identifying and high-quality clinical examination of children with AD, the doctors of the polyclinic put the presence of a regional allergist. According to 90.0% of respondents, the absence of an allergist in the central polyclinic negatively affects the detection and further treatment of patients with AD. Insufficient technical and diagnostic base of the polyclinic in 68.3% leads to hyper or underdiagnosis of AD and forces patients to apply to private institutions, the Republican Scientific Specialized Allergy Center (RNSAC) and other institutions of the republican scale, where this diagnosis is carried out on a paid basis, which in turn, reduces the level of referral of patients with initial or mild forms of AD. The difficulty (abundance of documents, resolutions and patient's time expenditure) in making referrals for consultation or orders for hospitalization to government agencies contributes to a decrease in the level of referrals to specialized institutions in 26.7% of cases. This leads to the fact that patients directly apply to private or republican institutions with subsequent treatment and observation at them, which often leads to the loss of these patients from the field of view of polyclinics and ultimately hides the true extent of the problem of the prevalence of AD among children on a regional scale and affects the planning of preventive measures. This, in the opinion of every fifth doctor (20.0%), is facilitated by the low level of interconnection between the institutions responsible for the prophylactic medical examination of patients with AD.

The responsibility of doctors in the implementation of measures for the prevention, detection, treatment and further observation of the patient, as 28.3% of doctors admit, is at a rather low level. The majority of doctors, 61.7%, believe that insufficient responsibility of children with AD themselves leads to low indicators of the quality of clinical examination and deterioration of the patient's condition. their parents. This is manifested in a negligent attitude towards the fulfillment of the doctor's prescriptions (irregular visits to the doctor, elements of self-medication, violation of the diet, etc.). Very often, a child's disease is diagnosed in later stages precisely because 36.7% of patients seek help from a doctor late.

It should be noted that the level of awareness of primary care physicians in allergopathology is relatively low. Thus, only 46.7% of respondents are familiar with the concept of cross-allergy. Only 58.3% of respondents answered correctly with the international program for the detection of AR and BA, the concept of an elimination test and which foods most often provoke food allergies. The average level of awareness of family doctors on all questions about allergic pathology was 63.8. Insufficient awareness of practitioners of family polyclinics in the subject of AD, according to 36.7% of specialists themselves, is associated with an insufficient number of educational programs and information on allergies in children at their disposal.

One of the frequent reasons for the low quality of medical care for AD is the absence of allergists-immunologists in multidisciplinary family polyclinics, which forces family doctors to send children suspected of allergies to other institutions for

specific diagnostics and treatment.

All respondents agreed that holding mass events to promote knowledge among the population on AD is one of the most effective measures to prevent this pathology in childhood. Unfortunately, only 68.3% of doctors held mass events (talks and lectures) on this topic among residents attached to the polyclinic territories. There are practically no "Allergy Schools" at polyclinics, where it would be possible to conduct course training on allergy in children.

Conclusion. Thus, the quality of the organization of prevention, diagnosis and further treatment, and observation of children with AD in polyclinics is most influenced by:

- lack of pediatric allergists at the level of the district medical association;
- low interest and awareness of doctors in issues of early detection and clinical examination of children with this pathology;
- deficiencies in the examination of patients at the primary care level as a result of low technical equipment;
- Underestimation by parents of the main risk factors for this pathology, the initial manifestations of the disease, violation of the prescribed regimen of treatment and upbringing of a child with AD;
- low medical activity and parental awareness.

LABOR ACTIVITY AND PERFORMANCE OF NURSES WORKING IN DENTAL CLINICS

Ruziyeva S.Y., Juraeva F.J.

Tashkent state dental institute

sohibaruziyeva@gmail.com

Nowadays, dental care is one of the most important types of medical care. The quality of treatment and the results of care depend largely on her qualifications, professional skills, knowledge of the stages of the treatment and diagnostic process, and ability to work. The direct assistant to the dentist is the nurse. The role of nursing staff, which largely determines the quality and efficiency of services provided, plays one of the leading roles in solving the problems of medico-social care for the population. The socio-economic reforms currently underway are aimed at transforming all spheres of life and society. The population has the opportunity to freely choose a dentist, medical institution, form of payment and treatment. With the development of competition between dental institutions the emphasis is gradually and steadily shifting towards the development of preventive and aesthetic dentistry and more in-depth specialization, retraining of nursing staff in dental institutions. Effective development of healthcare system to a great extent depends on the state of professional level and quality of training, rational placement and use of nursing staff as the most voluminous component of human resource of healthcare. It is impossible to ensure the availability and quality of medical care to the population without high professional competence of the nursing staff. Management of the quality of nursing staff labor activity in medicine in general and in dentistry in particular is possible when the activity of nursing staff is studied, structured, and normalized. The solution of these problems is possible only on the basis of specific medical and sociological

researches. To optimize labor activity and increase the efficiency of professional work, it is necessary to regularly evaluate the results of work of both medical and nursing staff.

Purpose of the study: To analyze the structure of work activity and performance in order to identify the influencing factors on nurses that hinder the successful professional training of specialists.

Research objectives: To develop a theoretical and methodological outline of the labor activity of a nurse in terms of the main traditional approaches, to determine the essence, formation, properties, kinetics and functions.

The object of the study: Labor activity and performance of a nurse in a dental institution.

Methods and Results: Despite the successful development, the social status of nursing staff remains respectful. Theoretical and practical significance lies in the development of ideas about the structure of professional roles in specialists with secondary special education. The proposed practical recommendations can be used to improve the system of personnel training in specialized secondary educational institutions, as well as as a technique for optimizing and increasing the effectiveness of dental nurses.

Thirty nurses from Tashkent State Dental Polyclinic took part in the survey. All examinees have approximately the same material wealth and social status, the age of examinees is from 20 to 50 years old.

70% of the nurses are devoted to their profession; they can work all day long, taking time to explore new ideas. 30% of them are rather unsatisfied with their profession and would like to try other medical fields, these people work to keep their social conditions in check. Fifty percent have a high level of professionalism, and 50% have an intermediate level. Sixty-six per cent had a higher level qualification, 11% had a first level qualification, 8% had a second level qualification, and 15% did not have a category.

In terms of importance of important function of nurse's professional activity for optimization of dental appointments 41% - observance of sanitary-epidemiological regime; 23% - emergency medical aid in extreme situations; 17% - participation in sanitary-educational work with patient; 6% - organization of office work; 3% - participation in diagnostic measures; 1% - documentation management.

Among the cost factors of production time suggested in the list, the most costly was the organization of the work of the office.

90% of nurses give recommendations on oral hygiene to patients.

95% regularly attend scientific and practical conferences and seminars on medicine.

85% ask to increase material level or give bonuses, 5% ask to provide psycho-emotional support, and 10% ask to work for 1 doctor.

100% want to improve their work by introducing new innovative technologies, which will improve the quality of nursing care and unify nursing documentation in nursing activities.

Conclusion: Based on the research conducted, special programs have been developed and the following practical recommendations have been made:

-Include a separate position "nurse - dental assistant", define her professional duties and requirements for qualification.

-To amend the educational standard for the training of nurses in specialized secondary educational institutions.

-To ensure that nurses are fully utilized in the workplace, to include in the training program for the specialty of Dental Nurse.

-Develop a program to focus on building effective nursing performance and a sustainable positive attitude toward the medical profession.

All these factors are aimed at improving the quality and effectiveness of nursing activities. The study carried out on the basis of Tashkent State Dental Polyclinic gave us an opportunity to comprehensively review and study the scope and organization of nurses' work and to identify the effectiveness of nursing activities and improve the effectiveness of professional work.

WORK MOTIVATION OF NURSES WORKING IN DENTAL INSTITUTIONS

Ruziyeva S.Y., Marufi F.A

Tashkent state dental institute

sohibaruziyeva@gmail.com

One of the main reasons influencing the labor motivation of personnel is the level of material remuneration for work and sense of fairness of this remuneration. For externally motivated workers, this factor can be of decisive importance not only as a supporting and regulating motivational state, but often plays a decisive role in deciding whether to continue working in this or that organization and in medicine in principle. For intrinsically motivated workers, other factors are undoubtedly more important. The prestige of the nursing profession, as noted earlier, plays one of the significant roles in the structure of nurses' work motivation. Most of the reasons listed above are directly or indirectly related to the position that the profession occupies in society.

Objective: to identify the strengths and weaknesses of nurses in a dental polyclinic. Degree of satisfaction with their work by doctors and nurses of dental organizations of different forms of ownership and analysis of factors that determine the motivation of the work of these employees.

Research objectives: Theoretically analyze and dissect the labor motivation of nurses in the dental department. To find the roots of the problems of nurses with heavy morale.

The object of the study: Labor motivation of nurses working in a dental polyclinic.

Methods and results: In order to identify and assess the degree of influence of the main motivating factors on the employees' attitude to work a sociological survey was conducted. The survey was carried out with the help of specially designed questionnaire which included blocks characterizing the following parameters: satisfaction with different sides of work; factors acting on labor activity; rating of work characteristics; motives determining professional interest; conditions

stimulating activity. Sixty nurses from the Tashkent State Dental Clinic participated in the survey. Calmness, restraint, responsibility and understanding.

These are the qualities that will help in such a difficult and responsible job. After all, a patient's life depends on each employee. 78% have qualification category of Higher level, 9% have qualification category of First level, 6% have qualification category of Second level, and 7% have no category.

According to the degree of importance of labor motivation of a nurse: 15% - for participation in sanitary-educational work with a patient, 40% - for the organization of the office, 5% - for participation in diagnostic activities, 20% - for the maintenance of documentation.

Among the cost factors of production time suggested in the list the most costly was the organization of the work of the office. Sixty percent asked for an increase in material level or bonuses, 25% asked for support for work motivation, and 15% asked to work for 1 doctor.

90% want to improve work with the introduction of new innovative technologies, which will improve the quality of nursing care and unify nursing documentation in nursing activities. 10% of the nurses are not familiar with computer technology. But not all nurses have composure, determination, courage, and the ability to empathize with others.

All of the types we have discussed above have indicated which nurses have the most difficulty coping with the moral burden and the physical burden, since many nurses stay up nights, watching over patients, and helping them physically and mentally. So why does this happen?

All people are individual and not everyone is able to cope and maintain their mental state. But how do you motivate workers?

Unfortunately, it is not possible to motivate everyone or those who do not want it at all. There is no point in motivating nervous, irresponsible nurses; they should not be hired in principle.

But others who just burn out from the amount of work, they need support and motivation from doctors, relatives and loved ones. But there are also those who motivate themselves, it's all strictly individual.

Now I would like to discuss what a dentist's office nurse should be. The dental office nurse is one of the key employees. It is the nurse who helps the doctor to carry out preventive and therapeutic procedures.

The nurse's involvement makes the dentist's activities more effective. In this regard, finding a responsible, competent and knowledgeable nurse is important for any medical facility.

Conclusion: Improving the work motivation of nurses is an urgent public health problem. Filled out special questionnaires, in which a survey among nurses in dental institutions was made. Analyses and studies have shown that the level of development of labor activity among medical workers is in direct dependence on the degree of category, length of service, i.e., predetermined by objective social conditions. In addition, the activity of medical workers is influenced by a number of subjective factors (value-motivational), such as getting high results in work, moral

satisfaction, recommendation for assignment or confirmation of the category, professional growth.

The main directions of increasing the work motivation of nurses. High quality of nursing work is ensured when four work factors are present: human, organizational, technical and time factors.

Equipping medical institutions with modern equipment and implementation of modern technologies. Development of the nursing process as the main model of nursing care.

The health care provider is a support for the physician. How can this expression be interpreted?

One interpretation is to support and back up the doctor and patients. The work of nurses is largely underestimated, but no one thinks about the importance of this work, of course, the doctor is higher in rank and position, but how would doctors cope without the help of nurses?

The doctor makes the referral and prescribes the treatment the nurse performs it all. The prestige of the nursing profession, as noted earlier, plays a significant role in the structure of nurses' work motivation.

FEATURES OF NUTRITION OF PERSONS WORKING WITH SOURCES OF IONIZING RADIATION.

Turakhonova F.M., Tukhtarov B.E., Umarov B.A.

Tashkent State Dental Institute

Samarkand State Medical Institute

feruzazub@mail.ru

All over the world, in order to improve and facilitate the working conditions of working people, improvements in technology and technological processes are taking place. But, despite the automation of the labor process, which makes it possible to improve working conditions, the time of contact with harmful factors has not decreased. Harmful factors can include not only chemical, but also physical, biological and others. One of the common physical factors is ionizing radiation, when exposed to which it can lead to various serious pathological conditions.

To prevent and preserve the health of those working under such conditions, a set of measures is used. To the general set of measures to prevent adverse effects on the body, an important role belongs to the organization of therapeutic and prophylactic nutrition at work places.

Therapeutic and prophylactic nutrition must meet certain requirements: first, it must increase the protective functions of physiological barriers, ensure resistance to adverse factors; secondly, it should contribute to the rapid elimination of harmful substances from the body; thirdly, it should improve the functional state of organs and systems, mainly affected by harmful factors; fourthly, it must compensate for the arising lack of nutrients under the influence of harmful production factors, especially those that are not synthesized in the body; it should also have a beneficial effect on the nervous and endocrine regulation of the immune system, metabolism; should help to increase the general resistance of the body, improve well-being, prolong active life, reduce general and occupational morbidity.

There are several types of therapeutic and prophylactic nutrition, depending on the harmful factor that affects the body of workers.

For persons working with sources of ionizing radiation, use the diet of therapeutic and prophylactic food No1. One of the main properties in this food is - protective action.

One of the substances that has a protective function, i.e. a radioprotective property is cystine. If you introduce foods that contain cystine, i.e. this cheese, dairy drinks, cottage cheese, etc., leads to a decrease in the effect of ionizing radiation. In addition, in order to bind and remove radioactive nuclides, it is necessary to include foods rich in pectin compounds in the diet, i.e. these are vegetables, fruits, berries, as well as fresh unclarified juices from these products. In addition to products that contain cystine, other amino acids, oxycystols, bile acids, nucleic acids, a number of vitamins and minerals can be used.

Also, the diet includes foods high in lipotropic substances that stimulate fat metabolism in the liver and increase its antitoxic function. These include liver, eggs, milk and dairy products, fish, vegetables, fruits, vegetable oils, etc.

When radionuclides enter the body of workers, the principle of binding of radionuclides in the gastrointestinal tract is often used. Such products include foods rich in pectins: pears, carrots, pumpkins, apples, bell peppers, marmalade, marshmallows; anticyanates: plum, black currant, grape, cherry; phytates: cereals (cereals), legumes, etc.

In addition, to accelerate the elimination of radionuclides from the body, it is necessary to use foods rich in fiber, i.e. vegetables, fruits, cereals, coarse bread.

It is also necessary to eat foods rich in vitamins A, C and E, which have antioxidant properties; and trace elements such as iodine, zinc, selenium, cobalt; and biologically active additives.

Additionally, it is necessary to regularly pass the passage of bile and urine, which contribute to the elimination of radionuclides. In this case, an additional amount of liquid, herbal infusions, diuretic and choleric origin are used.

There are also a number of foods that contain prooxidants and should be avoided. These include rhubarb, red currants, etc. Do not eat a lot of food rich in fats.

With the correct use of the above food products, we can prevent various pathological conditions that subsequently arise from exposure to ionizing radiation.

STOMATOLOG SHIFOKORLARNING STOMATOLOGIK KASALLIKLARINI OLDINI OLISHDAGI BILIM DARAJASINI ANIQLASH BO'YICHA IJTIMOIIY TADQIQOTLAR

Umarov B.A., Karimova M.U., Muyassarova M.M.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

botirumarov64@gmail.com

Avvalgi belgilangan dasturga muvofiq, anketa usulida 108 nafar stomatologlarning bolalarda uchiraydigan tish kasalliklarini oldini olish bo'yicha tayyorgarligi har tomonlama o'rganilib, sanitariya savodxonligi darajasi aniqlandi. Shu asnosida biz tish kasalliklarining sabablari, ularning oldini olish usullari va boshqalar haqidagi savollarni o'z ichiga olgan so'rovnomanini ishlab chiqdiqu.

Tadqiqot maqsadi. Sotsiologik tadqiqotlar yordamida stomatolog shifokorlarning stomatologik kasalliklarning oldini olish bo'yicha bilim darajasini aniqlashni o'rganish.

Materiallar va usullar. Respondentlarning umumiy sonidan 45 nafarni tashkil etgan bo'lsa, ($41,67 \pm 4,81\%$) bolalar stomatolog shifokorlari o'z mutaxassisligi bo'yicha 10 yildan ortiq ishlaganlari 21 nafarni, ($19,44 \pm 3,61\%$) 5 yildan 10 yilgacha ishlagarlari 42 nafarni, ($38,89 \pm 4,21\%$) ish tajribasiga unchalik ega bo'lmaganlari 5 yildan kam ishlagan.

Ijtimoiy tadqiqotlarni utkazish davomida har bir respondent so'rovnomanini mustaqil ravishda to'ldirdi. Stomatolog shifokorlarning bilim darajasini baholash 3 ta kasallik tizimi bo'yicha o'tkazildi:

- yaxshi bilim darajasi - to'g'ri javoblar 75% dan kam emas.
- qoniqarli bilim darajasi - to'g'ri javoblar 55-75% ni tashkil etdi.
- qoniqarsiz bilim darajasi - to'g'ri javoblar 50% dan kam.

Tadqiqotlarni utkazish davomida ma'lum bo'ldiki, stomatologik kasalliklar profilaktikasini "a'lo darajada" biladigan stomatolog shifokorlarning o'rtacha kursatkichlari $78,70 \pm 4,07\%$ bolalardagi uchiraydigan tish kasalliklarining oldini olish bo'yicha "yaxshi ma'lumotga ega" masalalarga, "qoniqarli bilimga" $-16,67 \pm 3,41\%$ ni kiritish mumkin. , "Bilganlar qoniqarsiz"ga $-4,63 \pm 1,98\%$.

Stomatolog shifokorlarning bilim darajasi ularning mutaxassisliklari bo'yicha ish stajiga bog'liq emas ($p < 0,05$). Biz olgan sotsiologik materiallarni chuqur tahlil qilish shuni ta'kidlashga imkon beradiki, stomatologlarning katta qismi bolalarda tish anomaliyalarining shakllanishiga olib keladigan sabablar orasida irsiyat ($91,36 \pm 2,01\%$), barmoqlarini so'rish ($90,64 \pm 2,08\%$), og'iz orqali nafas olish ($83,15 \pm 3,17\%$), qo'g'irchoq so'rish ($78,35 \pm 3,12\%$), sut tishlarining erta yemirilishini ($80,26 \pm 3,74\%$) qayd etadi.

Kamchilik stomatologlar sun'iy oziqlantirish ($49,34 \pm 4,41\%$), bolaning tez-tez kasallanishi ($33,14 \pm 4,07\%$) va shuningdek ($3,54 \pm 1,71\%$) tishlarning noto'g'ri joylashishi sabablariga oid savollarga javob berishdan bosh tortishdi.

Natijalar va muhokama. Shunday qilib, bizning tadqiqotimiz natijalari bolalar o'rtasida profilaktika tadbirlarini o'tkazish uchun ularning bilimlari nisbatan yetarli darajada ekanligini ko'rsatadi.

Stomatolog shifokorlarining bilim darajasini umumiy va ijobiy baholashga qaramay, ular hali ham onalarni hayotning birinchi yilida bolalari bilan tish shifokoriga murojaat qilishga undamaydilar, bu respondentlarning javoblaridan aniq ko'rinadi.

SOCIOLOGICAL FEATURES OF THE SPREAD OF INFECTIOUS TRANSMITTED BY WATER.

Umurzakova D.A., Babich S.M.

Andijan State Medical Institute

umurzakova0817@gmail.com

Water-related diseases pose a serious threat to human health worldwide, especially in developing countries. Over the past decade, Uzbekistan has made significant investments in the modernization of water supply and sanitation systems.

Despite this, the citizen of the country still faces problems of access to clean water and reliable water supply. Because of this, the country still has high rates of some diseases caused by water. Pollution occurs mainly in areas where departmental water supply systems take water from surface waters (rivers, canals, lakes, ponds, etc.), which may be contaminated with secretions of infected people or animals.

The purpose of the study. To assess the possibility of adverse effects of social factors on the health of urban and rural population of the Republic of Uzbekistan in terms of infectious diseases related to water, in order to optimize the system of preventive measures.

Materials and methods. The studied materials were statistical data, the results of a survey among the rural and urban population (200) in different random and control groups consisting of 100 people. In this work, sociological and statistical research methods were used.

The results of the study. And in the control group, respondents aged 18-25 made up 25%, 26-32-year-olds 42%, 33-40-year-olds 20%, 40 and older respondents made up 13%. To the question about "Where do you work?" in the group of sick workers there were 38 people (38%) and 62% unemployed, respectively. And in the control group, 47 working and 53 unemployed. As it turned out, the incidence of acute intestinal infections among unemployed families is higher than working families. (OSH=1.45). Among respondents in the group of patients with pets, 87% keep animals at a distance of less than 30 meters from the water source, the remaining 17% - further than 30 meters. In the control group, these indicators were 61% and 39%, respectively. When infected with acute intestinal infections, the distance between animals and water sources plays an important role. (OR=3.3). In acute intestinal infections, 86% of respondents answered the question about the need for medical help in a group of cases among respondents that they self-medicate at home at the beginning, and 14% go to medical centers immediately after acute diarrhea. In the control group, these indicators were 72% and 28%, respectively. From the survey it was revealed that the distance between the home of respondents who do not seek medical help and the medical center was about 1.5-3 km, and those who applied 14% (n=14) in most cases (n=10) live within 500 meters from medical centers. Arbitrarily treated respondents in the group of cases 47% use traditional medicine, and 53% indicated that they use various medications against diarrhea; in the control group, these indicators were 38% and 62%.

Conclusions: Studying the survey responses, it was revealed that the sanitary living conditions of the respondents were satisfactory. Despite the fact that gross violations were identified in the storage, transportation of drinking water; personal hygiene. It can be concluded that, in the spread of intestinal infections in our region, an important role is still played by the lack of provision of clean drinking water to the population, the lack of sewers in rural areas, not carrying out sanitary and educational work by medical personnel, as well as not being able or ignoring elementary sanitary rules leads to the further spread of infectious diseases transmitted by water.

УРОВЕНЬ ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫХ РЕГИОНАХ

Ахмедов М.Э., Рустамова Х.Е., Каримова М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт
hamida_r@rambler.ru

Врожденные пороки развития (ВПР) являются актуальной и все еще не решенной проблемой современной медицинской науки, так как вносят весомый вклад в показатель перинатальной, младенческой и детской смертности. В структуре младенческой смертности ВПР стабильно занимают второе место после «отдельных состояний перинатального периода». Среди всех ВПР крайне неблагоприятным прогнозом здоровья и качества дальнейшей жизни ребенка отличаются врожденные пороки сердца. В последние годы отмечается рост числа детей со сложными пороками сердца и крупных сосудов, лечение и реабилитация которых требуют больших финансовых затрат и не всегда эффективны.

Цель исследования: анализ уровня доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) детям с врожденными пороками сердца в отдаленных регионах.

Материал и методы исследования: Для анализа доступности хирургического лечения ВПС для детей нами использованы данные областного реестра хирургического вмешательства при болезнях системы кровообращения (на примере Навоийской области). Проведен опрос родителей детей с ВПС по вопросам своевременности и качества оказания им ВМП.

Результаты исследования: В структуре ВПР среди детей в целом по республике, почти 1/3 часть занимают врожденные пороки сердца и системы кровообращения, далее следуют множественные ВПР, хромосомные аномалии, пороки костно-мышечной системы. Основную роль в оказании ВМП играют Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры (РСНПМЦ) экстренной и неотложной помощи, хирургии, кардиологии и филиалы этих центров в областях. РСНПМЦ являются основными координирующими, лечебными, научно и организационно - методическими организациями, регулирующими оказание специализированной помощи на территории всей страны. В Навоийской области оказанием ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» занимается многопрофильный центр, расположенный в центре данной области. В целом по региону ежегодно регистрируется в среднем 100-110 детей родившиеся с ВПС. В 2018 году на областном уровне были проведены всего лишь 2 операции детям с ВПС, в 2019 году были произведены 18 кардиохирургических вмешательств. Необходимо отметить, что кардиохирургические вмешательства были проведены с применением современных высоких технологий. После проведения операции установлено динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей. До настоящего времени состояние здоровья оперированных детей (20) удовлетворительное, без осложнений. Необходимо отметить, что 17,8±2,0% родители, чьи дети состояли на учете по поводу ВПС, дали хорошую оценку

организации работы поликлиники. Профессионализм врачей поликлиники как хороший охарактеризовал каждый пятый $22,7\pm 2,0\%$ респондент, удовлетворительным его сочли большинство респондентов $72,7\pm 2,3$ и только $4,6\pm 1,1\%$ считали работу врачей как непрофессиональную ($P < 0,05$). Результаты опроса родителей показали, что $74,3\pm 2,8\%$ из них были удовлетворены продолжительностью, условиями ожидания и отношением персонала в приемном отделении в момент госпитализации. В оценке профессионализма медицинского персонала кардиологического отделения Навоийского областного многопрофильного медицинского центра более половины респондентов $55,2\pm 2,6\%$ поставили оценку хорошо. Профессионализм медицинских сестер был оценен респондентами как хороший в $61,7\pm 2,5\%$, как удовлетворительной в $36,1\pm 2,6\%$ и как не удовлетворительный $2,2\pm 0,8\%$ случаев ($P < 0,05$). В целом все опрошенные отнеслись к качеству и полноте диагностики в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре как хорошей в $70,8\pm 2,3\%$ случаев, ещё $25,6\pm 2,3\%$ охарактеризовали ее как удовлетворительную и только $3,6\pm 1,0\%$ были не удовлетворены данной услугой ($P < 0,05$). Большинство опрошенных $69,7\pm 2,4\%$ сошлись во мнении, что полнота лечения и организация обеспечения процесса лечения фармакологическими средствами заслуживает оценки хорошо. В целом качеством лечения в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре остались удовлетворены $92,8\pm 1,3\%$ пациентов, на хорошо деятельность центра оценили $3,6\pm 0,9\%$ и неудовлетворены качеством работы центра так же $3,6\pm 0,9\%$ пациентов ($P < 0,05$).

В настоящее время благодаря реализации вышеуказанных программ, совершенствованию диагностических и оперативных методик, отмечается снижение показателей смертности среди детей с ВПС. Однако, известно, что количество детей с врожденными пороками сердца составляет около $0,6 - 0,8\%$ на 100 новорожденных. Следовательно, с учетом ежегодной рождаемости по Навоийской области 21-22 на 1000 населения (около 22 тыс. в целом), потребность в операциях по поводу ВПС у детей составляет приблизительно 130-160 операций в год. Следовательно, перед здравоохранением данной области и в целом республики стоят еще большие задачи в совершенствовании ВМП детям с ВПС.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Доронина О.В., Кононыхин А.А., Курмангулов А.А.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень
kurmangulovaa@tyumsmu.ru

Актуальность. Проведение исследований, направленных на обоснование медико-организационных мероприятий по совершенствованию раннего выявления онкологических заболеваний на амбулаторном этапе на основе принципов бережливого производства, представляет научный и практический интерес. Визуализация как метод бережливого производства может

способствовать выявлению проблем в процессе и связи между ними, а также объём информации, достаточный по глубине и полноте для принятия управленческого решения и разработки плана улучшений.

Цель исследования. С помощью метода визуализации бережливого производства установить особенности маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическую патологию в условиях поликлиник.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе одной из поликлиник города Тюмени в период 2017-2019 гг. Устанавливалось время от момента установление предварительного диагноза до начала прохождения лабораторного исследования (Т1); время от момента установление предварительного диагноза до начала прохождения инструментального исследования (Т2); время от момента установление предварительного диагноза в условиях медицинской организации до первого приема онколога либо узкого специалиста по профилю (Т3); время от момента установление предварительного диагноза до выдачи направление в специализированного учреждение (Т4).

Результаты исследования и их обсуждение.

Из базы данных медицинской информационной системы исследуемой медицинской организации в период с 2017 по 2019 гг. были отобраны случаи с впервые выявленной онкопатологией. Объектом исследования стали 87 человек, из которых 55 женщин (63%) и 33 мужчины (38%). На момент постановки диагноза средний возраст исследуемых составил $56,6 \pm 7,9$ лет, средний возраст мужчин и женщин $53,3 \pm 6,9$ лет и $58,6 \pm 7,3$ лет соответственно ($p < 0,05$). Наиболее частое выявление злокачественное новообразование (ЗНО) приходится на месяц октябрь — 24% (21/87) всех впервые выявленных ЗНО. Наименьшее количество впервые выявленных ЗНО зарегистрировано в феврале — 4% (3/87).

Хронометрирование и визуализация маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическую патологию позволила рассчитать временные показатели и коэффициенты и установить особенности данного процесса с точки зрения определения основных и дополнительных потерь бережливого производства. При подозрении на ЗНО соединительной ткани Т1 ни у одного из пациентов не превысило 2 дней, среднее Т2 составило 9 ± 2 дня, среднее Т3 — 5 ± 1 день, Т4 — 13 ± 2 . Наибольшие сроки ожидания составили при назначении мультиспиральной компьютерной томографии — до 33 дней. При подозрении на ЗНО кишечника Т1 составило до 2 дней, Т2 = 18 ± 3 дня, Т3 = 9 ± 3 дня, Т4 = 19 ± 2 дня. Среди факторов, наиболее сказавшихся на времени Т3 и Т4 оказались исследования компьютерная томография и колоноскопии. При подозрении на ЗНО легких Т1 составило до 3 дней, Т2 = 5 ± 1 дня, Т3 = 7 ± 1 дня, Т4 = 12 ± 2 дня. Подозрения на различные ЗНО кожи характеризовались однотипным временным профилем: Т1 = 2 ± 1 день, Т2 = 5 ± 1 дня, Т3 = 6 ± 1 дня, Т4 = 9 ± 1 дня. Часть обязательных для направления в специализированное учреждение исследований невозможно провести на базе поликлиник доступность проведения отдельных исследований (компьютерная томография, включая

мультиспиральная компьютерная томография, фиброколоноскопия) составляла до 33 дней.

При изучении действующего маршрута пациента с момента подозрения ЗНО до консультации врача-онколога в специализированном учреждении были установлены следующие организационные этапы: запись на прием к врачу-терапевту участковому (средний коэффициент эффективности процесса условный, КЭПусл — 66%), прием врача терапевта участкового (КЭПусл — 78%), выдача направлений на исследования (КЭПусл — 93%), забор крови для лабораторных исследований (КЭПусл — 87%), запись на диагностические исследования (КЭПусл — 39%), проведение диагностических исследований (КЭПусл — 44%), оформление направления на консультацию к врачу-онкологу в специализированное учреждение (КЭПусл — 44%), запись на прием к врачу-онкологу в специализированное учреждение (КЭПусл — 15%).

Заключение. Визуализация при помощи картирования потока создания ценности процесса «Маршрутизация пациентов с подозрением на онкологическое заболевание» позволила определить узкие места потока и на основе её анализа выявить все непроизводительные затраты и процессы. Среди основных проблем изучаемого процесса с позиции бережливого производства можно выделить следующие: несовершенство маршрутизации на уровне поликлиники (нахождение пациента в общем потоке пациентов, проходящих плановое обследование), длительные сроки ожидания обязательных исследований, большое число посещений пациентом медицинской организации, в процессе дообследования; длительные сроки ожидания обязательных исследований, не проводимых в медицинской организации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОПОЛИМЕР - ФЛОКУЛЯНТОВ СЕРИИ “СФ” ПРИ ОЧИСТКЕ ВЫСОКОМУТНЫХ ВОД ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОДОИСТОЧНИКОВ

Ибрагимхуджаев Б.У., Таджиев М.Х., Турахонова Ф.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Изучена флокулирующая способность сополимер-флокулянтов (СФ) при очистке высокомутных вод. Показано, что осветляющее действие СФ в 2-3 раза выше относительно полиакриламида. Установлены оптимальные дозы сополимер - флокулянтов при очистке высокомутных речных вод.

В технологии очистки природных и сточных вод широко используют различные высокомолекулярные вещества – флокулянты. Ими заменяют минеральные коагулянты для интенсификации процессов очистки воды и улучшения ее качества. Очистку высокомутных вод затрудняет в основном присутствие высокодисперсных частиц, образующих устойчивую муть. Необходим поиск метода быстрого и качественного осветления таких вод с одновременным выделением твердой фазы в целях улучшения водообеспеченности и охраны природы. Значительный интерес в этом отношении представляет исследование флокулирующих свойств сополимеров, содержащих различные функциональные группы, а также способов их применения в народном хозяйстве.

Мы испытывали сополимеры серии СФ, полученные радикальной сополимеризацией соответствующих мономеров. СФ-1-сополимер винилпирролидона и акриламида; СФ-3-винилпирролидона и метилолакриламида; СФ-7-винилпирролидона и аллилглицидилового эфира и СФ-8-винилкапролактама и аллилглицидилового эфира; СФ-8-винилкапролактама и аллилглицидилового эфира. Они синтезируются простым и дешевым способом, причем в больших количествах.

По токсичности сополимер-флокулянты (СФ) мало отличаются от полиакриламида (ПАА); среднесмертельные дозы (ЛД₅₀) для СФ свыше 3000 мг/кг массы животных.

Мы изучали флокулирующую способность сополимеров СФ при очистке водоразличной мутности поверхностных водоемов, используемых в городском водоснабжении. Это воды рек Амударьи и Кызкеткеи (г. Нукус), каналов Бозсу (г. Ташкент) и Северо-Ферганского (г. Наманган). Содержание твердого вещества в изученных водах колебалось от 50 до 10000 мг/л; рН воды 6,8-8,4; концентрацию флокулянтов изменяли в пределах 0,2-2,0 мг/л. Эффекты, вызываемые сополимерами, сравнивали с флокулирующей способностью применяемого в промышленности полиакриламида. О степени осветления мутных вод судили по изменению прозрачности фильтратов и остаточному количеству взвешенных частиц.

Эксперименты проводили на модельной установке вертикального отстойника размером 200:1000 мм. К подаваемой в отстойник воде добавляют флокулянт (СФ) различной концентрации. После минутного перемешивания воде дают отстояться и через определенное время (6, 12, 18 и 30 мин) из глубины отстойника (0,5-1,0 м) берут пробы для определения остаточного количества взвешенных частиц с помощью ФЭК—56 М (по оптическим плотностям). По результатам осветления воды в зависимости от вида флокулянтов, добавление 2 мг/л сополимер - флокулянта значительно ускоряет осаждение частиц дисперсной фазы природной воды. Осаждение происходит неравномерно и поэтапно. Сначала, сразу после введения флокулянта и перемешивания, происходит укрупнение взвешенных частиц и быстрое осаждение. Дальнейшее оседание идет медленно, так как оседают мелкие частицы. Большая часть твердой фазы осаждалась за первые 6 мин. от начала взаимодействия воды с флокулянтами независимо от исходной мутности.

Степень очистки воды в присутствии флокулянтов СФ зависит от их концентрации и содержания твердой фазы.

Можно сделать вывод, что эффект осветления усиливается с повышением концентрации взвешенных частиц. Это объясняется влиянием ортокINETической коагуляции, способствующей повышению скорости осаждения твердой фазы.

Наиболее эффективным сополимером (СФ) оказался СФ-7. Его флокулирующее действие в 2-3 раза выше относительно используемого в настоящее время полиакриламида, так, при добавлении сополимер- флокулянта к мутной природной воде с исходным содержанием взвешенных частиц 8000

мг/л остаточное количество взвешенных частиц после отстаивания для СФ—7, СФ—8, СФ—1 и СФ—3 соответствует 10; 18; 36 и 50 мг/л (для полиакриламида - 20 мг/л).

Флокулянты серии СФ не только повышают степень осветления, но и значительно улучшают фильтруемость воды, что является важным критерием оценки степени ее очистки. Так, в одинаковых условиях фильтрования (диаметр фильтра 56 мм, высота 2 м, эффективные размеры частиц кварцевого песка 1 мм) при исходном содержании взвешенных частиц в воде 30-50 мг/л, дозе флокулянта 0,05 мг/л и скорости фильтрации 16 мл/ч остаточное количество взвешенных частиц в присутствии СФ-7 составило 0,5—1 мг/л, а для ПАА - 2-4 мг/л.

Таким образом, сополимеры серии СФ более эффективные флокулянты при очистке высокомутных вод, чем полиакриламид. Для очистки поверхностно - речных вод целесообразнее использовать флокулянт СФ-7.

ЗНАНИЯ И ЛИЧНЫЕ НАВЫКИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ОСНОВА ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Иорданишвили А.К., Алибеков И.К.

*Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Военно-
медицинская академия им. С.М. Кирова*

professoraki@mail.ru

Для массовой первичной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта ВОЗ рекомендует наряду с фторированием питьевой воды, назначением препаратов фтора внутрь, местной обработкой зубов препаратами фтора и регулярной гигиены полости рта, начиная с детского возраста, также санитарно-просветительную работу, включая советы по питанию.

Важным звеном в первичной профилактике основных стоматологических заболеваний могут являться студенты медицинских вузов, которые могут принимать активное участие в санитарно-просветительной работе.

Сегодня хотелось бы оценить в сравнении меру профилактических знаний и умений по уходу за полостью рта у студентов различных факультетов медицинских вузов.

Цель исследования – оценить степень изношенности зубных щеток, которыми пользуются студенты первого и выпускного курсов лечебного и стоматологического факультетов одного из медицинских вузов мегаполиса.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 260 студентов в возрасте от 17 до 28 лет, из которых 135 (51,92%) чел. проходили обучение на лечебном, а 125 (48,08%) чел. на стоматологическом факультете. Из студентов лечебного факультета 72 (53, 33%)чел. учились на 1 курсе, а 63 (46,67%) чел. на 6 курсе. Из студентов стоматологического факультета 66 (52,8%)чел. учились на 1 курсе, а 59 (47,2%) чел. на 5 курсе.

При обследовании зубных щеток основное внимание обращали на степень износа щетины зубных щеток: незначительный, до 25% (нельзя быть уверенным, что зубной щёткой пользовались или нет); низкий (25 – 49%) – у

пучков зубной щетины имеются отдельные щетинки, расположенные в стороны; средняя степень износа (50 – 75%) – все пучки зубной щетины разбросаны друг от друга, многие щетинки завиты и/или выглядят матовыми); высокий уровень износа (76 – 100%) – большинство пучков зубной щетины перекрываются друг другом, спутываются при наличии большого количества завитых и согнутых щетинок зубной щётки.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «StatisticaforWindowsv. 6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено, что среди студентов 1 курсов обоих факультетов лучшие показатели по сохранности зубных щеток имели студенты стоматологического факультета ($p \leq 0,05$), хотя в процентном отношении у студентов лечебного и стоматологического факультетов зубных щеток со степенью износа щетины до 25% было практически одинаковым ($p \geq 0,05$), соответственно у 14 (19,44%) и 12 (19,05%) чел., в то время как со степенью износа от 26 до 49%, соответственно 29,17% (21 чел.) – у студентов леченого факультета и 46,03% (29 чел.) – у студентов стоматологического факультета.

Значительным было количество студентов, у которых изношенность щетины зубных щеток превышала 50%. Так, у студентов 1 курса лечебного факультета их было 37 (51,39%) чел. и у студентов 1 курса стоматологического факультета – 25 (34,92%) чел. Со степенью износа зубных щеток от 50 до 75% было 25 (34,72%) и 19 (30,16%) чел., соответственно, с лечебного и стоматологического факультета. Со степенью износа зубных щеток от 76 до 100% было 12 (16,67%) и 6 (4,76%) чел., соответственно, с лечебного и стоматологического факультета.

Среди студентов выпускных курсов лечебного и стоматологического факультетов количество людей, имеющих зубные щетки с малой степенью износа щетины достоверно возросло ($p \leq 0,01$). Так, среди студентов 6 курса лечебного факультета с износом щетины до 25% выявлено 18 (27,27%) зубных щеток, а с износом щетины от 26 до 49% – 24 (36,36%), в то время как у студентов 5 курса стоматологического факультета аналогичные показатели составили, соответственно, 18 (30,51%) и 31 (52,54%), что достоверно лучше, чем среди студентов выпускников лечебного факультета ($p \leq 0,05$). Значительным оставалось количество студентов, у которых изношенность щетины зубных щеток превышала 50%. Так, у студентов 6 курса лечебного факультета их было 24 (36,37%) чел. и у студентов 5 курса стоматологического факультета – 10 (16,95%) чел. ($p \leq 0,01$). Со степенью износа зубных щеток от 50 до 75% было 17 (25,76%) и 8 (13,56%) чел., соответственно, с выпускных лечебного и стоматологического факультета. Со степенью износа зубных щеток от 76 до 100% было 7 (10,61%) и 2 (3,39%) чел. ($p \leq 0,05$), соответственно, с выпускных лечебного и стоматологического факультетов.

Заключение. Таким образом, можно заключить, что необходимо повышать знания и навыки студентов медицинских вузов. С одной стороны, студенты медицинских вузов должны участвовать в пропаганде здорового образа жизни и принимать активное участие в санитарно-просветительной работе среди населения. В тоже время, они сами не всегда должным образом относятся к сохранению своего здоровья, как нами показано при обследовании степени изношенности щетины зубных щеток, которыми пользовались студенты первокурсники и студенты выпускники лечебного и стоматологического факультетов медицинского вуза.

ВЛИЯНИЕ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ СПОРТИВНО- ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Камилов А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Современная медицина наряду с развитием новых методов диагностики и лечения заболеваний характеризуется также и прогрессом в профилактическом направлении, где невозможны позитивные сдвиги без изменения образа жизни. Поэтому центральным моментом в продвижении здоровья представляется пропаганда здорового образа жизни.

Приоритетом при этом является пропаганда и развитие среди детей физкультуры и спорта.

На сегодняшний день одной из основных задач в стране является реализация единой государственной стратегии в области физической культуры и спорта путем разработки и внедрения современных спортивно-оздоровительных технологий. Система работы с детьми предполагает различные формы, средства и методы формирования представлений о здоровом образе жизни, которые зависят от возраста, пола, состояния здоровья и уровня развития ребенка.

Развитие детского спорта в республике осуществляется путем широкого вовлечения детей и подростков в регулярные занятия спортом, повышения качества детского спортивного образования, дальнейшего расширения сети детских спортивных объектов во всех регионах, включая сельские и отдаленные районы.

В этой связи нами были изучены: источники информации, из которых дети узнают об основных принципах здорового образа жизни, а также мнение учащихся о влиянии различных элементов образа жизни на здоровье человека, наличие мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья.

Нами проанализированы анкеты учащихся 36-ти спортивно-образовательных учреждений г.Ташкента (23), Ташкентской (7) и Сырдарьинской (6) областей. В результате анализа данных анкетного опроса, проведено ранжирование изученных факторов по степени их влияния на состояние здоровья человека.

Помимо этого, изучение анкетных данных показало, что большинство учащихся главным резервом здоровья человека последовательно считают такие

элементы образа жизни, как двигательная активность, закаливание, личная гигиена, рациональное питание, медицинское обслуживание, чередование труда и отдыха.

Следовательно, учащимся основной акцент делается на одной из составляющих здорового образа жизни - это физическое благополучие населения (двигательная активность, закаливание, рациональное питание, личная гигиена, профилактические прививки).

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МНОГОУРОВНЕВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Каримов В.В., Рузибоев Ш.Х.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
valeriy.karimov.88@mail.ru, sherzodruziboyev85gmail.com*

Актуальность проблемы. Программа социально-экономического развития нашей страны, перестройка здравоохранения и образования предусматривают создание принципиально новых условий, направленных на улучшение здоровья и подготовки человека к трудовой деятельности. Следствием этого является необходимость скорейшего внедрения результатов научных исследований и передового опыта по профессионально-прикладной физической подготовке медицинских кадров в практическую работу учебных заведений.

Анализ мировых социально-культурных и образовательных тенденций свидетельствует о том, что различные аспекты физической подготовки специалистов в последнее десятилетие стали объектом пристального внимания общества и предметом исследования: во многих высокоразвитых странах.

В проблеме профессионально-прикладной физической подготовки (ППФП), связанной с совершенствованием системы физического воспитания в педагогической науке продолжает оставаться ряд неразрешенных вопросов. Остаются мало разработанными теоретико-методологические основы формирования прикладных знаний, умений и навыков, способствующих достижению объективной готовности будущего специалиста к успешной профессиональной деятельности.

Непрерывная многоуровневая ППФП в системе физического воспитания молодежи имеет особое значение в сфере обучения будущих специалистов-стоматологов (терапевт, ортопед, хирург).

Однако в многолетней подготовке врача-стоматолога сегодня по существу отсутствует преемственность физического воспитания в довузовском, вузовском и поствузовском образовании.

Объективная потребность педагогической теории и практики в совершенствовании системы физической подготовки врача-стоматолога, недостаточная разработанность ее методологических, организационно-методических основ определили актуальность, значимость и выводы темы исследования.

Предмет исследования - педагогическая система многоуровневой физической подготовки врача-стоматолога.

Цель исследования - повысить качество профессионально-личностного становления врача-стоматолога путем внедрения педагогической системы многоуровневой физической подготовки специалиста.

Задачи исследования:

1. Определить место физической подготовки в системе общего и профессионального образования.
2. Выявить психологические особенности личности врача-стоматолога и особенности его профессиональной деятельности.
3. Провести экспериментальную проверку эффективности разработанной модели педагогической системы и программы многоуровневой физической подготовки врача-стоматолога.

Экспериментально доказано, что способность к управлению воспроизведением точности движения у учащихся медико-биологического лица и студентов стоматологического факультета, а также возможности опорно-двигательного аппарата врачей-стоматологов к выполнению сложно-координированных движений при длительных статических нагрузках могут совершенствоваться путем использования специальных физических упражнений, технических средств обучения, тренажеров и приспособлений.

Выделены приоритетные профессионально важные качества, сформированные у обучаемых по экспериментальной программе МППФП, где применялись физические упражнения, направленные на развитие моторной памяти и совершенствование мышечно-двигательных ощущений (точность воспроизведения движений), которые являются значимыми в профессиональной деятельности специалистов - терапевт-стоматолога, ортопед-стоматолога, хирург-стоматолога, детского стоматолога и челюстно-лицевого хирурга.

Разработаны, научно обоснованы модель педагогической системы и программа по многоуровневой физической подготовки врача-стоматолога. На практике, экспериментально доказано их эффективность, обеспечивающая получение в процессе профессионального обучения специалистов высоких прогнозируемых результатов и решение значимой научно-методической проблемы - преемственности подготовки выпускников в условиях многоуровневого медицинского образования.

Достоверность и обоснованность результатов и выводов исследования обеспечиваются исходными методологическими позициями, выбором и реализацией комплекса вариативных способов и методов, адекватных целям и задачам исследования, обоснованностью выбора методов в контрольно-оценочном и мотивационном аспектах; опорой на общепризнанные психологические и педагогические идеи; личным участием автора в опытно-экспериментальной работе.

Проведенный количественный и качественный анализ, статистическая значимость экспериментальных данных доказывает объективность и правомерность выводов, стабильный характер выявленных связей и закономерностей.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ

Курамбоев Я.Б., Курамбоева Н.Я.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Имеется большая взаимосвязь факторов окружающей среды с состоянием здоровья человека.

Самым грозным последствием экологического кризиса следуют признать значительную степени загрязнения природной среды (атмосферной, почвы, продуктов питания), под воздействием которого происходит снижение иммунологических и адаптационных способностью организма, что в конечном итоге приводит к формированию патологического процесса и различных заболеваний у населения. Известно, что адаптационные возможности человека к действующим вредным агентам ограничены, а истинная долговременная адаптация невозможно.

Важнейшим аспектом эпидемиологического изучения здоровья населения в связи с ухудшением экологических факторов, окружающей среды, является вопрос о выявлении конкретных обстоятельств, воздействия и природных факторов на здоровье людей.

Эти неблагоприятные экологические факторы способствуют снижению устойчивости организма человека, истощают его защитные силы, нарушают обменные процессы тем самым, усиливая патологическое состояние.

В Узбекистане, как и во всем мире, отмечается рост пародонтоза от 30% до 50% и более. Согласно данным ВОЗ.

Эпидемиологическая ситуация по пародонтозу в настоящее время во всем мире продолжает оставаться достаточно серьезной. Анализ публикаций показал недостаточное внимание к состоянию неспецифической резистентности организма и ее гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системе (ГГКС) на фоне влияния на организм экологически неблагоприятных факторов. Не изучены также причины хронизации различных заболеваний в условиях Приаралья.

Мы исследовали данные обращаемости в амбулаторно-клинические учреждения с целью выявления заболеваемости у практически здоровых людей, живущих в Приаралье и вдали от районов экологического бедствия.

Показано, что в условиях Приаралья, у людей в возрасте 30-40 лет пародонтоз регистрируется в 20-35 раз чаще, чем вдали от района экологического бедствия - жители Самаркандской области у практически здоровых людей (контроль), Распространенность хронического пародонтоза у женщин в возрасте от 30-70 лет 30% выше, чем среди мужчин.

Изучение региональных особенностей заболеваемости в экологических неблагоприятных условиях Приаралья установили, что в общей структуре болезней желудочно-кишечного тракта, пародонтоз занимает первое место.

ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ К СИСТЕМАМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СО СТОРОНЫ МОЛОДЕЖИ

Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

kurmangulovaa@tyumsmu.ru

Актуальность. Система визуализация является неотъемлемым инструментом для создания комфортной среды пребывания пациента в медицинской организации. В современных условиях любая медицинская организация может стать объектом информирования не только для пациентов и их законных представителей, родственников, сопровождающих, но и для других категорий населения. Понятие молодежь включает в себя особую социально-возрастную группу, отличающуюся возрастными рамками и своим статусом в обществе: переход от детства и юности к социальной ответственности.

Цель исследования: изучить основные потребности к системе визуализации медицинских организаций студентов медицинских образовательных организаций.

Материал и методы. В исследовании приняли 700 студентов медицинских вузов (56%) и сузов (44%) в возрасте от 17 до 24 лет (девушки/юноши = 84%/16%). Участие в исследование приняли студенты более чем из 40 населенных пунктов из трех стран: Тюмень, Тобольск, Сургут, Новый Уренгой, Кисловодск, Калининград, Муравленко, Ташкент (Республика Узбекистан), Нур-Султан (Республика Казахстан) и др. С помощью онлайн формы проводилось анкетирование в период с октября 2020 года по февраль 2021 года путем ответов на вопросы множественного выбора, открытые вопросы (развернутый ответ) и вопросы в виде короткого ответа.

Результаты исследования. Распределение исследуемых по средней частоте посещения медицинских организаций различной организационно-правовой формы и профиля выявило неоднородность данной группы населения по данному параметру. Так, 41% (290/700) участников опроса обращаются в различные медицинские организации (поликлиники, больницы, консультации и т.п.) несколько раз в год, 14% (100/700) — реже одного раза в год, 6% (40/700) — каждый месяц. Считают обязательным размещение элементов визуализации (стенды, таблички, напольные наклейки, подвесные конструкции) в едином дизайне 55% (387/700) опрошенных. При этом 18% (128/700) студентов относятся нейтрально к единым дизайнерским решениям (цвета, материалы, геометрия) визуализации и других элементов интерьера, мебели, стендов, стоек информации, 22% (156/700) не ожидают увидеть это, но им понравится. Формирование единого стиля медицинской организации по результатам опроса вызывает положительную реакцию и поддерживается исследуемыми. На вопрос «Как Вы отнесётесь к тому, что все элементы навигации (стенды, таблички, напольные наклейки, подвесные конструкции) будут отличаться по дизайну?» 33% (232/700) ответили нейтрально, а 25% (176/700) — отрицательно. С точки зрения дизайнерских решений любой указатель

направления движения, местоположения и справочной информации должен восприниматься как элемент целостной системы визуализации.

Более оптимистично опрошенные относятся к тому, что на визуализации различные объекты будут представлены различными цветами. 37% (260/700) считают, что так и должно быть, 33% (228/700) не ожидают увидеть, но им это понравится. На вопрос «Как вы отнесетесь к тому, что на навигации различные объекты будут представлены одним цветом» 34% (237/700) ответили нормально, так и должно быть, а 16% (111/700) отрицательно и им это не понравится. Цветовые решения могут быть использованы для дифференцировки входов, зданий, центров, блоков, отделений, зон персонала и посетителей, уровней доступа и т. д. Цветовая кодировка различных помещений помогает существенно снизить информационную нагрузку на элементы системы визуализации.

Расположение указателей кабинета в хаотичном порядке вызывают у 39% (270/700) отрицательную реакцию. 48% (337/700) считают, что размещение на сайте медицинской организации навигации это нормально, 34% (241/700) не ожидают, но будут рады, а 14% (99/700) отнесутся к этому нейтрально. Отсутствие, какой-либо навигации на сайте не нравится 37% (256/700) опрошенных. 51% (355/700) исследуемых положительно оценивают наличие на подходе к медицинской организации стендов и других навигационных элементов с обозначением основных входов в здания, оптимального пути к ним, пешеходных дорожек, мест парковки, основных маршрутов внутри здания и т. п. При этом 39% (276/700) отрицательно отнесутся к обратной ситуации. 61% (429/700) опрошенных считают присутствие указателей стрелок нормальным. 42% (291/700) не понравятся, если они не смогут найти по указателям необходимый кабинет, 26% (182/700) считают это вовсе недопустимым.

Заключение. Наибольший интент к визуализации в объектах здравоохранения со стороны молодежи выявлен по отношению к следующим атрибутам системы визуализации: единый дизайн, отражение текстовой информации по правилам и нормам русского языка, использование графических и инфографических изображения, размещение номеров кабинетов по возрастанию порядковых номеров, размещение на сайте медицинских организаций элементов внутреннего и промежуточного уровня навигации.

**ТАЛАБА-ЁШЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШДА ХАЛҚ ЎЙИНЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ
Мадаминава Г.М.**

Тошкент давлат стоматология институти

Узоқ ўтмиш тарихий тараққиётининг мутлоқ занжири бўлган инсон цивилизациясининг шундай устунлари ва тамал тошлари борки, уларда ўтмиш, ҳозирги замон ва келажакнинг бир-бири билан уйғунлиги, ривож ва давомийлиги сақланиб келади, авлоддан-авлодларга мерос сифатида ўтади ҳамда кадриятлар даражасига етади.

Қадриятларда эса, бир бутун халқнинг, миллатнинг иймон-этикоди, орномуси, инсоф-диёнати мужассам этилади. Шунинг учун ҳам тарихнинг маълум бир бўлагида, яъни даврида қадриятларни авайлаш, асраш, ривожлантириш ва кейинги авлодларга мерос сифатида қолдириш ушбу ишлар учун масъул шахслар, қолаверса зиёлилар, тадқиқотчи – олимлар зиммаларига улуғ вазифаларни юклайди.

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан кундан бошлаб жисмоний тарбия ва спортнинг миллий хусусиятларини ривожлантириш ҳамда такоммиллаштиришга эътибор янада кучайди. Миллий анъаналаримиз, бой миллий меросимизни кадрлаган Юртбошимиз юқорида айтган сўзлари бўйича маърифат ва маданиятни ривожлантириш билан бир вақтда ёш авлоднинг жисмоний тарбиясига, спорт ишларини янада юксалтиришга жуда катта ғамхўрлик қилмоқдалар.

Хусусан, мамлакатимиз мустақиллигининг дастлабги йилларида қабул қилинган бир қатор Қонун, фармон ҳамда қарорлар ҳам яққол исботлаб турибди. Масалан, Президентимиз фармони билан “Жисмоний тарбия ва спорт тўғрисида”ги Қонунининг Ўзбекистон Республикаси Олий мажлиси томонидан қабул қилиниши мамлакатимиз ижтимоий-сиёсий, маданий-маърифий ҳаётида муҳим воқеа бўлди. Бу Қонун юртимизда жисмоний тарбия ва спорт тараққиётининг ҳуқуқий асосини яратди.

Ўзбек халқ миллий ҳаракатли ўйинларининг мақсади- ёш авлодни забардас полвонлар ва довурак аждодларимиз каби тарбиялаш ҳамда ушбу халқ ҳаракатли ўйинларини ўзлаштириш туфайли уларни ҳар томонлама-жисмонан, маънан ва руҳан риважлантириш баробарида Ўзбекистон тарихига, маданиятига, анъаналаримизга қизиқиш ва ҳурмат ҳиссини оширишдан иборатдир.

Мамлакатимиз ўз эркига эга бўлгандан сўнг, ижтимоий ҳаётимизнинг турли жабҳаларида, хусусан, спорт соҳасида ҳам кескин ўзгаришлар содир бўла бошлади. Айниқса, юртбошимиз спорт соҳасини ривожлантиришга алоҳида аҳамият қаратди. Бу бежиз эмас, албатта.

Спорт – соғлом муҳитни яратишда, ёш авлодни ҳар томонлама жисмонан ва маънан камол топтиришда халқ қилувчи кучга эга. Сабаби, биз ҳамон тараққиёт сари кетаётган эканмиз, ҳали йўлимизда ечилиши керак бўлган таълимий муаммолар талайгина. Масалан, шу кунларда ҳаёт талаби ва тарбия услублари ўртасида қандайдир заифлик, бўшлиқ мавжуд. Бинобарин, мана шу бўшлиқни тўлдириш учун халқимизнинг бебаҳо анъаналари, ноёб қадриятларидан ҳисобланмиш халқ ҳаракатли ўйинлари, жисмоний тарбия машғулотлари муҳим ўрин тутди.

Хўш, халқ ҳаракатли ўйинларининг мақсади нима? Албатта, бу ўйинлар эрмак учун ўйналмайди. Чунки, бу зукко халқимизнинг асрлар мобайнида жамлаган маънавий жавоҳирлар мажмуасидир. Ўзбек элининг донишмандлигини қарангки, ҳар бир ўйин, аввало, содда, қизиқарли тузилган бўлиб, унинг маъзига халқона оҳанг, миллийлик, меҳр-оқибат, жасорат, мардлик, ватанпаварлик, фидоийлик, инсонийлик каби туйғулар

сингдирилгандир. Таълим ва тарбиянинг бундай уйғунлиги етук инсонни тарбиялаш учун дастуруламал вазифасини ўтайди.

Тарихга мурожаат қиладиган бўлсак, ибтидоий жамоа давридаёқ халқ ҳаракатли ўйинларининг дастлабки намуналари пайдо бўла бошлаган. Бу ҳақда кейинроқ алоҳида тўхталамиз.

Фидоий ҳалқимиз неча юз йиллар давомида ҳар бир ўйинни қалб- кўри билан яратди, сайқаллади ва мукаммаллаштирди. Сараланган ўйин турларини келгуси авлодлар учун кўз қорачиғидай асраб-авайлаб келди.

Тараққиётнинг ҳар қандай босқичларида ҳам катта авлод вакиллари кенжа авлод вакиллари учун ёрдам қўлларини чўзиб, имкон қадар, ўз тўплаган билим ва тажрибаларини севимли машғулотларига бўлган муносабатларини ёшларга ҳам тинмай ўргатиб, тадрижий боғланишни вужудга келтирди.

Натижада, ёшларда жисмоний тарбияга бўлган интилиш кучайиб бу ҳол одатий бўлиб борган. Агар халқ ҳаракатли ўйинларини синчиклаб ўрганадиган ва уларнинг ҳар бирини кўриб танишадиган бўлсак, нафақат кўзингиз қувнайди, балки бу қалбингизга маънавий етуклик, жисмоний баркамоллик тухфа этади.

Демак, ёшларни жисмоний тарбиялаш жараёнида халқ ҳаракатли ўйинларидан ўз ўрнида кўпроқ фойдаланилса, ўйинларнинг таъсирчанлиги ҳам ошади. Бунинг мамлакатимиз ва миллатимизнинг дунё миқёсидаги нуфузи юксалиши учун аҳамияти катта. Шундай қилиб, халқ яратган ҳаракатли ўйинлар меҳнат, турмуш тарзи, атроф-муҳит табиати, халқнинг маданий мероси, анъаналари, урф-одатлари, умуминсоний кадриятлари билан бирикиб, ажойиб ажойиб мутаносибликни ҳосил қилади.

Ёшларни жисмоний тарбиялаш жараёнида айрим мажбурий машқлар ўрнига миллий халқ ўйинлари, рақслари, жисмоний машқлари ва миллий спорт турларини саралаб олиш, уларнинг ҳажми, йўналиши ва таъсирчанлигини белгилашда А.Навоийнинг “Маҳбубул-қулуб”, “Фарход ва Ширин”, У.Ҳайёмнинг “Наврўзнома”, Ибн Синонинг “Ал-Қонун”, Қайқовуснинг “Қобуснома”, Маҳмуд Кошғарийнинг “Девон – у – луғатит турк” асарлари ажойиб манба бўлиб хизмат қилади.

Ўзбек халқ ўйинларини ўрганиш, тадқиқ қилиш ва уни ёшларни тарбиялаш амалиётига жорий қилиш, ўз кадриятларимиз, маданиятимиз ва маънавий бойликларимизнинг юксакликка кўтарилишида асосий воситалардан бири ҳисобланади. Халқ яратган буюк хазинани эҳтиёт қилиб сақлашимиз, миллийлик бўёғини асрашимиз ҳамда уни келажак авлод учун бекам-у кўст етказишимиз зиммамиздаги асосий вазифадир.

Нима учун узоқ ўтмишдан бери халқ ҳаракатли ўйинларига бундай беқиёс аҳамият бериб келинган? Уларни ички ва ташқи моҳияти нимадан иборат? Нима учун бугунги кунда ҳам таълим-тарбия муассасаларида, спорт мактабларида ва соғломлаштириш масканларида халқ ҳаракатли ўйинлари фан сифатида ўқув-машғулот режа-дастурларидан жой олган? - деган ўринли саволлар туғилади. Гап шундаки, 1891 йилда илк бор баскетболни ихтиро қилган коллеж ўқитувчиси америкалик Джеймс Нейсмит, 1895 йилда биринчи бўлиб волейболни яратган ва коллеж талабалари ўқув фаолиятига жорий этган

Уильям Морган (АҚШ) лар ҳамда мазкур йўналишда илмий изланишларни олиб бораётган кўплаб мутахасис - олимлар тадқиқотларига қараганда жисмоний тарбия машғулотларида доимо гимнастика, югуриш каби стандарт машқлар билан шуғулланиш асаб-нерв органларига салбий таъсир кўрсатар экан, бирхиллик хусусиятига эга бундай стандарт (стереотип) машқлар мушак тўқима ва толаларида тезроқ толиқиш аломатларини юзага келтирар экан.

Кузатувлар ва тадқиқотлар асосида исботлангани, жисмоний тарбия дарсларида ёки бўш вақтларда ҳаракатли ўйинлардан фойдаланиш инсон организмнинг функционал органлар фаолиятини бошқарувчи марказий нерв тизимига ҳар томонлама ижобий таъсир этар экан. Ҳаракатли ўйинлар давомида болаларни муайян ролларга, образларга (овчи, мерган, топқир, айиқ-полвон, тулкивой ва бошқа тақлидлар) кириб кетиши уларда излаш, ижодкорлик, топқирлик, зукколик ва бошқа шу каби хислатларга эришишга ундовчи мотивацияни юзага келтириб, нафақат ушбу тақлид, балки ҳаракатга бўлган эҳтиёжни қондириш йўллари топишга чоралар экан. Дарҳақиқат, халқ ҳаракатли ўйинларнинг турлари ва мазмуний шакллари хилма-хил бўлиб, улар хотира, диққат, идрок, онг, тафаккур, ирода каби қобилиятлар, талаффуз, нутқ, интонация каби хислар, ҳамжихатлик, ҳақгўйлик, ватанпарварлик, ўзаро ёрдам бериш, одоб-ахлоқ, мардлик, ботирлик, жасурлик каби фазилатларни шакллантиради, тарбиялайди. Шунинг учун ҳам умумбашарий ва миллий халқ ҳаракатли ўйинлари инсон саломатлиги, унинг дунёқараши, ёш авлодни жисмонан ва маънан баркамол шахс сифатида тарбиялашда устивор восита эканлиги исбот талаб қилмайди.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Мамаджанов Н.А., Тангиров А.Л., Абдуқодиров Х.Ж.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
nodir110475@mail.ru, abdiholik_67@mail.ru, xabibullaabduqodirov@mail.ru.*

Актуальность изучения особенностей формирования здоровья и здорового образа жизни студентов включает, прежде всего с резким изменением характера нагрузок на неокрепший организм молодого человека закончившего общеобразовательную школу и поступившего на обучение в Высшее образовательное учреждение. Проблема организации здорового образа жизни студентов ВУЗов является, наряду с обучением, главной задачей руководства и администрации учебного заведения.

На формирование здоровья студентов в процессе обучения влияет множество факторов. Объективные факторы, непосредственно связанные с учебным процессом, такие как трудоемкость учебных дисциплин, продолжительность учебного дня, динамика учебных нагрузок, санитарно-эпидемиологическое состояние учебных аудиторий и т.д. Не малое значение имеют и субъективные факторы - личностные характеристики (режим питания, двигательная активность, организация досуга, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.). В студенческой среде ощущается недостаток знаний на тему

здорового образа жизни, и многие испытывают потребность в получении соответствующей информации.

В здоровом образе жизни отчетливо должны проступать: стремление к физическому совершенству (двигательная активность); достижение душевной, психической гармонии в жизни; обеспечение полноценного питания; исключение из жизни саморазрушающего поведения (табакокурения, алкоголизма, наркомании и т.д.). Для реализации мероприятий по воспитанию у студентов культуры здорового образа жизни у преподавателей, наряду с их профессиональной деятельностью - преподаванием соответствующих дисциплин, должна быть инициатива и готовность учить молодых людей вопросам сохранения и укрепления здоровья. В этой связи, большое значение приобретает личный пример преподавателей вуза. 7 апреля, в день создания в 1948 году Всемирной организации здравоохранения отмечается Всемирный день здоровья (World Health Day).

Формирование здорового образа жизни студентов включает в себя четыре компонента:

1. Создание информационной и пропагандистской системы для повышения уровня знаний об отрицательном воздействии факторов риска на здоровье, возможности его сокращения. Только через текущую повседневную информацию человек получает необходимые знания, которые так или иначе влияют на поведение и, как следствие, на образ жизни человека.

2. Второе важное направление формирования здорового образа жизни - это так называемое «санитарное просвещение». Это комплексная образовательная, учебная и образовательная деятельность, направленная на повышение осведомленности о здоровье и его защите, укрепление навыков укрепления здоровья, создание мотивации для здорового образа жизни как для отдельных лиц, так и для общества в целом.

3. Меры по предотвращению или сокращению употребления табака, употребления алкоголя и наркотиков.

4. Побуждение к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом. Обязательной составной частью формирования ЗОЖ является диагностика образа жизни на основе самооценки и исследования отношения, учащихся к проблемам здорового образа жизни. На основе полученных данных должны разрабатываться и реализовываться учебные и организационные мероприятия по коррекции негативных факторов риска и формирования необходимых установок, знаний и навыков реализации ЗОЖ.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ХЛЕБОБУЛОЧНЫМ ИЗДЕЛИЯМ

Махмудова М.Х., Сайдалихужаева Ш.Х., Мамаджанов Н.А.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
mariammakhmudova@mail.ru

Требования к качеству хлеба. Хлеб принимают партиями. Качество проверяют осмотром 10% продукции с каждой полки. Хлеб, поступающий в розничную торговую сеть, осматривают, обращая внимание на внешний вид,

состояние корок и мя-киша, при необходимости определяют вкус, запах, влажность, кислотность, пористость мякиша, наличие посторонних включений, болезней и примесей.

Хлебные изделия должны иметь свойственную им форму, быть не мятыми и без боковых наплывов. На поверхности допускается шероховатость с наличием неглубоких трещин (шириной не более 1 см) и надрывов. Цвет корочки может быть от золотисто-желтого до темно-коричневого, толщиной не более 3—4 мм. Отклонения от нормы по внешнему виду возможны при несоблюдении режимов расстойки, продолжительности выпечки, несоблюдения температурного режима при выпечке, использование муки со слабой клейковиной (расплывчатость формы) и др.

Мякиш доброкачественного хлеба должен быть хорошо пропеченным, не влажным и не липким, эластичным, иметь хорошую пористость. Не допускается наличие пустот, крошливость, непромес, закал. Хлеб с равномерной пористостью пышней, лучше усваивается организмом. Для каждого вида и сорта хлеба характерны определенные вкус и запах. Доброкачественный хлеб должен иметь приятный, обусловленный добавками вкус. Не допускаются в хлебе ощущения пресного, пересоленного, излишне кислого и горького вкуса, наличие хруста.

Помещения для хранения хлеба и хлебобулочных изделий должны быть оборудованы контейнерами открытого и закрытого типа, тарой-оборудованием, передвижными этажерками или стационарными полками. Помещения для хранения хлеба и хлебобулочных изделий должны подвергаться ремонту с побелкой или окраской стен, потолков — по мере необходимости. Помещения не реже одного раза в год дезинфицируются. В помещениях, предназначенных для хранения хлеба и хлебобулочных изделий, не разрешается держать иные товары и продукты, которые могут передать изделиям несвойственный им запах. При хранении хлебобулочных изделий укладывают: формовой хлеб в один или два ряда на боковую или нижнюю корку; подовый хлеб и хлебобулочные изделия — в один ряд на нижнюю или боковую корку; мелкоштучные — на нижнюю корку в 1—2 ряда, а изделия с отделкой — в один ряд; гренки, сухари — насыпью. При транспортировке лотки, ящики и корзины устанавливаются друг на друга так, чтобы при ходе автомобиля они не двигались с места и не деформировали изделия.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБА

Махмудова М.Х., Умарова Ф.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентская Медицинская Академия

Mariammakhtudova@mail.ru

Любое хирургическое вмешательство требует более внимательного подхода к своему образу жизни в течение некоторого времени. В процессе имплантации зубов происходит повреждение тканей полости рта, поэтому к вопросу об организации правильного питания после вживления импланта необходимо подойти серьезно. В полости рта после установки импланта есть

травмированные ткани. Вместе с едой в рану попадут и бактерии, которые могут вызвать воспаление, а, следовательно, увеличить риск отторжения. К тому же при пережевывании может разорваться шов на десне. Врачи разрешают первый приём пищи через 2-3 часа после операции. Если имплантация проводилась под общим наркозом, то воздержаться необходимо 4 часа. Определённой диеты придерживаться надо в течение нескольких недель. Основное правило питания этого периода — употреблять пищу в жидком, перетёртом, мягком виде. Идеально подойдут каши, пюре, бульоны. Основные рекомендации по питанию после имплантации:

Пить достаточное количество воды — не менее 2 литров в сутки. Вода является самым предпочтительным для человека видом жидкости всегда. Так и в период восстановления после имплантации лучше отдать предпочтение тёплой прокипяченной воде. Также можно употреблять чай и не кислые соки в тёплом виде.

Принимать витаминный комплекс, если назначил доктор. Как правило, достаточно придерживаться здорового и полноценного питания, чтобы восполнять потребность организма в витаминах. Но в тех случаях, когда это необходимо, например при дефиците или плохой усвояемости какого-то витамина, врач может назначить дополнительный приём.

Запрещено употребление алкоголя и курение, ввиду повышения давления и риска кровотечения. К тому же никотин способствует попаданию бактерий в полость рта и мешает заживлению раны. Алкогольные напитки в свою очередь препятствуют нормальной регенерации тканей после операции.

— Исключить твёрдую и грубую пищу. Это необходимо сделать во избежание слишком большого давления на имплант.

— Не употреблять острые и солёные продукты, потому как они раздражают слизистую и усиливают кровоток в полости рта, а это риск образования отёков и гематом.

— От употребления сладкого и кислого также следует воздержаться по причине раздражающего воздействия на слизистую. Также эти продукты создают благоприятную среду для развития бактерий, что может вызвать воспаление.

— Постараться ограничить физические нагрузки первые несколько недель. Организм не должен перегружаться в период восстановления после имплантации.

— Доктор вероятнее всего порекомендует отказаться на несколько недель от посещения сауны и бани. Перегрев может спровоцировать кровотечение.

Ответственность за соблюдение норм питания и общих рекомендаций, данных доктором, полностью возлагается на пациента. При добросовестном отношении и выполнении предписаний риск отторжения импланта или воспаления минимальный. Доктор обязательно предупреждает пациента о возможных последствиях нарушения послеоперационного режима, выдаёт памятку с назначениями.

Период реабилитации может длиться до нескольких месяцев, рекомендации могут изменяться, ограничения корректироваться. Поэтому необходимо находиться под наблюдения врача на протяжении этого периода.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Мукимов О.А., Усманова Д.Р., Тошмуротова Д.Б. Исмоилхужаева К.Г.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Odil_0557@bk.ru

Целью исследования явилась оптимизация комплекса мероприятий, направленных на повышение качества и доступности пародонтологической помощи населению сельской местности.

Задачи исследования:

1. Оценить уровень качества жизни пациентов, проживающих в сельской местности и разработать планово- нормативные и организационные предложения для пародонтологической помощи населению Андижанской области

Методы исследования. С целью выполнения поставленных задач были использованы клинико-лабораторные исследования, биохимические, конусно-лучевая компьютерная томография, антропометрия, социологические, математические исследования и статистические методы.

Результаты клинические выраженные и подлежащие лечению случаи пародонтита и пародонтоза мы сочли целесообразным рассматривать отдельно по степени их проявлений. Более легкие формы (I степень), по нашему мнению, не требует значительных объемов помощи, связанных с необходимостью врачебных манипуляций в патологических десневых карманах по удалению отложений и грануляций. Поэтому оптимальный кратностью мы сочли 8 посещений в год с учетом того, что больные будут выполнять минимум гигиенических требований по уходу за состоянием полости рта. Весьма значителен объем лечебной помощи при более тяжелых поражениях (II степень), когда клиническая картина характеризуется наличием патологических десневых карманов, поддесневыми отложениями, разрастанием грануляций. Для данной группы больных мы сохранили объем ежегодной помощи, используемый в исследованиях и составляющий 10 посещений в год. Следует так же указать, что нуждаемость в удалении зубов включали случаи по поводу III-IV степеней пародонтита и пародонтоза - 0,3 посещения зуб; лечение слизистой оболочки полости рта - 3 посещения.

Основной задачей явилось перераспределение жевательной нагрузки с оставшихся естественных зубов на установленный имплантат и определение зависимости качества протезирования от протяженности замещающих конструкций. Индивидуальный гигиенический уход за протезами не представлял затруднений для пациентов. Для большинства протезов 33 (91,7%) была характерна множественность окклюзионных межзубных контактов, у

оставшихся трех отмечались точечные и линейные контакты, обусловленные особенностями клинической картины.

ВАЛЕОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Раманова Д.Ю., Маматова Д.М., Абзалова Д.Р., Исмаилова У.Дж.

Ташкентский государственный стоматологический институт
dora.med@mail.ru

Формирование здорового образа жизни является одним из главных направлений реформирования системы здравоохранения Узбекистана. Изучение проблемы здорового образа жизни студенческой молодежи в социологическом аспекте обусловлено спецификой данной социально-демографической группы, особенностями ее формирования и роли в образовательном процессе. Чем полнее войдет валеология в образовательное и жизненное пространство высших учебных заведений, тем эффективней будет реализован предъявленный науке и просвещению крупнейшей социальной миссии: сохранение узбекского этноса, его здоровья, его трудовой, репродуктивной, валеологической достаточности. Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, валеологическое образование, валеологическая культура студентов.

В условиях сниженного уровня здоровья молодежи повышается внимание к здоровому образу жизни студентов, что свидетельствует об озабоченности общества проблемами воспроизводства и качества рабочей силы и человеческого потенциала в целом. Невозможно обеспечить высокий уровень подготовки специалистов без повышения познавательной активности самих студентов. Воспитывать у студентов жизненную потребность в труде, желание быть социально активными, совершенствовать свои знания, умение заботиться о своем здоровье и окружающих - одна из главных задач высшего образования.

По данным ежегодных медицинских осмотров, 80-85 % студентов имеют ухудшенное состояние здоровья, около трети поступающих в высшие учебные заведения имеют серьезные хронические заболевания, препятствующие полноценной, активной жизни человека. На уроках физкультуры такие учащиеся зачисляются в специальную медицинскую группу, что должно обеспечить им особое внимание со стороны преподавателей. Механизмом социального воздействия на образ жизни студентов с ослабленным здоровьем является использование валеологического образования, под которым мы понимаем процесс обучения и воспитания студентов на уроках физической культуры, направленный на создание системы научных знаний и навыков, обеспечивающих ценностное отношение к здоровью и мотивацию здорового образа жизни.

Целью валеологического образования является формирование культуры здоровья, ответственного отношения к своему здоровью и окружающей среде как к условию и фактору его сохранения и развития. Результат такого образования определяется, с одной стороны, уровнем теоретических знаний об основах здоровья и здорового образа жизни, а с другой - наличием

валеологической культуры, которая позволяет самому человеку занимать активную позицию в отношении сохранения и укрепления собственного здоровья, использовать навыки и умения для развития своих потенциальных возможностей.

В целях совершенствования организации и управления профилактикой неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения, а также в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № 5590 "О комплексных мерах по коренному улучшению системы здравоохранения Республики Узбекистан", Постановлением Президента Республики Узбекистан от 18 декабря 2018 года № 4063 "О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению физической активности" утверждена Концепция по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019-2022 годы.

Грамотность в области валеологии стала важным компонентом всестороннего образования. Поскольку умение самостоятельно определять параметры собственного здоровья, сохранять, укреплять и, при необходимости, корректировать его, является показателем высокой личной культуры. Валеология - принципиально новая область знаний, основанная на современных представлениях о законах природы и человечества.

Важным фактором успешного внедрения валеологии в высшее образование является педагогическое мастерство, профессиональные инструменты. И для того, чтобы его улучшить, необходимо обобщать и распространять такой опыт. Таким образом, чем больше валеологии войдет в образовательное и жизненное пространство высших учебных заведений, тем эффективнее будет реализована наука и образование крупнейшей социальной миссии: сохранение узбекского этноса, его здоровья, его трудовой, репродуктивной, валеологической достаточности.

В Заключении нужно отметить, в целях поддержки здорового образа жизни коллектива сотрудников, создания всех необходимых условий для повышения их физической активности, организации регулярных мероприятий, направленных на достижение вышеуказанных целей, были внедрены следующие процедуры: выполнение упражнений по гимнастике в течение рабочего дня; проведение не реже одного раза в неделю "Дня здоровья" с участием работников в мероприятиях по физической культуре в этот день (бег, плавание, футбол, волейбол, баскетбол, теннис и другие); регулярные спортивные соревнования по популярным видам спорта и другие мероприятия по физической культуре среди работников. Мотивация оздоровительной деятельности на занятиях по валеологии и физической культуре посредством обучения студентов знаниям, умениям и навыкам поддержания здорового образа жизни неразрывно связана с воспитанием личности в целом, формированием адекватного понимания здоровья человека и собственных возможностей его сохранения и развития.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

Сайдалихужаева Ш.Х., Рустамова Х.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт
shoirasaydalikhujjaeva@gmail.com

Актуальность. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Он проявляется симптомами эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

По данным европейских исследований, риск развития синдрома эмоционального выгорания у специалистов сферы здравоохранения варьирует от 2,4% до 72%. По результатам шотландских коллег, у 42% медицинских сестер наблюдается высокий уровень эмоционального истощения

Один из самых тяжёлых среди медиков — как физически, так и эмоционально является труд медицинского персонала реанимационно-анестезиологических отделений. Пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии, как правило, находятся в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Среди них высок риск летального исхода. Средний медицинский персонал находится с пациентами практически постоянно, и всегда должен быть готов к развитию любых критических ситуаций. В случае смерти больных именно персонал этих отделений вынужден «принимать на себя» эмоции родных и близких умершего, а иногда и их претензии. Все это обуславливает высокий риск развития СЭВ у данной категории сотрудников и необходимость разработки мер его профилактики.

Цель исследования. Определение факторов, способствующих эмоциональному выгоранию медицинских сестер анестезистов

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос медсестер на базе отделения "Анестезиология" Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии имени Вахидова. Всего было обследовано 48 медицинских сестер. Среди респондентов преобладают женщины 44 чел. (91,7 %), мужчины – 4 чел. (8,3 %). Имеют семью 39 чел. (81 %).

Нами была использована методика «Профессиональное выгорание» К.Маслач (адаптация Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой). Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 вопросов), «деперсонализация» (5 вопросов), «редукция личных достижений» (8 вопросов). Ответы испытуемого оцениваются: 0 баллов – «никогда», 1 балл – «очень редко», 2 балла – «редко», 3 балла – «иногда», 4 балла – «часто», 5 баллов – «очень часто», 6 баллов – «каждый день».

Результаты. Нами учитывались следующие характеристики: пол, профессиональная квалификация, семейное положение, возраст, стаж работы. Наибольшее количество медицинских сестер (56,3 %) составляют возрастные группы от 20 до 30 лет и от 31 до 40 лет, 12 чел. (25 %) входят в группу от 41 до

50 лет и 9 чел. (18,7 %) – в группу от 51 до 60 лет. Стаж профессиональной деятельности до 5 лет имеют 10 (31,3 %) медсестер. Стаж от 5 до 20 лет имеют большинство медсестер 24 (50,0 %). Свыше 21 года работают в профессии 9 (18,7%) медсестёр.

Распределение медицинских сестер по степени сформированности (выраженности) СЭВ было следующим. У (32) 66,7% из них признаки СЭВ отсутствовали (низкая степень СЭВ). То есть, эти люди отличались высокой стрессоустойчивостью, эмоциональной уравновешенностью, уверенностью в себе. Средняя степень СЭВ была почти у каждой пятой сестры (18,8%). В этих случаях была снижена стрессоустойчивость, отмечались факты эмоциональной неустойчивости, склонность к перепадам настроения. У (3) 6,2% медсестер синдром был сформирован (высокая степень выгорания). Уровень стрессоустойчивости у них был низким, отмечалась эмоциональная напряженность, имевшая тенденцию к нарастанию, неуверенность, частая смена настроения. И, наконец, в 8,3% (4) случаев был полностью сформирован синдром эмоционального выгорания (крайне высокая степень выгорания) с такими проявлениями, как повышенная утомляемость, снижение умственной работоспособности, многообразные проявления телесного дискомфорта, раздражительность, повышенная конфликтность.

Степень выраженности синдрома усугубляется с увеличением возраста медсестер и стажа их работы. Медсестры в возрасте до 40 лет характеризовались низкой степенью выгорания, то в возрасте старше 50 лет у всех обследованных имела место относительно высокая степень выраженности СЭВ. При стаже работы до 5 лет во всех случаях синдром был не сформирован (низкая степень выгорания). При стаже от 5 до 20 лет в 56,3% случаев отмечалась низкая степень выгорания; в 35,4% — средняя; в 8,3% — высокая. При стаже более 20 лет в трети случаев (33,3%) степень выраженности синдрома была средней; в 16,7% — высокой, а в половине (50,0%) — крайне высокой.

Выводы. Почти у трети (35,4%) медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации имеются проявления синдрома эмоционального выгорания той или иной степени.

Распространенность этого синдрома увеличивается с увеличением возраста и стажа работы сестер. Первичная профилактика, раннее выявление и своевременная коррекция проявлений СЭВ являются значимой проблемой в системе мероприятий, направленных на сохранение здоровья медицинского персонала

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛОР- ОРГАНОВ

Сачек М.М., Маймур А.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских
технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»*

г. Минск, Республика Беларусь
msachek@rambler.ru, maimur@belcmt.by

Ключевой стратегией для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения целей в области Устойчивого развития (ЦУР) является первичная медицинская помощь [ВОЗ, 2018]. Один из основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения - обеспечение доступности медицинского обслуживания, которое достигается:

предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения;

предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей.

Особенностью системы отечественного здравоохранения в настоящее время является наличие и функционирование в ней организаций здравоохранения различных форм собственности – государственной и частной. Частная медицина в Республике Беларусь активно развивается: в 2020 году функционировало 1003 частных организации, среди которых 24 медицинских центра и 449 индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги. Частный и государственный сектор конкурируют в первую очередь в сфере первичной медицинской помощи.

Первичная медицинская помощь – это один из основных приоритетов развития здравоохранения. Сегодня закончен поэтапный переход к общеврачебной практике с внедрением организации работы участковой службы по принципу «команды», доля ВОП, работающих в системе оказания первичной медицинской помощи, составила 100 процентов в 2020 году, что было предусмотрено Государственной программой Государственной программы "Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь" на 2016-2020 годы». Количество врачей общей практики на занятых должностях в 2019 году составило 3845 (в 2011 г. – 600), врачей-терапевтов участковых в 2019 году – 1089 (в 2011 г. – 3353).

С 2020 года продолжается реализация пилотного проекта «Заботливая поликлиника», направленная на создание комфортной среды для пациентов посредством изменения работы регистратуры, четкой маршрутизации пациентов, оптимизации рабочих мест медицинских работников. Идет активно цифровая трансформация в амбулаторно-поликлиническом звене: используются медицинские информационные системы, регистры пациентов, внедрен электронный рецепт, запись на прием через Интернет, электронная очередь, смс-оповещение и др.

На постоянной основе идет совершенствование нормативно-правовой базы. В рамках перехода от врачей-терапевтов участковых к врачам общей практики был принят приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 №177 «Об организации работы врача общей практики». Медицинская помощь оказывается врачами общей практики в области терапии,

неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, акушерства и гинекологии, хирургии, эндокринологии и других областях в условиях городского населенного пункта, а также в области педиатрии в условиях сельского населенного пункта.

Амбулатория – лечебно-профилактическое учреждение, где оказывают медицинскую помощь жителям сельской местности и небольших городов по территориально-участковому принципу.

В отличие от поликлиники, медицинскую помощь в амбулатории оказывают только по основным специальностям (количество врачебных должностей в амбулатории не бывает больше 5). На начало 2021 года в Республике Беларусь функционировало 644 самостоятельные амбулатории врача общей практики, 160 амбулаторий общей врачебной практики. Большинство АВОП (96%) расположены в сельской местности.

На примере манипуляций, применяемых в оториноларингологии видно, что отличаются умения и навыки врача общей практики в условиях амбулатории врача общей практики и городской поликлиники. Функциональные обязанности врача общей практики амбулатории шире, чем врача общей практики городской поликлиники.

Приказом №177 «Об организации работы врача общей практики» установлены умения и навыки, в том числе и в оториноларингологии.

Врач общей практики должен уметь выполнять самостоятельно следующие манипуляции, применяемые в оториноларингологии, выполняемые в условиях амбулатории врача общей практики: передняя риноскопия, фарингоскопия, отоскопия; остановка носового кровотечения (передняя тампонада носа); определение проходимости слуховой трубы; удаление серной пробки методом промывания уха; зондирование и промывание лакун миндалин; а манипуляции, выполняемые в условиях городской поликлиники иные: передняя риноскопия, фарингоскопия, отоскопия; остановка носового кровотечения (передняя тампонада носа); удаление серной пробки методом промывания уха.

При этом в соответствии с постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.04.2020 №65 «Об утверждении образовательных стандартов переподготовки руководящих работников и специалистов по специальностям переподготовки» утвержден образовательный стандарт переподготовки по специальности «Общая врачебная практика» (квалификация – врача общей практики).

Данный образовательный стандарт устанавливает, что слушатель, освоивший образовательную программу, должен обладать следующими профессиональными компетенциями: знать методы обследования и признаки заболеваний оториноларингологических органов; уметь выполнять переднюю риноскопию, фарингоскопию, отоскопию; уметь останавливать носовые кровотечения (передняя тампонада носа); уметь определять проходимость слуховой трубы; уметь удалять серную пробку методом промывания уха; уметь удалять инородные тела уха; уметь зондировать и промывать лакуны миндалин; уметь оказывать неотложную помощь детям при стенозе гортани, эпиглоссите.

В соответствии с программой интернатуры «Общая врачебная практика», утвержденной 20.07.2018 №ПИ-14/2018 установлены квалификационные требования к врачу-специалисту терапевтического профиля, прошедшему подготовку в интернатуре по специальности «Общая врачебная практика», который должен уметь: проводить переднюю риноскопию, фарингоскопию, отоскопию, останавливать носовое кровотечение (передняя тампонада носа), определять проходимость слуховой трубы, удалять серные пробки методом промывания уха, зондировать и промывать лакуны и миндалины.

Необходимо отметить, что в соответствии с образовательным стандартом переподготовки и программой интернатуры «Общая врачебная практика» не выделяются компетенции отдельно для врача общей практики амбулатории врача общей практики и врача общей практики городской поликлиники. Использование всех компетенций, предусмотренных образовательным стандартом и программой интернатуры, в условиях амбулатории врача общей практики объясняется желанием повысить доступность медицинской помощи для населения проживающего в основном в сельской местности или небольших населенных пунктах. При этом следует заметить, что на 01.01.2020 года в государственных организациях здравоохранения работало 798 врачей-оториноларингологов.

В стране продолжается активное развитие частного сектора. Так, в городе Минске, на 01.01.2021 медицинские услуги в области оториноларингологии оказывались в 29 негосударственных организациях здравоохранения [<https://www.103.by/cat/medcentry/lor/?page=2>].

Требования к специалистам, работающим в негосударственных организациях здравоохранения регламентированы Указом Президента Республики Беларусь от 01.09.2010 № 450 «О лицензировании отдельных видов деятельности»

. Специалисты обязательно имеют стаж работы и квалификационную категорию, что должно обеспечить надлежащее качество медицинских услуг.

Для повышения доступности и качества оказания первичной медицинской помощи при патологии ЛОР-органов необходимо в первую очередь обеспечить адекватную подготовку врачей общей практики и отработку практических навыков, в том числе, с использованием современных симуляционных технологий.

Внедрение врача общей практики в городских поликлиниках, развитие частной медицины с одной стороны, способствуют повышению доступности первичной медицинской помощи пациентам с патологией ЛОР-органов, а с другой, требуют адекватных организационных решений с целью рационального использования ресурсов государственной системы здравоохранения.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Султонова Ф.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

fsultonova85@mail.ru

Введение: По данным ВОЗ, заболеваемость детей миопией за последние 10 лет возросла с 734,4 до 1175, а подростков – с 1333 до 1720,5 на 100 тыс. населения. Ее частота у детей и подростков выросла в 1,5 раза, причем наибольшее распространение она получила у выпускников лицеев и гимназий (50%).

В структуре офтальмологической заболеваемости нарушения рефракции занимают почти одну треть. При этом отмечается незначительное, но снижение уровня заболеваемости рефракционными нарушениями, что связано с недостаточным обеспечением врачами-офтальмологами первичного звена. В структуре глазной инвалидности как у взрослых так и у детей миопия занимает мене 20%.

Возникновение и прогрессирование миопии более чем в 70% случаев сопровождаются нарушением аккомодационной функции. Слабость аккомодации часто является одним из пусковых этиопатогенетических звеньев появления близорукости. Ряд авторов, наоборот, не отмечают наличие взаимосвязи между миопией и работой на близком расстоянии. Другие акцентируют внимание на интенсивности работы на близком расстоянии. French A.N. и ряд других авторов связывают развитие миопии со временем, проведенным на открытом воздухе, а также отмечают наличие гендерной и этнической предрасположенности к миопии, так у девочек и детей восточноазиатского происхождения она встречается чаще.

Цель исследования: изучение распространённости аномалий рефракции среди учеников средних школ и лицеев в возрастном аспекте.

Материалы и методы исследования: исследования проводились в городе Ургенч Хорезмской области Республики Узбекистан. Мы проводили медицинский осмотр и анкетирования среди 818 учеников (n=818) с начального класса, 620 (n=620) учеников старшего класса средних школ и среди учеников академических лицеев.

Результаты и обсуждения: Исследования проводились в двух этапах. На первом этапе было обследовано 818 учеников (n = 818) 7-12 лет а на втором этапе 620 учеников (n = 620) старших классов 13-18 лет.

Согласно полученным результатам, из 818 учеников учащихся 1-5 классов, участвовавших в медицинском осмотре и анкетировании, 52% - были мальчиками и 48% - девочками. Исследуемый контингент был разделён по месту жительства на сельское население, которое составило 53% и городское - 47% из общего числа.

Снижение зрения выявлено у 110 обследованных учеников, проходивших медицинский осмотр, составило 13-14 % общего число.

Соответственно первому этапу второй этап проводился с анкетированием и медицинским офтальмологическим осмотром среди 620 учеников (n = 620)

учащихся 2 общеобразовательных школ и 2 академических лицеев города Ургенча (организованные дети).

Привлечение изучаемых учеников к исследованию осуществлялось методом случайного отбора из всех классов этих учебных заведений в возрасте от 13 до 18 лет.

Из обследованных детей выявлено 320 девочек (51,6%) и 300 мальчиков (48,4%). По месту жительства сельское население составляло 260 (42%) учеников, а 360 (58%) - городские жители. Респонденты были репрезентативны по возрасту, полу и месту жительства.

Результаты показали, что $50,97 \pm 2,01\%$ ($n = 317$) обследованного контингента детей имели снижения зрения, т.е. половина от общего числа обследованных жаловались на снижение зрения или на другие офтальмопатологии, в основном в процессе обучения. Негативное влияние процессов подготовки к уроку объясняется тем, что в зрительном органе наблюдается напряжение.

Вывод: Исходя по результатам обследования сделаны следующие выводы:

1 Главным фактором риска ухудшения зрения при аномалий рефракции является нарушение режима зрительной нагрузки, не соблюдение правил работы с гаджетами, родственные связи родителей и наследственные факторы.

2 Было выявлено увеличение заболеваемости в 3,5 раза больше у учеников старших классов чем у учеников начальных классов. Это показывает неблагоприятный прогноз заболеваемости органа зрения.

ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукадыров Х.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Здоровье населения - важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. Главная цель модернизации здравоохранения Республики Узбекистан - доступность и повышение качества медицинской помощи для широких слоев населения. Система медицинского страхования сегодня играет ключевую роль в решении этой задачи. В нашей стране в настоящее время она находится на этапе становления. В связи с этим необходимость выявления проблем и факторов, влияющих на развитие системы медицинского страхования, а также разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение эффективности ее функционирования. [1]

Цель исследования - провести анализ определенных вопросов, касающихся медицинского страхования, его ключевых аспектов.

Материалы и методы исследования - правовое регулирование и проблемы правоприменительной практики системы медицинского страхования.

Предмет исследования - на сегодняшний день большинство стран мира, особенно развитые государства, организовали свои национальные системы оказания медицинской помощи посредством института обязательного медицинского страхования. Эффективность такой системы доказана временем и опытом.

Результаты: Нами было изучено и анализировано системы медицинского страхования здоровья в разных странах на 2020 год:

США

- *Добровольное медицинское страхование*
- ограниченные медицинские услуги
- расширенные услуги включаются в пакет дополнительно за отдельную плату
- действуют программы для нуждающихся, которые частично покрывают расходы на лечение
- общее количество застрахованных - 91,5 % населения.

Канада

- *Обязательное медицинское страхование*
 - контролируется государством
 - покрывает основные медицинские услуги
 - **за дополнительные услуги нужно платить или оформлять**
- Добровольное медицинское страхование*
- охвачено до 99 % населения.

Япония

- **национальное медицинское страхование – сочетание *Обязательное медицинское страхование и Добровольное медицинское страхование***
- контролируется государством и страховыми фирмами
- покрывает основные медицинские услуги
- возмещает 70 % расходов
- рассчитывается индивидуально, в зависимости от дохода семьи
- охвачено 100 % населения.

Россия (данные на 2018 год)

- *Обязательное медицинское страхование*
 - контролируется государством
 - покрывает основные медицинские услуги
 - **дополнительные медицинские услуги оформляется через**
- Добровольное медицинское страхование или оплачиваются отдельно*
- охвачено 93 % населения.

Казахстан

- *Обязательное медицинское страхование*
- контролируется государством
- покрывает основные медицинские услуги
- дополнительные медицинские услуги оплачиваются отдельно
- охвачено до 97 % населения. [2]

Узбекистан

На данный момент в Узбекистане существует только добровольная медицинская страховка, которую можно оформить в страховых компаниях. Как и в большинстве страховых компаний мира, покрытие медицинских услуг зависит от выбранных программ.

Компании, которые занимаются медицинским страхованием, в нашей стране представлены довольно широко: «Узбекинвест», Gross Insurance, Alfa

Invest, AlfaLife, Apex Insurance «Кафолат» *и другие.*

Что касается обязательного медицинского страхования, то его в Узбекистане не существует.

Выводы: В 2019 году уже была разработана система ОМС, которую планировалось внедрить в нашей стране. Однако после исследований было решено отказаться от первоначальной идеи: при ОМС за страховку платят сами люди. 12 ноября 2020 года президент Республики Узбекистан подписал Постановление № ПП-4890 «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области». Новый проект, Государственное страхование, будет основываться на финансировании из госбюджета, что повысит качество медицинской помощи без дополнительных удержаний из доходов населения. Из-за этого система страховки не будет обязательной, и поэтому она была переименована. Система государственного медицинского страхования позволит охватить полным медицинским обслуживанием все слои населения.

Мы считаем, Система государственного медицинского страхования должна охватывать 100 % населения в Республике и необходимо установить контроль государством за её функционированием.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукодилов Х.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

abdiholiq_67@mail.ru, nodir110475@mail.ru, xabibullaabduqodirov@mail.ru

В Высших образовательных учреждениях огромные усилия прилагаются для создания условий, обеспечивающих подготовку кадров, способных вывести страну из экономического и социального кризиса, готовых самореализоваться лично и профессионально, самостоятельно разрешать многочисленные проблемы, поставленные перед ними жизнью.

В условиях стремительно возрастающего потока информации образование должно сопровождать человека всю жизнь. Формирование самостоятельной активности студентов является не только учебной, но и социальной задачей, направленной на постоянное повышение квалификации специалиста и его вхождение в систему непрерывного образования.

Практика показывает, что многие обучающиеся демонстрируют негативное либо пассивное отношение к самостоятельной работе, не владеют развитыми навыками самоорганизации, не испытывают потребности в самообразовании и активном самостоятельном поиске.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в ВУЗе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных общекультурных и профессиональных компетенций. Практика показывает, что

студенты различаются по уровню готовности к реализации требований к самостоятельной работе. выделяются две основные группы студентов. Первая характеризуется тем, что ее представители ориентированы на выполнение заданий самостоятельной работы и обладают универсальными учебными компетенциями, позволяющими успешно справиться с требованиями к ее выполнению (умением понимать и запоминать приобретаемую информацию, логически мыслить, воспроизводить материал письменно и устно, проводить измерения, вычисления, проектировать и т. д.). Студенты второй группы не имеют устойчивой ориентации на постоянное выполнение самостоятельной работы при освоении учебного материала и отличаются низким уровнем развития универсальных учебных компетенций и навыков самоорганизации.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в ВУЗе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;
- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности.

Организация самостоятельной работы студентов будет результативной, если:

- теоретически обосновать специфику организации самостоятельной работы студентов ВУЗе с учетом факторов, влияющих на её организацию в современных условиях;
- разрабатывать структурно-содержательная характеристика интерактивно-продуктивного, креативно-технологического и субъектно-рефлексивного подходов к организации самостоятельной работы студентов;
- поэтапная реализация подходов к организации самостоятельной работы студентов, при этом каждый этап ориентирован на формирование определенного уровня выполнения самостоятельной работы, начиная от репродуктивного и заканчивая продуктивным и обеспечивая переход от контроля к самоконтролю;
- подготовка преподавателей ВУЗе к организации самостоятельной работы студентов в соответствии с современными требованиями теоретической и практической готовности преподавателей к организации самостоятельной работы студентов.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Усманбекова Г.К., Камилова Н.Г., Нормуродова А.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

gulmirabegim@mail.ru

Введение. Совершенствование системы непрерывного медицинского обучения должно базироваться на образовательных программах высшего профессионального образования (ВПО), последиplomное профессиональное образование (ППО) и дополнительное профессиональное образование (ДПО), разработанных в соответствии государственным стандартам и требованиям. Данный этап непрерывного последиplomного образования реализуется в виде совершенствования учебных планов, курсов, программ, предметов, дисциплин (модулей), внедрении новых программ практической подготовки на базе инновационных технологий обучения, современных электронных систем передачи знаний.

Для успешной реализации программ ППО и ДПО на региональном уровне, необходимы разработка и внедрение дистанционных технологий обучения, введение системы накопительных зачетных кредитов по программам ВПО и ДПО, информатизация всех систем здравоохранения. Методологическая подготовка медицинских кадров должна определяться, кроме того, квалификационными требованиями к специалистам здравоохранения, позволяющими установить единые подходы к формированию основных профессиональных образовательных программ, порядков и стандартов оказания населению медицинской помощи, – таким образом реализуется рациональное использование ресурсов здравоохранения.

Задачи последиplomного обучения средних медицинских работников, следующие:

- Создание системы непрерывного последиplomного обучения
- Обеспечение выпускников медицинских колледжей профессиональной подготовкой
- Развитие и совершенствование работы учреждений подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования медицинских и фармацевтических кадров.

Объективно оценивая необходимость оптимизировать процесс повышения квалификации сестринского персонала, опираясь на результаты исследований и обобщение данных других авторов, нами была научно обоснована работа постоянно действующей кафедры повышения квалификации средний медицинский работник (СМР), оснащенного компьютерной и демонстрационной техникой. Повышение квалификации сестринского персонала на рабочем месте должно реализовываться, помимо прочего, с внедрением инновационных форм и методов обучения, с учетом регулярной актуализации учебно-методических руководств.

Разработано положение о кафедре, определены цели и задачи, основные формы обучения и программы подготовки среднего медицинского персонала, которые корректируются с учетом мнения экспертов. Функционирование

кафедры «Повышения квалификации средних медицинских работников» при ТГСИ ведется на основании разработанного положения, утвержденного МЗ РУз.

Согласно результатам анализа действующей системы повышения квалификации СМР, а также их количественного и качественного состава, предусмотрены такие формы накопительной системы повышения квалификации СМР, как накопление академических кредитов (АК), и учет работ, включенных в индивидуальный образовательный план (ИОП).

Межаттестационный период, являющийся элементом модели последипломной подготовки, посвящен организации учебно-методической поддержки, адресованной СМР: обеспечивается рост уровня профессиональной компетентности и иницируется продвижение специалиста по избранной траектории профессионального развития.

Комплекс последипломной подготовки на базе ТГСИ включает в себя повышение квалификации на кафедре повышения квалификации средних медицинских работников (ПКСМР) (60,0%), повышение квалификации на ежегодных краткосрочных курсах (25,0%) через активизирующую творческую деятельность виды работ (проведение научно-практических семинаров; обсуждение с коллегами, проведение аудита внутри отделений, наставничество), самостоятельное обучение (15%).

Данное процентное распределение часов выполнения индивидуального плана профессионального роста СМР определялось согласно предложениям сестринского персонала с некоторыми поправками на освоение практических навыков во время практических занятий.

По завершению индивидуального плана профессионального роста СМР, перед итоговой аттестацией, рекомендуется проводить анкетирование для оценки качества профессиональной подготовки сестринского персонала

Оценки в баллах определяются экспертным путем, при необходимости могут корректироваться. Качество профессиональной подготовки при получении менее 30 баллов – неудовлетворительное, при получении 30-45 балла – удовлетворительное, при получении 46-60 балла – хорошее, при получении 61 и выше баллов – отличное.

Предлагаемая модель последипломной подготовки предусматривает наличие безусловной взаимосвязи результатов обучения на кафедре ПКСМР, индивидуального обучения, набора часов в рамках накопительной системы часов обучения, – часов с системой оценки профессионального уровня медицинских работников.

Введение в систему последипломного образования накопительной системы учета академического кредита, стимулирует общественную деятельность СМР, что реализуется в виде деятельного участия в конференциях, семинарах, мастер классах; способствует формированию активной профессиональной позиции, стремлению наращивать профессиональную компетентность. Оптимизация модели последипломной подготовки на базе института, по мнению экспертов, упрощает структуру этого процесса: циклические, с интервалом в 5 лет программы повышения квалификации, можно эффективно комбинировать с

ежегодными краткосрочными курсами непрерывного повышения квалификации

Выводы: Опираясь на мнение экспертов, предлагается распределить функции участников непрерывного медицинского образования следующим образом:

1. Министерство здравоохранения и учреждения, контролирующие подготовку и переподготовку СМР на этапе последиplomного образования, разрабатывают образовательные стандарты, на основе которых формируются образовательные программы, подготавливают нормативную и методическую базу непрерывное медицинское образование (НМО), утверждает план мероприятий по непрерывному медицинскому образованию, а также создает условия для его получения, – предусматривает достаточные средства в бюджете, обеспечивает доступ к медицинским библиотекам и интернет-ресурсам.

2. Учреждения непрерывного последиplomного образования – составляют индивидуальный план НМО для учета кредитов, ведут реестры средних медицинских работников с указанием их активности по НМО, предоставляют услуги по очным и дистанционным формам обучения, проводят итоговое тестирование после прохождения образовательных программ, выдают сертификаты.

Корректировка структуры и функций всех участников непрерывного медицинского образования должна осуществляться на основе мнения экспертов.

Результаты исследования указывают на необходимость внедрения НМО, что обеспечит совершенствование существующей организации последиplomной подготовки СМР. Выводы о высокой результативности предлагаемых мероприятий опираются на мнение экспертов и оценку уровня профессиональных знаний и навыков СМР.

ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Усманбекова Г.К., Раманова Д.Ю., Саидусманова М.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
gulmirabegim@mail.ru*

Развитие современного медицинского образования, безусловно, включает в себя подготовку квалифицированных медицинских кадров, способных выполнить свою основную задачу – обеспечить высокий уровень оказания населению медицинской помощи. Кадровое обеспечение всегда являлось одним из ключевых моментов, определяющих эффективность отрасли, а в период модернизации отечественного здравоохранения оно обретает особую актуальность. Система непрерывного медицинского образования является одним из главных инструментов, позволяющих сохранять и повышать профессиональные компетенции.

Система дополнительного профессионального образования обязана удовлетворять потребности практического здравоохранения в повышении

квалификации средних медперсоналов. Изменение условий работы системы здравоохранения, обилие приводящих факторов, влияющих на эффективность работы медицинского специалиста, – доступность и качество медицинского образования, обеспечение условий труда и жизни, предоставления социальных гарантий и пр., – все перечисленное является источником основных проблем в области подготовки и переподготовки кадров здравоохранения. Одной из мер по решению поставленной задачи может послужить организационно-структурный подход в виде территориальных кафедр образовательного учреждения, дополненный возможностями средств телекоммуникации.

Целями и задачами постдипломного образования являются успешная и эффективная работа профессорско-преподавательского состава по реализации всех элементов учебного процесса. К основным задачам постдипломного обучения относятся:

- создание системы непрерывного постдипломного обучения средних медперсоналов с использованием традиционных и инновационных форм и технологий подготовки;

- развитие и совершенствование работы учреждений дополнительного профессионального медицинского образования: дополнительное образование должно быть предельно доступно для специалистов.

Система постдипломного медицинского образования в РУз, за последние годы, характеризуется рядом перманентных реформ. Так, в частности, принято Постановление Президента РУз от 6 мая 2019 года №ПП-4310 «О мерах по дальнейшему развитию системы медицинского и фармацевтического образования и науки»; Постановление Президента РУз от 7 апреля 2020 года №ПП-4666 «О мерах по внедрению совершенно новой системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров в медико-санитарной сфере»; введена в практику система аттестации, базирующаяся на непрерывном фармацевтическом и медицинском образовании.

Масштаб насыщения образовательного процесса информационно-коммуникационными технологиями, открывающими доступ к альтернативным формам образования, существенно упрощает модернизацию процесса образования, – требуется только расширить практику дистанционного образования. Учебному заведению постдипломного профессионального образования следует ориентироваться на следующие критерии:

- постоянная работа над качественным ростом преподавания, наращивание объема практических занятий, совершенствование образовательных программ;

- акцентированное внимание дисциплинам, связанным с информационными технологиями;

- интеграция в процесс образования компонентов компьютерного моделирования, позволяющих эмулировать те или иные медицинские процедуры;

- реструктуризация программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов, – программы должны быть модульными.

Создаваемая на сегодняшний день телекоммуникационная инфраструктура, дает возможность осуществлять непрерывное обучение средних медперсоналов, независимо от времени и места расположения преподавателей и обучаемых, позволяет быстро осваивать знания и обновлять навыки. «Дистанционные образовательные технологии (ДОТ), – образовательные технологии, реализуемые посредством информационных и телекоммуникационных технологий; подразумевается опосредованное (удаленное) или не полностью опосредованное взаимодействие между обучаемым и преподавателем».

Дистанционное обучение (ДО), с использованием телемедицинских технологий, сегодня является полноценной альтернативой традиционным формам обучения.

«Целью использования ДОТ образовательным учреждением является обеспечение доступа обучаемым к освоению образовательных программ непосредственно по месту пребывания обучаемого».

Приводя данные из собственных исследований отметим что, при выборе тематики циклов последиplomной профессиональной подготовки специалистов здравоохранения среднего звена следует иметь в виду, что для ДО-1 более корректными являются теоретические, социально-гигиенические и организационные модули (предметы, такие как: национальная идея, Стратегия развития Узбекистана, информационно-коммуникационные технологии, иностранный язык), предусмотренные в цикле общего или тематического усовершенствования, а для ДО-2 более корректными являются практические предметы (такие, как санитарно-эпидемиологический режим и инфекционный контроль, современные методы стерилизации и техника безопасности, валеология, дисциплины специальности) чтобы исключить неадекватное влияние на оказание медицинской помощи пациентам.

Во вновь организованной форме обучения реализуется принцип преемственности обучения, обеспечена подготовка высококвалифицированных специалистов по единой программе. В образовательной деятельности внедряется система управления качеством образовательных процессов, собственный внутренний стандарт, включающий четыре важных направления – «компетентность» – «знания» – «умения» – «навыки», обеспечено применение современных образовательных технологий от фантомов, манекенов и имитаторов.

Выводы Модернизация здравоохранения, – расширение номенклатуры специальностей медицинских и фармацевтических работников, введение третьего поколения образовательных стандартов высшего профессионального образования, определение нового порядка допуска кадров среднего звена к выполнению профессиональной деятельности, повышение квалификационных требований к персоналу ЛПУ, – все вышеперечисленное происходит в рамках развития постдипломного медицинского образования.

Децентрализация определенного аспекта полномочий в области постдипломного образования, позволила повысить ответственность систем

образования и здравоохранения за эффективность обеспечения медицинской помощи населению всеми необходимыми ресурсами, включая кадровые.

Широкое внедрение информационных технологий в образовательную сферу позволит получать информацию в режиме настоящего времени обо всех аспектах учебного процесса, осуществлять оперативный контроль процесса обучения и потребностей заказчиков медицинских кадров, проводить оценку происходящих изменений и достигнутых результатов, а также осуществлять прогноз для своевременного принятия управленческих решений руководством института.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенчского филиала

Важным аспектом в оценке состояния пациента следует считать качество жизни (КЖ), так как это позволит оценить состояние пациента не только с позиции болезни, но и в целом. Оценка качества жизни, изучение его сущности, накопление о нем необходимой научной информации стало актуальной проблемой, имеющей высокую общественную и государственную значимость.

Известные исследователи в области качества жизни Б.Ю.Бойцов, Ю.В.Крянев, М.А.Кузнецов считают, что понятие «качество жизни» должно включать все аспекты человеческого существования и предлагают следующую структуру качества жизни, состоящую из оценки: здоровья населения, качества образования, качества природной среды, духовности.

Наиболее распространенной трактовкой качества жизни является социологическая характеристика, выра-

жающая качество удовлетворения материальными и культурными потребностями людей, включающей качество питания, одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, уровень образования, качество сферы обслуживания, качество окружающей среды, уровень досуга, удовлетворение в общении, занятиях, творческом труде.

Измерение «качества жизни» осуществляется путем измерения объективных условий и субъективных оценок жизни. Потребности и интересы людей индивидуальны, и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты.

Таким образом, оценка качества жизни выступает в двух формах: в степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности.

Психологическим индикатором качества жизни является степень удовлетворенности разными сферами жизни и положительная согласованность с психикой, адекватностью личности. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) определяют качество жизни как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Поэтому понятие

«качество жизни» – это интегральная оценка характеристики физического, психологического и социального функционирования человека, основанное на его субъективном восприятии. Анализ научной литературы по проблеме качества жизни показывает, что многообразие определений основывается на двух подходах: объективной и субъективной оценке условий существования.

Различие интерпретаций понятия качества жизни свидетельствует о склонности исследователей понимать под данным термином некую комплексную характеристику, интегральный показатель, характеризующий степень развития и полноту удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов личности. Считается, что понятие «качество жизни» объединяет показатели не менее, чем четырёх разных, но взаимосвязанных

друг с другом областей:

1. физической (физическое самочувствие – комбинация проявлений здоровья и/или болезни);

2. функциональной (функциональные возможности – способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью);

3. эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса);

4. социальным статусом (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми).

В современной зарубежной медицине широко распространен термин «качество жизни, связанное со здоровьем», подразумевая, что существует и другой аспект, который со здоровьем не связан: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений.

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека.

Установлено, что среди 15 наиболее важных компонентов понятия качества жизни значатся здоровье и понимание самого себя, а среди наиболее высоко коррелирующих с качеством жизни в целом – материальный комфорт, здоровье и активный отдых (развлечение).

Согласно рекомендациям Организации Объединенных Наций (ООН), социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Эксперты Европейской экономической комиссии систематизировали восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии. Этот ведущий компонент качества жизни особенно значим для лиц пожилого и старческого возраста.

Эксперты ВОЗ, разрабатывая мероприятия по повышению качества жизни, рекомендуют, чтобы люди в пожилом возрасте оставались самостоятельными и вносили продуктивный вклад в жизнь своих семей и общин, они должны обладать достаточно хорошим здоровьем.

Использование такого понимания качества жизни предполагает ориентацию медико социальных структур не только на проведение различных лечебно-профилактических мероприятий (медикаментозное и оперативное лечение, реабилитация), но и на поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену

общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПУТЁМ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ

Янгиева Н.Р., Аишева Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация сетчатки (ВМД) представляет собой одну из наиболее злободневных проблем офтальмологии, так как согласно последним данным, ВМД страдают около 20% людей старше 65 лет. Прогнозируется рост данной патологии к 2050 году до 33%. К сожалению, в последнее 10-летие сухая форма ВМД «помолодела» и обнаруживается при диспансерных осмотрах у 40-летних лиц.

Учитывая, что ВМД является заболеванием, имеющим хроническое течение, то эта группа пациентов относится к группе с необходимостью пожизненной диспансеризации. В этой связи, научные исследования, посвященные совершенствованию диспансеризации ВМД приобретают особую актуальность и медико-социальную значимость. При этом, доминирующим является подход по оптимизации существующей модели организации первичной медико-санитарной медицинской помощи за счёт разработки автоматизированных и персонализированных электронных программ.

Материал и методы. Для повышения качества оказания медицинской помощи при ВМД нами разработана электронная «Карта диспансеризации пациента с возрастной макулярной дегенерацией», которая осуществляет фиксацию и анализ клинических, а также статистических характеристик пациента с ВМД.

В разработке карты мы учли, что обеспечение единой диспансеризации (лечебно-диагностического процесса) требует наличия взаимообмена всей информацией различных уровней здравоохранения. Программа проста и удобна, все необходимые данные могут быть сохранены на соответствующих закладках.

Электронная программа «Карта диспансеризации пациента с возрастной макулярной дегенерацией» внедрена у 90 пациентов с ВМД.

В программе имеются разделы: паспортный; жалоб; данных анамнеза жизни и состояния пациента; факторов риска; имеющихся у пациента,

сопутствующих заболеваний организма и органа зрения; диагноз (с фиксацией даты установления); методы исследования (общеофтальмологических, специальных, лабораторных). А также раздел, где отражаются данные по работе с пациентом (дата и объем беседы по здоровому образу жизни, факторам риска заболевания и профилактических мерах и т.д.).

В программе имеются формы-закладки, в которые вводятся данные обследования пациента врачами различных звеньев здравоохранения, которые дают возможность не дублировать имеющиеся данные в карте, однако учитываются ими. И так непрерывно, между врачами происходит мониторинг пациента и оказание медицинской помощи. По карте имеется возможность провести экспертную оценку сроков выявления заболевания, адекватности и своевременности лечебно-диагностического процесса и диспансеризации, компетентности врачей.

Тем самым, в одной карте обобщается вся информация о пациенте, что позволяет избежать проведение дублирующих методов исследования и действий. По карте четко видна динамика процесса ведения пациента: когда поставлен диагноз, какое лечение проводилось, переход из стадии в стадию, в какие сроки он наблюдался, результаты исследований, когда он обращался в ПЗЗ, а когда в СЗЗ и т.д. По карте имеется возможность провести экспертную оценку сроков выявления заболевания, адекватности и своевременности лечебно-диагностического процесса и диспансеризации, компетентности врачей.

Электронная программа «Карта диспансеризации пациента с ВМД» построена таким образом, что пользователь может получить данные по любым полям базы данных, в любом сочетании. Визуально изучить результаты прикрепленных методов исследования.

Таким образом, электронная карта позволяет вести наглядный контроль комплекса мероприятий пациента с ВМД: следить за динамикой процесса (переход из стадии в стадию), сделать лучше качество диспансерного мониторинга пациентов с ВМД (перевод из группы в группу), обнаружить не явившихся вовремя или не соблюдающих режим посещений пациентов. исследования, динамики диспансеризации (перевод из группы в группу) и оценить эффективность.

Результаты исследования. Для оценки эффективности «Карты диспансеризации пациента с возрастной макулярной дегенерацией» нами проведен анализ ее внедрения в 1 клинику Самаркандского государственного медицинского института (30 пациентов с ВМД ранней стадии), в многопрофильную клинику Ташкентской медицинской академии (30 пациентов с ВМД ранней стадии), многопрофильную поликлинику Мирзо Улугбекского района города Ташкента (30 пациентов с ВМД ранней стадии).

Анализ внедрения в течении 23 месяцев (с января 2019 по ноябрь 2020 гг.) показал, что качественное диспансерное наблюдение за пациентами (90) и преемственные действия между специалистами различных звеньев здравоохранения привели к тому, что у 19,9% с ранней стадией ВМД: 14,4% (13 пациентов) наблюдался переход в промежуточную стадию ВМД и у 5,5% (5

пациентов) в позднюю. Тогда как, в группе пациентов (90), отказавшихся от ведения такой карты переход в промежуточную стадию ВМД наблюдался у 35,5% (32 пациента), то есть в 2,5 раза больше. Переход в позднюю стадию в этой группе наблюдался у 16,6% (15 пациентов), что также в 3 раза больше, чем в группе, где электронная карта диспансеризации применялась.

Программа обладает достаточной диагностической специфичностью - 83,3%, чувствительностью – 65,7%, эффективностью – 74,5%. Экономическая эффективность составляет – 2 500 000 сум на каждого пациента, при желательном клиническом исходе.

Выводы. Таким образом мониторинг пациентов с ранней стадией ВМД по электронной программе «Карта диспансеризации пациента с ВМД» является достаточно простым способом, позволяющим качественно проводить мониторинг пациента с ВМД, обеспечивает преемственность между различными звеньями здравоохранения.

В связи с вышеизложенным, считаем возможным и рентабельным рекомендовать программу «Карта диспансеризации пациента с ВМД» для внедрения в систему здравоохранения Республики Узбекистан.

Стратегия цифровизации здравоохранения республики позволяет совершенствовать систему диспансеризации ВМД, а значит снижает расходы средств бюджета государства и населения.

IMPROVEMENT OF METHODS OF PREVENTION OF TRAUMATIC OPTIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH CONCOMITANT ORBITAL INJURIES

Agzamova S.S., Hikmatov M.N.

Tashkent state dental institute

sara2408@yandex.ru

Annotation. At all times, the most serious injuries included several eye traumas, it led to a sharp decrease eye function or complete loose of vision, the result of which may be not only a change in profession, but also the most severe disability. Clinical researches show that to justify a differentiated approach to qualify the degree of health damage in case of orbital injury in combination with a cerebral trauma. A comprehensive examination of patients made it possible to exclude the presence of pathology of the vision organ in case of orbital trauma combined with a craniocerebral injury, which should provide an objective approach in qualifying the severity of harm to health. Traumatic neuroopticopathy in cases of combined and multiple injuries is often not diagnosed or detected late. Diagnostic, surgical and conservative treatment methods are available in multidisciplinary hospitals with specialized care. Currently, neurosurgeons, ophthalmic surgeons and maxillofacial surgeons are increasingly having to provide patients with complex combined orbital fractures, which is associated with increase in automobile and criminal injuries. Based on our research, we determined the cranial orbital injuries (simultaneously upper and middle zones of the face, and sinuses are damaged) rate was 15.4% in the structure of head trauma.

Key words: orbital injury, loose of vision, craniocerebral injury, conservative treatment methods, traumatic neuroopticopathy, post-traumatic ophthalmopathology, treatment-rehabilitation algorithms.

Purpose of the research. Evaluate the quality of adequate medical care for patients with visual impairment. Also, the development of effective treatment-rehabilitation algorithms in post-traumatic ophthalmopathology. Active dynamic observation and comparison of ophthalmic clinical symptoms in patients in the early post-traumatic period.

Materials and methods. For the clinical study, the results of a survey of 90 patients with visual impairments in the last 2 years and the dynamics of ophthalmic indicators are analyzed.

Results. Researches have shown that in 16 cases, eye surgery was not performed for 2 to 20 days. In addition, 14 patients underwent a series of additional medical interventions (extraction of swollen cataracts, ciliary body suturing, vitrectomy). Delay in transport of the injured or late referral of patients after trauma, severe complex complications resulted in subatrophy of the eyes in 8 patients. Even the maximum level of surgical treatment could not help this category of patients.

Conclusion. Encourage the development of treatment-rehabilitation algorithms and the creation of new methods of emergency resuscitation of patients with post-traumatic ophthalmopathology.

X-RAY DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

Esamuradov A.I., Shamsiev D.F., Mirzaeva M.A.

Tashkent Medical Academy

Tashkent State Dental Institute

Tashkent Pediatric Medical Institute

dfshamsiev@mail.ru

Relevance: Chronic suppurative otitis media affects from 1 to 46% of people living in developed and developing countries. This is approximately 65-330 million people, 60% of them have a significant hearing loss. The prevalence of chronic suppurative otitis media in our country ranges from 8.4 to 39.2 per 1000 population. Among patients with ENT pathology, who are assisted in ENT hospitals, 5.7-7% suffer from chronic suppurative otitis media. The prevalence of chronic suppurative otitis media with cholesteatoma in the population is 0.01%. The peak occurrence occurs on average in the second and third decades of life. Cholesteatoma is detected in 24–63% of patients with chronic hepatitis C in any localization of tympanic membrane perforation.

Materials and Methods: We examined 84 patients with chronic purulent otitis media who were inpatient treatment in the ENT department of the TMA clinic of the Urgench branch. Division by gender: 58 men (69%), 26 women (30.9%), division according to the localization of the inflammatory process: epitympanitis - 9 (10.7%), mesotympanitis - 53 (63%), epimesotympanitis - 22 (26, 1%) patients. The duration of the disease ranged from 4 to 11 years. All patients underwent a standard examination of lororgan, otomicroscopy, endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx, CT, audiological examination at the time of admission and after 1 month. after the treatment.

Results: If a cholesteatomic process was suspected in the middle ear, an X-ray examination of the temporal bones was performed using high-resolution computed tomography (CT) with a step of 1–2 mm in axial and coronary projections, performed in remission of the disease. This study makes it possible to determine the presence of a pathological substrate in the middle ear cavities, the integrity of the ossicle chain, anatomical features of the structure of the mastoid process and nearby structures (presentation of the sigmoid sinus, low standing of the bottom of the middle cranial fossa, high location of the jugular vein bulb), as well as the presence of destruction of the walls of the tympanic cavity, antrum, condition of the canal of the facial nerve and inner ear. According to CT of the temporal bones, mesotympanitis is characterized by a change in the mucous membrane in the tympanic cavity, a cicatricial process around the chain of the auditory ossicles, a defect in the chain is possible, more often due to lysis of the long stem of the incus. Antrum with mesotympanitis in remission is usually pneumatized. A sign of a chronic process is the hardening of the cells of the mastoid process. Cholesteatoma in patients with CHS most often has CT-signs of osteodestruction and is accompanied by severe caries of the ossicular chain, pitting of the contours of the walls of the tympanic cavity, enlargement of the entrance to the antrum, as well as an increase in its size,

destruction of the wall of the lateral semicircular canal and the canal of the facial nerve.

Conclusion: Despite the high information content of CT of the temporal bones, the diagnosis of the state of the process in the middle ear and the tactics of treating a patient with chronic suppurative otitis media depend on a comprehensive assessment of all research methods. At the same time, CT data of the temporal bones play an important role in determining the surgical approach and the scope of surgery in patients with chronic suppurative otitis media.

MICROTIA IN UZBEKISTAN - RETROSPECTIVE ANALYSIS AND OUR 15 YEARS EXPERIENCE

Jafarov M.M., Jafarov M.M., Khasanov S.A., Rasulov M.M.

Clinics of the Tashkent Pediatric Medical Institute

Introduction. The aim of the study was to analyze the patients who came to the OPD of the clinic with a diagnosis of microtia over the past 15 years. In the period 2003-2018, 9456 patients with various congenital anomalies turned to the outpatient department of the clinic of the Tashkent pediatric medical Institute, of which 707 patients were diagnosed with microtia.

Material: Based on the results of a study over the past 15 years (2003-2018) at the Clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute in the department of pediatric plastic surgery and 51 children's was operated

Result. Based on a retrospective analysis, the following were identified: Type I microtia in 260 children (36.7%), type II microtia in 220 children (31.1%), type III microtia in 216 children (30.5%) and complete ear absence (anotia) in 11 children (1,5%). Right-sided microtia in 367 children (51.9%), left-sided microtia in 276 children (39.03%) and bilateral microtia in 53 children (7.4%) were found. Out of 707 children with ear hypogenesis, 390 (55.16%) were boys, 317 (44.83%) girls. By age characteristics at the time of the examination; from 3 months to 6 years 390 children (55.1%), from 6 to 12 years old 169 children (23.9%), from 13 to 18 years old 104 children (14.7%) and adults from 18 years old amounted to 44 cases (6.2%). For otoplasty surgery of the microtia we used two methods, one is with expander and without expander. And some patients were operated to establishing external ear channel before otoplasty.

Conclusion: According to the results of examination and research, the incidence of bilateral microtia is 8 times less than unilateral microtia, Right-sided microtia is more common than left-sided microtia, the incidence of complete absence of the ear (anotia) was 1.5%. At now in Uzbekistan more popular methods of otoplasty is without expander.

ODDIY HUSNBUZAR KLINIK KECHISHIDA ALIMENTAR OMILLAR AHAMIYATI

Karimova M.A., Malikova N.N.

Toshkent davlat stomatologiya institute

dr.malikova@gmail.com

Mavzuning dolzarbligi. Husnbuzar (akne) bu terining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, aholi o'rtasida ayniqsa, yoshlar va ayollar orasida juda ko'p uchraydi. Bu kasallik patogenezida yog' bezlari sekretining follikulga tiqilib qolishi va bakteriyalarning o'sishi uchun qulay muhit yaratishi muhim o'rin tutadi.

Tadqiqot materiali. Ma'lumotlar va material PubMed ilovasi bazasiga asoslanib olingan.

Tadqiqot mazmuni. Hozirgi kunda ko'plab tadqiqotchilar sut mahsulotlarini iste'mol qilish va husnbuzar kuchayishi o'rtasidagi munosabatlarni o'rganib chiqmoqdalar. 7 yoshdan 30 yoshgacha bo'lganlarning o'rtasida olib borilgan bir qator tadqiqotlar, sut mahsulotlari iste'mol qilish husnbuzarlarni paydo bo'lishini va og'irligini kuchaytirishi, sut mahsulotlarisiz parhezlariga qaraganda ko'proq sabab bo'lishini aniqladilar.

Tadqiqotchilar buning sababini sigirlarning homiladorlik paytida ajraluvchi gormonlarning sut tarkibiga kirishida deb taxmin qilishmoqda. Sut tarkibidagi bu gormonlar inson tanasida testosteron darajasini oshiradi. Shu sababli, ter ishlab chiqarish tobora ko'payib boradi, bu esa follikulalarga terning tiqilib qolishiga olib keladi.

Gormonlarga qo'shimcha ravishda sut zardob oqsil va kazeinni o'z ichiga oladi. Ular insulinga o'xshash o'sish omili - 1 (IGF-1)ning darajasini ko'paytiradi. Qonda IGF-1 kontsentratsiyasi husnbuzarning og'irligiga qarab o'zgaradi. Sut va sut mahsulotlari tarkibida uchrovchi kazein jigarda IGF-1 ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi, natijada plazmada uning kontsentratsiyasi opshadi. Yuqori kontsentratsiyadagi IGF - 1 husnbuzarlarni og'irlashtiruvchi sebositlarni aktivlashtiradi.

Amerikalik dermatologlar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, sut va sut mahsulotlari tarkibidagi IGF - 1, fosfinositid-3 kinaza (PI3K), Akt orqali FoxO1 shakllanadi va u yallig'lanishini kuchaytiradi. FoxO1 - bu husnbuzarning, yog bezlarining sekretsiyasi va uning aktivatsiyasida qatnashuvchi genlarni boshqarishda muhim rol o'ynaydi. FoxO1 shuningdek sebotsitlar va aknegenezni faollashtirishda ishtirok etadigan mTORC1 kompleksini modulyatsiya qiladi. Sut mTORC1ning faoliyatini rag'batlantiruvchi aminokislotalar zanjiri(BCAA) ni oshiradi.

Shunisi e'tiborga loyiqki, tajriba davomida yog'sizlantirilmagan sutning terining holatiga ta'sir kaeffitsienti, yog'sizlantirilgan sutga nisbatam kamroq ekanligi aniqlandi. Buning sababi yog'sizlantirilgan sut tarkibida tananing gormonal tarkibiy qismlari ta'sir qiladigan va undagi biologik o'zgarishlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan aktiv moddalar yetarlicha miqdorda saqlanadi. Iste'mol qilinadigan sigir sutini sovutish bilan birgalikda pasternizatsiya qilinganda (72°C, 15') mTORC1ni aktivlashtiruvchi bioaktiv MEXmiR qaynatilgan sutga nisbatan ko'proq hosil bo'ladi.

Ovqat ratsionida sut va sut mahsulotlarini ko'p bo'lishi toshmalarning paydo bo'lishini qo'zg'atishi mumkin, chunki mahsulotning tarkibidagi steroidlar va steroid bo'lmagan o'sish faktorlar soch - yog' bezlari kompleksi yoki pilosebatsion kompleksi (soch follikullari va yog' bezlari)ga ta'sir ko'rsatib yallig'lanish chaqiradi.

Xulosa: Barcha sut mahsulotlaridan voz kechish kerak emas, shunchaki ularni me'yorda iste'mol qilish va ular tabiiy bo'lishi kerak. Chunki tabiiy yogurt va tabiiy pishloq teriga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi, ammo muzqaymoq va sut yallig'lanishni

kuchaytiradi. Probiotiklar qo'shib tayyorlangan yogurt hattoki yallig'lanishni kamaytirishda yordam beradi. Agar yog'sizlantirilgan sut iste'molini to'xtatishni hohlamasangiz, uni tabiiy yog'sizlantirilmagan sut bilan almashiring.

METHODS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH FRACTURED ORBITAL WALLS TAKING INTO ACCOUNT VISUAL FUNCTIONS

Mirbabaeva F.A., Hikmatov M.N., Askarov D.M.

Tashkent state dental institute

mirbabaevaferuza@gmail.com

Relevance. One of the most common midline facial injuries is orbital fractures, second only to damage to the nasal bones. According to P. Siritongtaworn et al (2001), orbital fractures account for 40% of all fractures of the facial skeleton. Three quarters of the victims are men. Isolated fractures of the orbit occur in about 35-40% of cases, and in 30-33% of victims, damage to two walls occurs. Fracture of three walls of the orbit is recorded in 15-20% of patients and in all four - in 5-10% of cases.

Traumatic deformities of the orbit cause not only significant cosmetic defects, but also visual impairment, up to and including loss of vision. The level of binocular vision impairment is especially high in fractures of the lower wall of the orbit, and this is the most common type among all fractures of the orbit. The need for the active participation of ophthalmologists in the rehabilitation of patients with orbital fractures is emphasized by many researchers.

The aim of our study is to study disorders of visual functions and methods of conservative treatment for early rehabilitation of patients with orbital fractures.

Material and research methods. The study included 44 patients with isolated and combined fractures of the lower wall of the orbit. Among the observed sick men were 32 (73%), women 12 (27%). The age of the patients ranged from 16 to 60 years, the average age was 38.7 years. Isolated injuries of the orbital walls were found in 14 (32.4%), combined injuries (zygomatic-orbital) in 30 (67.4%) patients. Concomitant orbital trauma included damage to the eyeball (12 patients), brain (TBI - 18 patients), ENT organs (nose - 14 patients). The paranasal sinuses were changed in all patients, since the complex of orbital trauma included fractures of the orbital walls, and, consequently, changes in the sinuses. According to the term, the orbital trauma was conditionally subdivided into the early period trauma (up to 1 month after the trauma) - 34 patients and the late period trauma (more than 1 month after the trauma) - 10 patients. 10 patients underwent conservative treatment - physiotherapy with proteolytic enzymes to eliminate binocular vision disorders. 34 patients underwent complex treatment (physiotherapy and surgical treatment). 34 patients underwent surgical treatment - reconstruction of the lower wall of the orbit. The follow-up period after surgery was 1.3.6 months.

The main complaints of patients were: visual disorders, including decreased vision (6 patients - 13.0%) and diplopia (36 patients - 82%), cosmetic defects such as displacement of the eyeball (enophthalmos - 31 patients), changes in the symmetry of the facial skeleton.

Ophthalmological examination of patients. All patients before and after treatment (physiotherapeutic or surgical), at various times after (within 1,3.6 months after surgery), underwent a comprehensive examination of the organ of vision, which included the study of the state of the eyeball and the adnexa. Traditional ophthalmic research methods: visometry, refractometry, tonometry, perimetry, biomicroscopy, ophthalmoscopy. All patients underwent a comprehensive examination of the eyeball and orbit - echography and biometry of the eyeball (A and B-method), scanning of the orbital space. In addition to these methods, additional ophthalmological methods were used: a study of the sensitivity of the cornea and skin of the eyelids, electrophysiological studies with the determination of the thresholds of retinal sensitivity, a study of the position of the eyeball, its mobility, and diplopia. The study of enophthalmos was carried out visually, as well as exophthalmometry according to Hertel. The study of the hypophthalmus was also performed visually, using a millimeter ruler. The mobility of the eyeball was assessed by the main directions of gaze, by the completeness of the volume and symmetry of mobility. The study of central diplopia was carried out on a spheroperimeter, assessed in degrees of distance from the displaced image from the central point of the binocular vision field with the separation of the fields of view by color filters (red and green), instead of compensating for diplopia with prism diopters.

The main objectives of conservative treatment were the resorption of hemorrhages accompanying orbital fractures in the acute period after trauma, which is the prevention of scar formation and fibrous wrinkling of the orbital tissue with a loss of its volume. Proteolytic enzymes were used in the treatment. An important part of the treatment was active gymnastics for extraocular muscles and massage of eyelid scars, performed by patients repeatedly throughout the day throughout the course of conservative therapy and 2-3 weeks after its completion to stretch the scar tissue, reduce the contraction effect of fixing scars inside the orbit.

Conclusion. Conducting complex conservative and surgical treatment for patients with orbital wall fractures can improve the functional and cosmetic results of treatment, and shorten the rehabilitation period for patients.

IDENTIFICATION OF PROTEINS P16, P53 AND PD-L1 IN OROPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Polatova D.Sh., Madaminov A.Yu.

Tashkent state dental institute

akhmad.madaminov@inbox.ru

Background: One of the most common infectious agents that cause cancer is the human papillomavirus (HPV). In developed countries, the incidence of oropharyngeal squamous cell carcinoma (OPSCC) associated with HPV has increased significantly over the past decade. High-risk HPVs, especially 16-genotype, cause OPSCC, where it is detected in about 70% of tumors arising from the lymphoid tissues of the tonsils or the base of the tongue.

Methods: The study cohort included 37 patients with T1-4N0-3M0 (AJCC, 7th edition) OPSCC who received treatment at the National Cancer Research Center of Uzbekistan during the period 2015-2020 years. IHC was applied to tissue sections on

glass slides taken from archived tumor samples formalin fixed paraffin embedded. Used the visualization system EnVision FLEX+, High pH, is designed for immunohistochemistry with the instruments of the Link automatic platform. The system detects primary monoclonal mouse antibodies p16 and p53 and polyclonal rabbit antibodies PD-L1 according to standard protocol. IHC detection of p16 expression was used to evaluation HPV status, p16 was appreciated positive when intense diffuse nuclear or cytoplasmic staining was >70%. IHC staining of the p53 mutant type was evaluated as positive when expression was greater than 10%. PD-L1 positive status was determined by the presence of staining of membrane tumor cells and the percentage of positive tumor cells ($\geq 1\%$ positive). Immunohistochemistry was performed in 20 of the 37 patients. A total of 60 IHC study were performed, including 20 IHC study for p16, 20 IHC study for p53 mutant type and 20 IHC study for PD-L1 tumor cells.

Results: Of the 37 patients, 20 were male (54%) and 17 were female (46%). The average age is 51,6 (28-77). Tumor site in the oropharynx: palatine tonsils 19 (51%), lateral wall 8 (23%), base of tongue 6 (16%), soft palate 2 (5%) and posterior wall 2 (5%). Out of 20 patients performed IHC 12 (60%) had HPV status positive (hyperexpression p16), 8 (40%) HPV status negative (hyperexpression p16 not detected). PD-L1 positive expression in 9 cases (45%), p53 mutant positive expression in 8 cases (40%). 10 (83%) of HPV status positive patients were under 60 years of age. In 5 cases, positive expression of p16 and PD-L1 was observed, where p53 mutant was negative. In all 8 p53 mutant type positive expressions, p16 was negative.

Conclusions: The mean age of HPV status positive patients was less than the mean age of the overall cohort. The results showed that p53 mutant expression was negatively correlated with p16 positivity, and PD-L1 is expressed in HPV-induced OPSCC. It is necessary to assess whether the tumor is actually caused by HPV in OPSCC, because the clinical course is different compared to tumors with a negative result.

RESULT OF IL-2, IL-4, IL-8 AND IgE IN PATIENTS WITH NASAL POLYPS

Vokhidov U.N., Vokhidov N.K., Makhatov N.A.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

dr_ulugbek@list.ru

Introduction. Chronic polypoid rhinosinusitis (CPRS) is one of the most important forms of chronic rhinosinusitis (CRS), which proceeds with the rapid growth of polyps and frequent relapses. CPRS represent a common benign disease affecting 4% of the general population.

CPRS is a disease with unknown etiology, characterized by a persistent symptomatic inflammation of the nasal and sinonasal mucosa [2,5]. In patients with CPRS, the epithelium is damaged (partial shedding, complete denudation, or loss of cilia) and shows an abnormal remodeling (goblet cell hyperplasia, basal cell hyperplasia, or metaplasia). As a consequence, the identification of molecular mechanisms of the upper airway epithelial cells involved in repair, proliferation,

and mucociliary differentiation under normal and pathological conditions, offers some potential for the development of new strategies for CPRS treatment.

The purpose of research was to study the cytokines IL-2, IL-4, IL-8 and IgE in the serum of patients with various forms of chronic polypoid rhinosinusitis.

Material and methods of research. We examined 150 patients aged 15-80 years diagnosed with "chronic polypoid rhinosinusitis", were hospitalized in the ENT department of the 3-rd clinic of Tashkent Medical Academy from 2009 to 2013. Immunological study was conducted 79 patients (52,7%) in the stationary condition during the treatment period from 2012 to 2013. All patients underwent endoscopic surgery corresponding prevalence of polypoid process. Macropreparations subjected to morphological studies.

Results of research and discussion. After morphological study of polyps taken during surgery, patients were divided into two groups: patients with "neutrophilic" (56 patients (39.4%)) and "eosinophilic" (86 patients (60.6%)) polypoid rhinosinusitis. Immunologic study of cytokines in peripheral blood showed that 31 patients (39.2%) with chronic "neutrophilic" polypoid rhinosinusitis serum level of IL-2 was $11,46 \pm 4,12$ pg/ml, IL-4 - $7,55 \pm 0,97$ pg/ml, IL-8 - $10,06 \pm 3,47$ pg/ml. IgE levels in serum was $44,83 \pm 29,06$ IU/ml. In 48 patients (60.7%) with chronic "eosinophilic" polypoid rhinosinusitis serum IL-2 was $10,59 \pm 3,50$ pg/ml, IL-4 - $6,19 \pm 2,34$ pg/ml, IL- 8 - $8,06 \pm 4,69$ pg/ml. IgE levels in the serum of these patients was $244,43 \pm 158,85$ IU/ml. In comparative evaluation of the two groups, we can say that in both groups violated the immune response, in addition, in patients with "eosinophilic" polypoid rhinosinusitis determined allergy of the body, and patients with "neutrophilic" polypoid rhinosinusitis revealed sluggish chronic inflammatory process.

Conclusion. Further studies of immunological parameters will help to create the benefits of treating patients with various forms of chronic polypoid rhinosinusitis.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSING AND TREATMENT OF MAXILLARY SINUS CYSTS

Vokhidov U.N., Vokhidov N.K., Butaev A.S., Khikmatillaev I.S.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

dr_ulugbek@list.ru

Sinus cysts are one of the most common diseases in clinical practice. According to the classification of sinusitis, cysts are chronic. Cysts of the maxillary sinuses are a very common disease, often an incidental clinical finding on radiography and computed tomography of the paranasal sinuses.

At the same time, there are few reports in the literature about the localization of cysts in the frontal and sphenoid sinuses. It is especially difficult to diagnose cysts of the sphenoid sinus, since the known X-ray packing does not allow them to be diagnosed. The problem of diagnosing cysts of the paranasal sinuses was resolved with the introduction of computed tomography into practice.

Modern diagnosis and treatment of cystic lesions of the paranasal sinuses is one of the urgent problems of otorhinolaryngology. Among all sinuses, cystic processes in 93,3% of cases affect the maxillary sinuses. In the last decade, there has been an

increase in the incidence of chronic sinusitis, respectively, the number of patients suffering from cystic sinusitis, which often do not have characteristic clinical symptoms, is increasing; they are detected during X-ray examination of patients for another disease as a “chance find”.

With the advent of endoscopic methods of rhinosinosurgery, various options for endonasal and extranasal interventions began to be performed to remove cysts of the maxillary sinus: after puncture of the canine fossa, through the lower nasal passage, after expansion of the fistula in the middle nasal passage, by the method of posterior fontanellotomy. However, there are no works summarizing the experience of treating a large number of patients with maxillary sinus cysts.

The aim of the study was to assess the conformity of the radiological manifestations of the pathological process in the sinuses with the results of histopathological studies in patients with cysts of the maxillary sinus.

Materials and research methods. The study group consisted of 50 patients with a preliminary diagnosis of a maxillary sinus cyst, confirmed by clinical manifestations, x-ray and computed tomography of the paranasal sinuses. All patients underwent surgery.

Results of research. As a result, patients included in the study group were diagnosed with a preoperative diagnosis: maxillary sinus cyst. However, histopathological confirmation of this diagnosis was received only in 58,8% of cases. Pathological diagnoses were distributed as follows. The largest number (42,8%) were samples with a diagnosis of true cyst. Their wall was represented by connective tissue lined on both sides by a flattened multirow ciliated epithelium, in which goblet cells were found with the basal membrane unchanged. Own plate consisted of connective tissue fibers with vessels and cellular elements. The second group consisted of false cysts - 16% of the studied samples. The morphological difference of the wall of the false cyst was the presence of a unilateral epithelial lining. The cyst wall was represented by fibrous tissue with dystrophic changes in the form of hyalinosis without an internal epithelial lining, although in some places the epithelial lining was preserved. In the cyst wall, blood vessels with signs of plethora, sclerosis with hyalinosis, stromal-vascular dystrophy were visible. In a quarter of the samples examined (25%), a fibro-edematous polyp was revealed, which manifests itself as a hyperplastic process with excessive proliferation of connective tissue, squamous metaplasia of the ciliated epithelium into a stratified squamous.

Fibro-edematous polyp with cystic transformation was detected in 16.2% of cases. Its wall was lined with multi-row epithelium, in some cases sclerotic changes were visible in the wall.

Thus, having carried out a detailed analysis of clinical and radiological data, we found that the diagnosis of cystic sinusitis, based on the clinical manifestations and results of an X-ray examination, is not always consistent with the histopathological diagnosis. In addition, having studied the long-term results of surgical treatment of patients, we came to the conclusion that the presence or absence of recurrence of the pathological process was also independent of the histopathological diagnosis.

АЛЛЕГИЧЕСКИЙ РИНИТ ПРИ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ

Абдухоликова Г.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
gul_noza_93@mail.ru*

Процент больных, страдающих от аллергического ринита, с каждым годом растет. В Узбекистане в среднем болеют 24% людей, 50% из них школьного возраста. Аллергены могут быть разными. Одни из них попадают экзогенные, другие образуются в самом организме-эндогенные аллергены или аутоаллергены. Среди экзогенных аллергенов выделяют биологические, лекарственные, бытовые, пыльцевые, пищевые, промышленные. Биологическими аллергенами могут быть бактерии, вирусы, грибы, гельминты, сыворотки и вакцины. Аллергизация организма при гельминтозах развивается в связи с всасыванием продуктов распада гельминтов и веществ, образующихся при их деятельности. В структуре инфекционных заболеваний кишечные гельминтозы находятся на третьем месте. Однако течение ЛОР заболеваний на фоне гельминтозов мало изучено.

Цель исследования: оценить роль кишечных паразитов в развитии аллергического ринита у детей и оптимизировать лечение.

Материалы и методы: нами было обследовано 60 детей в возрасте от 6 до 14 лет с аллергическим ринитом, у которых выявлены паразиты. Из них у 25 больных обнаружен лямблиоз и у 17 – энтеробиоз. Также, у 18 детей составили контрольную группу с аллергическим ринитом без паразитов. Для диагностики паразитов использовали копроскопию.

Риноскопическая картина у больных обеих групп была одинаковой, характерной для аллергического ринита. Противоаллергическая терапия включала препарат зиртек 10мг 1 раз в день, виброцил по 2 капли в каждую ноздрю 3 раза в день и эндоназальный электрофорез с 3% раствором хлористого кальция в течение 14 дней. Больные основной группы получали также противопаразитарный препарат метронидазол по 10- 15 мг/кг 2-3 раза в день 7 дней. Противоаллергическая терапия приводила к быстрому улучшению состояния больных, а противопаразитарная – закрепляла эффект.

Результаты. Большинство больных 52 (86,6%) с аллергическим ринитом и с сопутствующей глистной инвазией беспокоило затруднение носового дыхания, 30 (50%) жаловались на зуд в носу, 45 (75%) на приступообразное чихание и 18 (30%) на ринорею с одинаковой частотой в обеих группах. Выявлялись также евстахеит, риносинуситы, хронический тонзиллит простой и токсико-аллергический. Наиболее характерными клиническими проявлениями паразитозов у детей являлись раздражительность 91,2% и снижение аппетита 88,2%, боли в области живота, периодически возникающие диарея или запоры, тошнота и рвота. Клиническими проявлениями сенсibilизации организма появлялись зуд кожи, различные высыпания, бронхоспазм, эозинофилия. УЗИ больных аллергическим ринитом, сочетанным с паразитарной инвазией, выявило изменения печени, обнаружены признаки дискинезии желчевыводящих путей.

Выводы. Всех детей с аллергическим ринитом необходимо обследовать на паразитарную инвазию с помощью копроскопии. При обнаружении паразитов использовать комплексную терапию: противоаллергические препараты сочетать с противопаразитарными.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКУЛООРБИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Агзамова С.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
sara2408@yandex.ru*

Травмы скуло-орбитального комплекса (СОК) представляют собой один из вариантов челюстно-лицевой травмы. В структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ) СОК составляют 6-7%, а от всех видов сочетанной ЧМТ - 34% [6,10]. Частота переломов орбиты при травмах СОК по-прежнему остается высокой - до 64%, в 48% случаев травмы орбиты сопровождаются повреждениями глазного яблока (ранения, контузии) и его вспомогательных органов [3,4,6,9,12 г]. Повреждения зрительного нерва при ЧМТ встречаются в 0,5-5% случаев, при травмах СОК - в 11,2%.

Целью работы явилось изучение офтальмологической симптоматики у пациентов с переломами СОК в остром периоде ЧМТ, определение необходимого объема диагностических мероприятий в зависимости от тяжести состояния больного.

Материалы и методы. С 01.09.2015 по 01.09.2019 в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) госпитализировано 4013 пациентов с ЧМТ, из них у 821 диагностированы различные переломы костей средней зоны лица (СЗЛ). На долю переломов СОК пришлось 150 (18,3%) наблюдений.

Объем офтальмологического обследования менялся в зависимости от тяжести состояния больного. Пациентам с ясным сознанием определяли остроту зрения, цветовое зрение по таблицам Рабкина, проводили периметрию, офтальмоскопию. Больным с угнетением сознания до умеренного выполняли лишь офтальмоскопию, а периметрию проводили контрольным способом.

Пострадавшим с подозрением на переломы СОК выполняли КТ лицевого скелета в аксиальной и фронтальной плоскостях. Пострадавшим с подозрением на повреждение глазного яблока или зрительного нерва проводили МРТ головного мозга и орбит.

Результаты исследования. После проведенных КТ - и МРТ - исследований в зависимости от локализации повреждений стенок глазницы мы выделили следующие группы:

повреждения наружного края и наружной стенки глазницы (латеральная группа – А₁), скуло-глазнично-верхнечелюстного (СГВЧ) комплекса, включая изолированный перелом дна глазницы (нижнелатеральная группа - А₂), носоглазнично-решетчатого (НР) комплекса (верхнемедиальная группа - А₃) и повреждения верхнего края и верхней стенки глазницы (верхняя группа - А₄).

На основании данных исследования, наибольшее количество пациентов с травматическими повреждениями СЗЛ находилось в группе с переломами СГВЧ комплекса (2-группа) - 46,4%, включая так называемые «взрывные переломы» в 4,8% случаев, скуло-орбитальные переломы в 18% случаев. На долю повреждений НГР комплекса (3 группа) пришлось 23,1% и самая малочисленная группа пациентов с переломами наружного края и наружной стенки орбиты - 6,9% (1 группа), кроме того имелись наблюдения по поводу изолированных переломов нижней стенки орбиты, и верхнего края орбиты (4 группа) - 0,8% случаев, в единичных случаях по годам исследований отмечались двусторонние повреждения СЗЛ - в 0,1% случаев. Одновременное повреждение двух стенок орбиты наблюдалось у n= 83 больных (6,7%).

Среди изолированных переломов преобладали переломы нижней стенки орбиты 31%, медиальной стенки орбиты 17,4%, латеральной стенки орбиты 2,3%, костей носа 33,3%, скуловой кости 8%, стенки гайморовой пазухи 7,1%. Сочетанные переломы двух стенок орбиты наблюдалось у 7,1% пациентов.

Множественные переломы нижней стенки орбиты наблюдались в 61,2% случаях, костей носа в 34%, скуловой кости в 38%, медиальной стенки орбиты в 23%, стенки гайморовой пазухи в 18% случаях. Реже сочетались переломы латеральной и верхней стенок орбиты.

Основной причиной снижения зрения было наличие травматической оптической нейропатии (ТОН). Из 150 больных с переломами СОК ТОН была выявлена у 34 человек (22%). Из них непрямая ТОН диагностирована у 31 (91,2%), а прямая - у 3 (8,8%) пострадавших.

Второй причиной нарушения зрения были контузии глазного яблока различной степени тяжести (54,3%). Контузии легкой степени тяжести выявлены в 13,6% наблюдений, средней степени тяжести - в 35,3%, тяжелой - в 5,4%.

Проведение офтальмоскопии позволило выявить изменения картины глазного дна у 145 (40,7%) пациентов. Травматическая ангиоретинопатия была диагностирована у 74 (20,7%) пациентов, отек диска зрительного нерва вследствие его сдавления - у 31 (8,7%), передняя ишемическая нейропатия - у 21 (5,9%), задняя ишемическая нейропатия - у 9 (2,5%), Берлиновское помутнение сетчатки - у 4 (1,1%), частичная атрофия зрительного нерва - у 4 (1,1%), атрофия зрительного нерва - у 1 (0,3%) пациента.

Ведущими офтальмологическими симптомами при травмах СОК были: нарушения окуломоторики - 148 (41,6%), дистопия глазного яблока - 137 (38,5%). Нарушение движений глазного яблока и его положения в орбите у 108 (30,1%) пациентов вызвало появление диплопии.

При нарушении окуломоторики определяли ограничение подвижности глазного яблока по 4 основным меридианам (вверх, вниз, кнаружи, кнутри) и по 4 промежуточным. Наиболее часто встречались нарушения подвижности вверх - 54 (15,2%) и комбинированные формы - 55 (15,4%) (табл. 3).

Основным видом дистопии глазного яблока у пациентов с переломами СОК в остром периоде ЧМТ был экзофтальм. Он определялся у 108 пациентов, что составило 30,3% от всех травм СОК и 78,8% от всех дистопий глазного

яблока. Процентное соотношение остальных видов дистопий распределилось следующим образом.

УЗИ глазного яблока, ретробульбарной клетчатки и УЗДГ глазной артерии выполнено 48 (13,4%) пострадавшим. Ретробульбарные гематомы были выявлены у 39 (10,9%) пациентов, эмфизема ретробульбарной клетчатки - у 11 (3,1%), повреждения экстраокулярных мышц - у 5 (1,4%), частичные и субтотальные гемофтальмы - у 12 (3,4%), травматическая отслойка сетчатки - у 1 (0,3%). Снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по глазной артерии отмечено в 35 (74,2%) наблюдениях. Снижение ЛСК в интервале 20,0-27,7 см/с выявлено у 29 (60,4%) больных в интервале 8,0-15,5 см/с - у 6 (12,5%). У 1 больного со склерозом ретробульбарной клетчатки отмечено увеличение линейной скорости кровотока по глазной артерии до 72,1 см/с.

Все больные получали комплексную консервативную терапию, включающую кортикостероидные, гемолитические, антибактериальные, ноотропные, нейропротекторные, антиоксидантные и улучшающие микроциркуляцию препараты, витаминотерапию, физиотерапию со 2-й недели от начала заболевания, комплекс упражнений для экстраокулярных мышц, массаж глазного яблок.

У 2 пациентов с выполненной декомпрессией зрительного нерва мы получили удовлетворительные результаты. В первом наблюдении до операции у пациента была выявлена неправильная светопроекция, после операции острота зрения составила 0,1 н/к. Во втором наблюдении острота зрения до операции составляла 0,09, после хирургического вмешательства - 0,4 н/к.

Зрительные функции у пациентов с травмами СОК восстановились полностью у 64,1% пациентов, частично - у 33,1% и у 2,8% (3 пациентов с прямой ТОН) острота зрения осталась равна 0.

Таким образом, больным с повреждением содержимого орбиты и различных отделов зрительного анализатора при переломах СОК необходимо своевременное нейроофтальмологическое обследование. Мультидисциплинарный подход в выборе тактики лечения данной категории пострадавших, использование современных методов диагностики, ранние сроки проведения реконструктивных операций позволяют получить хорошие функциональные и косметические результаты.

Выводы: Переломы СОК в структуре ЧМТ встречаются в 11,4%. Ведущими офтальмологическими симптомами травм СОК в остром периоде ЧМТ являются: экзофтальм и экзогипофтальм, глазодвигательные нарушения вверх и комбинированные по 2 и более меридианам, диплопия вследствие ретробульбарных гематом, интраорбитального смещения костных отломков, а также нарушения соотношения костных структур. Травматическая оптическая нейропатия при травмах СОК встречается в 20,9%. Для своевременной диагностики ТОН, выбора сроков и тактики лечения данной патологии необходимо раннее офтальмологическое обследование. Проведение реконструктивных операций в раннем периоде краниофациальной травмы позволяет добиться регресса глазодвигательных нарушений в 86,6%, дистопии

глазного яблока - в 82,5%, диплопии - в 86,5% и получить хорошие косметические исходы.

РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ СКУЛООРБИТАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

Агзамова С.С., Аъзамов А.Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
sara2408@yandex.ru*

Актуальность. Перелом костных стенок орбиты сочетается с травмой глазного яблока в 36,6–38,1% (Гундорова Р.А., 2009). Вследствие преобладания клинических офтальмологических симптомов: гематома, отек, ушибленные раны век, субконъюнктивальное кровоизлияние, хемоз конъюнктивы, нарушение зрительных функций со снижением остроты зрения до полной потери светоощущения, диплопия, энофтальм основное внимание офтальмологи уделяют травме глазного яблока, в то время как повреждение костных структур орбиты своевременно не диагностируют. Поздняя диагностика приводит к функциональным и косметическим дефектам, развитию гнойно-воспалительных заболеваний орбиты.

Цель – проанализировать частоту и клинические проявления нарушения целостности костных стенок орбиты в сочетании с травмой глазного яблока.

Материал и методы. С 2015–2019 гг. на стационарном лечении в отделении Челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института, находились 245 пациента с сочетанной скулоорбитальной травмой. Из них у 72 (29,3%) обнаружен перелом костных стенок орбиты в сочетании с повреждением глазного яблока, а у 173 без повреждения глазного яблока (70,6%): мужчин – 197 (54,6%), женщин – 48 (39,8%); средний возраст $31,9 \pm 10,4$ лет.

Всем пациентам выполнено обще офтальмологические обследования и лучевые методы исследования: рентгенография (ROOM–20 M) черепа, орбит и двухмерное ультразвуковое исследование – УЗИ (A/BSCAN–HUMPREY–837). 124 (63%) пациентам проведена компьютерная томография орбит – КТ (СТМАХ–640 GE) с 3D-реконструкцией изображения.

Статистическая обработка данных проведена методами вариационной статистики с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты. У пациентов с сочетанной травмой глазного яблока и орбиты в зависимости от механизма травмы выявлены повреждения: открытые и закрытые.

Открытая травма определена у 59 (30%) пациентов, характеризовалась переломом костных стенок орбиты в сочетании с открытой травмой глазного яблока – корнеосклеральное ранение 52 (88%), ранение склеры 5 (8%), роговицы 2 (3%). Преобладали раны неправильной формы с размозженными краями, повреждением хрусталика, радужки, цилиарного тела, сосудистой оболочки, сетчатки с обширным кровоизлиянием в полость глаза. Диагностика открытого перелома орбиты не вызывала трудностей во время первичного осмотра и пальпации определена деформация орбитального края в ушибленной

ране мягких тканей у 27 (46%) пациентов. У всех 59 пациентов наличие перелома подтверждено при рентгенографии. Наиболее часто диагностирован открытый перелом нижней стенки орбиты – 47 (79%) пациентов, из них изолированный перелом – 31 (66%), сочетанный с переломом внутренней стенки – 12 (26%), наружной – 4 (9%). Изолированный перелом наружной стенки орбиты определен у 8 (14%), верхней стенки – у 4 (7%) пациентов.

Контузионная (тупая) травма характеризовалась закрытым переломом костных стенок орбиты у 137 (70%) пациентов с преобладанием контузии глазного яблока средней степени с гифемой, гемофтальмом и тяжелой степени – субконъюнктивального разрыва (СКР) склеры.

При рентгенографии определены только косвенные признаки взрывного перелома костных стенок орбиты: затемнение придаточных пазух носа – гемосинус у 43 (31%), повышенная плотность орбитальной клетчатки – кровоизлияние у 86 (63%), газ (воздух) в орбите у 59 (43%). КТ проведена на 1-3 сутки после травмы, позволила детально определить состояние костных стенок орбиты и мягко тканевых структур у 113 (82%) пациентов. Взрывной перелом нижней стенки орбиты диагностирован у 52 (38%) пациентов, из них изолированный перелом – 19 (37%), сочетанный с переломом внутренней стенки – 28 (54%), наружной – 5 (9%). Преобладала закрытая травма глазного яблока – контузия средней степени с гифемой – 35 (67%), гемофтальмом – 12 (23%), СКР склеры выявлен у 5 (10%) пациентов. Взрывной перелом внутренней стенки орбиты в сочетании с закрытой травмой глаза определен у 37 (27%) пациентов, из них разрыв роговицы по кератотомическому рубцу выявлен у 2 (5%). При закрытой травме задних ячеек решетчатого лабиринта диагностировано повреждение зрительного нерва с последующим развитием его атрофии – у 3 (8%). Закрытый перелом верхней стенки орбиты диагностирован у 28 (20%) пациентов. Травма сочеталась с контузией глаза средней степени с гифемой – 14 (50%), гемофтальмом – 6 (21%), СКР склеры – 5 (18%). Закрытый перелом наружной стенки с расхождением лобно-скулового шва у 9 (7%) пациентов сопровождался СКР склеры.

У 11 (8%) из 137 пациентов при первичном осмотре и рентгенографии не выявлено признаков перелома костных стенок орбиты. Только после рассасывания гематомы век и возможности открыть глазную щель появились жалобы на двоение за счет ограничения подвижности глаза. Всем пациентам проведена КТ через 7-14 дней после травмы, диагностирован изолированный перелом нижней стенки – 7, сочетанный с переломом внутренней стенки – 4.

Вывод. Открытый перелом костных стенок орбиты, сочетающийся с открытой травмой глазного яблока, не вызывает трудностей в диагностике. Наиболее часто сочетанное повреждение глазного яблока и костных структур орбиты выявляется при закрытой (тупой) травме. При этом в клинике преобладает контузия глазного яблока, определить область и распространенность перелома возможно только после проведения КТ – исследования в ранний период травмы.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Акбаров А.Н., Ярашева Н.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Тиреотоксикоз-состояние, вызванное стойким повышением уровня тиреоидных гормонов в крови. При тиреотоксикозе в зависимости от неспецифической резистентности организма неоднозначные изменения претерпевают в ткани полости рта. При этом пародонт проявляет себя как высокочувствительный индикатор функциональных и морфологических изменений в организме (Горбачева И.А., 2003). Нарушения иннервации и кровообращения в пародонте создают благоприятные условия для развития заболеваний у подавляющего числа пациентов.

Цель исследования: Изучить влияние тиреотоксикоза на состояние органов полости рта и оценка состояния полости рта при тиреотоксикозе согласно стоматологическим индексам.

Материал и методы: В исследование включены 38 пациентов в возрасте 25-60 лет, из них 28 больных с тиреотоксикозом и 10 без фоновой патологии (контрольная группа). Стоматологическое обследование заключалось в клиническом осмотре ротовой полости с расчетом индексов, отражающих ее гигиеническое состояние. Определялись следующие индексы: упрощенный индекс гигиены полости рта Грина - Вермиллиона (отражает степень гигиены полости рта, интенсивность образования зубного камня и налета), Десневой индекс (GL) - показывает степень гингивита, индекс интенсивности кариеса (КПУ), позволяющий выявить поражаемость зубов кариесом.

Результаты и обсуждение: При определении индекса гигиены по Грину - Вермиллиону у пациентов с тиреотоксикозом выявлено значительное повышение интенсивности образования зубного налета по сравнению с контролем. Оценка индекса гигиены, относительно хорошая во 2-й и удовлетворительная в 1-й группе, говорит о влиянии тиреотоксикоза на интенсивность отложения зубного налета. Это свидетельствует о взаимосвязи между наличием основного заболевания и увеличением количества зубных отложений. Поскольку состояние гигиены полости рта ухудшается, увеличивается и десневой индекс, говорящий о воспалительном процессе. Наличие воспалительных явлений тканей пародонта является одним из основных показателей интенсивности тиреотоксикоза. У пациентов обеих групп присутствует гингивит средней и легкой степени. При этом у лиц контрольной группы десневой индекс был ниже. При изучении индекса КПУ выявлена высокая частота поражаемости зубов кариесом. Причем в 1-й группе у 77% обследованных обнаружен пришеечный кариес, тогда как у контрольной группы наблюдалось поражение коронковой части зуба. В контрольной группе средний показатель бал снижен, что возможно, связано с различными условиями место проживания и труда.

Выводы: Таким образом, между тиреотоксикозом и состоянием тканей полости рта существует прямая зависимость. Это подтверждается данными десневого индекса, упрощенным индексом гигиены, КПУ, а также корреляцией

их данных.

При наличии тиреотоксикоза достоверно происходит увеличение частоты кариозных поражений зубов в пришеечной области.

По наличию воспаления десны и степени его тяжести можно судить о состоянии общего заболевания организма. При подсчете гигиенического индекса выявлена зависимость между количеством и скоростью появления зубного налёта: скорость образования увеличивается по мере прогрессирования тиреотоксикоза с возрастом.

ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА ТЕРИ МИКРОБИОЦЕНОЗИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Ахатова Г.Х., Ахмедова Ф.Н., Боймуродов Б.Т.

Тошкент давлат стоматология институти

Guljahonhakimovna2020@mail.ru

Долзарблиги. Ичак дисбактериози фонида инсульт билан касалланган беморларда тери юзасида дерматозларга хос хар хил турдаги тошмаларни пайдо бўлиши кузатилади. Катта ёшдаги одамларда тери микрофлораси стабил холатда бўлиб, *Corynebacterium spp.* авлоди вакиллари микрофлоранинг асосини ташкил этади. *Corynebacterium accolens* нинг *Streptococcus pneumoniae* га нисбатан ингибирловчи таъсир кўрсатиши, тери микрофлорасининг химоя функциясини яна бир бор исботлайди.

Инсульт билан касалланган беморларнинг реабилитация жараёнида тери дисбактериозини олдини олиш, ҳамда уларни коррекциялашнинг ўзига хос усулларини ишлаб чиқиш мавзусининг долзарблигини аниқлаб беради.

Мақсади. Инсульт билан касалланганларда тери дисбиоз холатларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва методлари. 20 та инсульт билан касалланган беморларда тери микрофлорасининг миқдорий ва сифат кўрсаткичларини ўрганиш бўйича иш олиб борилди.

Олинган натижалар. Инсульт билан касалланган беморларнинг қўл, қорин ва оёқ тери микрофилорасини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики соғлом ва шол булган тана қисмларида нормол микрофилора вакиллари учраш частотаси сезиларли даражада факланади. Масалан *St. epidermidis* 10^6 , *Candida* 10^4 , *E. Coli* 10^2 КОЕ / мл миқдорда аниқланган бўлса, шол тана қисмларида *St. epidermidis* 10^2 , *Candida* 10^6 , *E. Coli* 10^4 КОЕ / мл миқдорда аниқланди. Бундан ташқари патоген микрофилора вакили бўлган *St. aureus* нинг учраш частотаси ҳам ошган.

Муҳокама. Инсульт билан касалланган беморларнинг шол тана қисмларида нормал микрофилора вакиллари камайиши, ушбу биотобда транзитор, ШП ва патоген микрофилора вакиллари ривожланиши учун шароит яратади.

Олинган маълумотлар тери микрофилораси бузилган беморларда ичак дисбактериози билан боғлиқлиги илгари суради.

«РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА РОСТА (VEGF) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ»

Бахритдинова Ф.А., Урманова Ф.М., Кенгилбаева Г.Э.

Ташкентская Медицинская Академия

Многопрофильная клиника Ташкентской Медицинской Академии

Введение. В последние годы появилось все больше данных о роли цитокинов, факторов роста и ангиогенных факторов в патогенезе диабетической ретинопатии (ДР). По данным современных исследований, выявляется определенная закономерность, проявляющаяся повышением активации данных факторов роста VEGF на ранних стадиях ДР, как проявление компенсаторных механизмов. VEGF является важным регулятором глазного ангиогенеза и проницаемости сосудов и, как было обнаружено, участвует в патогенезе нескольких осложнений ДР, таких как диабетический макулярный отек и пролиферативная диабетическая ретинопатия (ПДР). Поскольку существующие методы лечения ДР обычно применяются на поздних стадиях заболевания, необходимы надежные биомаркеры для раннего выявления, чтобы обеспечить своевременное лечение. Все вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – оценить взаимосвязь показателей уровня фактора роста (VEGF) в сыворотке крови с измерениями центральной толщины сетчатки (ЦТС) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), с различными стадиями ДР.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование проведено среди 252 человек (n=504), из которых 168 пациентов с СД 2 типа и 84 практически здоровых лиц. Основная группа (I; n=174) с СД 2 типа, подразделена на подгруппы в зависимости от стадии ДР: легкая непролиферативная ДР (НПДР), умеренная НПДР, тяжелая НПДР и ПДР. В качестве группы сравнения (II; n=162) в исследование включены пациенты без клинических проявлений ДР. (III; n=168)- контрольную группу составили практически здоровые лица без значимой офтальмо- и соматической патологией. Всем пациентам проведено стандартное и специализированное офтальмологическое обследование. Оптическая когерентная томография выполнена с помощью оптического когерентного томографа Heidelberg SPECTRALIS. Уровень VEGF в сыворотке крови оценивали методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью наборов Quantikine ELISA.

Результаты и обсуждение: Уровни VEGF в сыворотке крови в исследуемых группах показали значительную тенденцию к увеличению от $100,47 \pm 49,66$ пг / мл (контрольная группа) до $463,18 \pm 78,69$ пг / мл ПДР ($p < 0,001$). Выявлено повышение показателя VEGF в сыворотке крови до того, как DR наступил клинически $137,29 \pm 84,45$ пг / мл (группа сравнения). Средние уровни VEGF при легкой НПДР ($177,07 \pm 35,37$), умеренной НПДР ($255,29 \pm 65,67$), тяжелой НПДР ($424,34 \pm 56,67$) также показали тенденцию к увеличению. Статистически было установлено, что разница между всеми группами была значимой ($p < 0,05$). Было установлено, что уровень VEGF коррелирует с

показателями ЦТС ($p < 0,05$). Средняя толщина желтого пятна составила $223,31 \pm 13,40$ мкм в контрольной группе, в то время как в группе сравнения без ДР $243,25 \pm 20,42$ мкм, при легкой НПДР $268,75 \pm 33,02$ мкм, умеренной НПДР $292,75 \pm 52,3$ мкм, тяжелой НПДР $315,5 \pm 44,2$ мкм и $445,13 \pm 16,3$ мкм при ПДР отмечается увеличение показателей ЦТС.

Заключение. Таким образом, наиболее ранним маркером ДР является повышение среднего уровня фактора роста VEGF в сыворотке крови пациентов $137,29 \pm 84,45$ пг / мл, которое наступает еще до появления клинической картины ДР. Выявлено прогрессивное увеличение сывороточных уровней VEGF при ДР и корреляция со стадией ретинопатии и уровнями ЦТС. Оценка сывороточного VEGF является чувствительным биомаркером тяжести и прогнозирования начала ДР. Изучение биомаркеров позволяет повысить эффективность и безопасность применения различных вариантов терапии ДР, расширить знания о патофизиологии ДР.

НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЯ

Боймуродов Б. Т. Ахатова Г.Х.

Guljahonhakimovna2020@mail.ru

Ташкентский государственный стоматологический институт

Рак является общим термином для большой группы болезней, которые могут поражать любую часть тела. Для их обозначения используются и другие термины: злокачественные опухоли и новообразования. Характерным признаком рака является быстрое образование аномальных клеток, разрастающихся за пределы своих обычных границ и способных проникать в близлежащие части тела и распространяться в другие органы; последний процесс называется метастазированием. Метастазы являются одной из основных причин смерти от рака.

Среди Онкологических болезней рак желудка является одним из самых широко распространенных онкологических заболеваний, обладающих высокой летальностью. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2012 г. рак желудка у мужчин занимал I ранговое место в Кыргызстане (19,9%), Узбекистане (11,9%), II - в Азербайджане (15,9%), Казахстане (12%), Армении (9,2%), III - в России (8,8%), Беларуси (8,3%), у женщин - III ранговое место в Узбекистане (8,9%), Кыргызстане (8,4%), Казахстане (5,7%), IV - в Беларуси (5,9%) и России (5,7%) .

Цель исследования: выявить изменения количественного и качественного состава микрофлоры желудка у больных раком желудка после операция.

Материал и методы: Нами обследованы при получении информированного согласия 48 пациентов республиканского онкологического диспансера после проведения хирургического лечения рака желудка.

Обследованы 48 больных после проведения оперативного лечения рака желудка. Состав микрофлоры желудка определяли при бактериологическом исследовании сока желудка и кала. У больных раком желудка в фекалиях наблюдались резкое угнетение бифидо и лактобактерий, типичных кишечных

палочек, увеличение частоты высеваемости лактоза негативных эшерихии, золотистых стафилококков, бактерии из рода proteus, дрожжеподобных грибов рода Candida.

Развитие и прогрессирование опухолевого процесса сопровождается эндогенной интоксикацией, иммунными, метаболическими, микробиотическими изменениями. Е.И. Ткаченко (2014) предлагает считать дисбиоз закономерным следствием и в ряде случаев - причиной любой патологии. По определению Отраслевого стандарта, дисбактериоз кишечника является клинко-лабораторным синдромом, обусловленным изменением качественного и/или количественного состава микробио-ты кишечника, способствующим развитию метаболических и иммунных нарушений, желудочно-кишечных расстройств.

ПРИМЕНЕНИЕ АКУПУНКТУРЫ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ

Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Как известно, при острых и хронических заболеваниях полости рта наблюдаются различные расстройства со стороны органов желудочно - кишечного тракта.

При патоморфологическом исследовании со стороны желудочно - кишечного тракта обнаруживается картина токсических явлений с сосудистыми и дегенеративными изменениями. В основе расстройств при заболеваниях желудочно - кишечного тракта лежит главным образом интоксикация в результате патологии полости рта.

Заболевания полости рта по нашим исследованиям часто осложняются патологическими изменениями со стороны желудочно - кишечного тракта, когда видимых проявлений ещё нет. Даже незначительные изменения в ЖКТ, приводят к изменениям в полости рта патологии слизистой оболочки полости рта, отеку слизистой, и к дальнейшим изменениям жевательных функций.

Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при желчекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь может провоцировать патологическую иррадиацию болевого импульса в другие отделы ЖКТ. Это часто ведёт к появлению болей и гиперестезий в полости рта. Возникают нарушения со стороны слизистой оболочки полости рта.

В начальной стадии заболеваний ЖКТ, больные жалуются на появление стоматологических жалоб, которые появляются на фоне желудочно - кишечной патологии. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений и жалоб со стороны органов желудочно- кишечного тракта часто у тех больных, у которых обостряются заболевания гепато - билиарной системы. Наблюдается обострение болевого синдрома у больных страдающих в течение долгого времени заболеваниями ЖКТ, что может изменять клиническую картину заболевания.

С нарастанием жалоб наблюдаются нарушения со стороны слизистой оболочки полости рта. Также могут наблюдаться патологические изменения ротовой полости больных.

У данных пациентов наблюдаются нарушения со стороны слизистой оболочки полости рта в течение долгого времени и как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях желудочно - кишечного тракта. Следовательно, вышеизложенные стоматологические расстройства при желудочно- кишечных патологиях следует рассматривать как часть общей реакции организма на нарушение функции ЖКТ. Воздействие всего комплекса факторов интоксикации лежит в основе развития стоматологических нарушений при заболеваниях желудочно - кишечного тракта. У данных пациентов ярко выраженная клиника заболеваний ЖКТ, что дополнительно проявляется изменениями со стороны слизистой оболочки полости рта.

Следовательно, стоматологические расстройства при заболеваниях желудочно - кишечного тракта определяются формой и тяжестью основного заболевания, и особенностями осложнений. Компенсации желудочно - кишечных симптомов можно достичь только при устранении патологии со стороны ротовой полости. Можно достичь регресса при заболеваниях желудочно - кишечного тракта если они обусловлены острыми и относительно нетяжелыми заболеваниями ЖКТ проведя лечение патологии полости рта.

Учитывая, что в современных условиях как показывает многолетняя клиническая практика высокое количество пациентов с лекарственными аллергиями, которые нуждаются без медикаментозного лечения. Для этих целей необходима мобилизация собственных ресурсов организма с ограничением и минимальным использованием медикаментов, поскольку лекарственная непереносимость является актуальной проблемой современной медицины. В последние годы большой интерес уделяется к не фармакологическим методам общего и местного лечения, так как при этом не вызываются аллергические реакции, привыкание, а в терапевтических дозах невозможно токсическое воздействие, что расширяет показания к их применению, в то время как противопоказания либо отсутствуют, либо весьма ограничены. Весьма перспективным в этом аспекте является стимуляция с применением акупунктуры. В результате воздействия на биологические активные точки можно мобилизовать собственные ресурсы организма пациента с минимальным использованием медикаментов

Цель нашей работы использование биологически активных точек, как дополнение к традиционной терапии у больных с заболеваниями ЖКТ, у пациентов с нарушениями в слизистой оболочке полости рта.

Мы использовали акупунктуру в сочетании с другими видами лечения и в классическом виде. Для лечения используют I и II варианты тормозного метода. Условно можно выделить три способа лечения: - С использованием только отдаленных точек: G14, GI10, GI11, V 60. И использование местных и отдаленных точек. Ежедневное воздействие на все биологически активные точки.

Выводы. Для усовершенствования методов и снижения количества стоматологических заболеваний у больных с патологией желудочно - кишечного тракта необходимо: использование биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить качество лечения.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ – АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Дусмухамедова А.М., Туйчибаева Д.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

dr.adolat1666@gmail.com

Актуальность. Глаукома является ведущей причиной слепоты, приводящая в слепоте и слабовидению. Ведущим фактором развития заболевания является повышение внутриглазного давления (ВГД). Однако многочисленные данные зарубежных источников, доказывают, что сосудистая недостаточность в ДЗН также играет важную роль при первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ). Дегенеративные изменения в сетчатке у больных с ПОУГ развиваются в ответ на ишемию и хроническую гипоксию на фоне нетолерантного ВГД, поэтому анализ изменений глазного кровотока в мониторинге ПОУГ рассматривают как неотъемлемую часть алгоритма их комплексного обследования.

Цель. Оценить состояние гемоперфузии диска зрительного нерва, перипапиллярной и макулярной зон сетчатки, у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой с использованием оптической когерентной томографии с функцией ангиографии (ОКТ-А).

Материал и методы: Обследовано 20 глаз пациентов с ПОУГ и 12 глаза здоровых людей аналогичного возраста. Методом ОКТ-А (RtVue xR Avanti с функцией AngioVue) измерена толщина сетчатки и относительная плотность сосудов микроциркуляторного русла (Angio Flow Density, AFD). Измерения проведены в зоне диска зрительного нерва (AFD Disc), перипапиллярно (Peripapillary Vessel Density), а также в макулярной области (AFD Retina), включая фовеа и парафовеа, в поверхностном (Superficial) и глубоком (Deep) сосудистых сплетениях на уровне внутренних слоев сетчатки. В качестве меры важности показателя для различения групп использовали абсолютную величину скорректированной стандартизованной статистики Z-value критерия Манна-Уитни, а также площади под характеристической кривой (AUC).

Результаты и обсуждения: Показатели ОКТ-А у пациентов с ПОУГ были снижены по сравнению с данными здоровых лиц. Также регистрировались значительные различия между стадиями ПОУГ, как в ДЗН и перипапиллярной зоне, так и в макуле. При начальной стадии ПОУГ прослеживалась обратная связь между толщиной сетчатки в нижневисочном секторе и толщиной макулы в нижней и носовой областях, с одной стороны, и кровотоком в ретробульбарных венах. Также выявлена высокая прямая корреляция между кровотоком в поверхностном сосудистом сплетении внутренних слоев макулы в нижневисочном секторе. Для глубокого сосудистого сплетения макулы и

плотности капилляров в перипапиллярном слое эта связь была менее выраженной. Различия начальной стадии ПОУГ от нормы показали наиболее следующие показатели: AFD Retina Superficial Whole En Face ($z = 3,83$, $p < 0,0001$); AUC 0,8 (0,69-0,90), AFD Retina Deep Whole En Face ($z = 3,31$, $p = 0,0007$); AUC 0,76 (0,64-0,88), Peripapillary Vessel Density ($z = 3,2$, $p = 0,0009$); AUC 0,75 (0,63-0,87), а от продвинутых стадий глаукомы — AFD Disc Peripapillary Inferior Temporalis ($z = 5,61$, $p < 0,0001$; AUC 0,94 (0,86-1,0).

Заключение. Результаты исследования показали снижение гемоперфузии перипапиллярной и макулярной зон при всех стадиях ПОУГ, что делает обоснованным применение ОКТ-А как нового высоко информативного метода диагностики.

СОСТОЯНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА ДО И ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ

Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф., Каримов О.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
dfshamsiev@mail.ru*

Актуальность. В последнее время многие проявляют интерес к ринопластическим операциям, и при этом стараются устранить деформацию наружного носа и не уделяют внимания сохранению или восстановлению функций полости носа и околоносовых пазух. Необходимо учитывать, что при выполнении ринопластики помимо косметических задач надо решать также более сложную задачу - восстановление функций носовой полости. Поэтому эстетические операции в области наружного носа должны выполняться оториноларингологами, которые владеют также эндоназальными хирургическими вмешательствами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 72 пациента которым была проведена ринопластика. При сравнении результатов обследования пациентов, оперированных различными хирургическими доступами, оказалось, что нарушения носового дыхания достоверно чаще встречаются после «эндоназальной» техники (65%), чем после «открытой» ринопластики (48%).

Результаты. Нами была обнаружена связь функциональных нарушений после ринопластики с объемом операции. Для того, чтобы оценить динамику заболевания после проведенной операции, мы использовали метод визуальной оценки симптомов. Для этого пациентам до после операции предлагали заполнить специальные карты, в которых они отмечали выраженность основных симптомов (носовое дыхание, выделение из носа, головная боль) по 10-балльной шкале.

При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносовые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в

первой группе ($5,3 \pm 1,5$ баллов и $9,2 \pm 1,3$ по субъективной оценке пациентов соответственно).

У значительной части пациентов (69%), подвергнувшихся эстетической ринопластике, выявляется существенное нарушение функции носового дыхания. Основными причинами послеоперационной назальной обструкции является недостаточность клапана носа (64%), искривление перегородки носа (62%), гипертрофия нижних носовых раковин (38%), синехии полости носа (8%), буллы средних носовых раковин (4%).

В отличие от функции носового дыхания, состояние мукоцилиарного транспорта у пациентов, перенесших ринопластику существенно не страдает (время мукоцилиарного транспорта $17 \pm 2,8$ мин в первой группе и $16 \pm 2,9$ мин во второй ($p > 0,05$). Признаки нарушения обоняния выявлены у некоторых пациентов только в раннем послеоперационном периоде.

У 55% пациентов, перенесших эстетическую ринопластику, выявляется нарушение местной иннервации в виде гипоэстезии. С течением послеоперационного периода выраженность невралгических нарушений уменьшается, однако у 3% сохраняется при отдаленных сроках наблюдения. Наиболее существенные изменения наблюдаются у пациентов после открытого доступа, резекции оснований крыльев и латеральной эндоназальной остеотомии.

Функциональные нарушения после ринопластики обычно связаны с объемом операции. При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в первой группе ($6,2 \pm 1,5$ баллов) чем во второй ($8,9 \pm 1,3$ баллов по субъективной оценке).

Выводы. Таким образом, для достижения хорошего результата после эндоназального вмешательства на внутриносвых структурах в сочетании с ринопластикой, важным обстоятельством является адекватное ведение больных в послеоперационном периоде, с тщательным проведением необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

**СУРУНКАЛИ ТЕРИ ҚИЧИШИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРНИ ТЕРИ МИКРОБИОТАМИНИ ХОЛАТИ**
**Ибрагимова Н.С., Мухамедов Б.И., Пягай Г.Б., Ибрагимов О.Д.,
Маликова Н.Н., Ибрагимова Х.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти.

nargiza_is@mail.ru

Сурункали тери қичишидини даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш тармоқлараро долзарб ва устувор тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланади, бу касаллик этиологиясининг ноаниқлиги, патогенез концепцияси яқунланмаганлиги, анча кенг тарқалганлиги, клиник кечишидаги хилма-хиллик ва касалликнинг оғир ҳамда сурункали кечиши, ҳаёт сифатининг пасайишига ва ижтимоий дезадаптацияга олиб келади. Тери қичишиши кўпинча соматик ва

метаболик ўзгаришлар симптоми ҳисобланади, ҳамда катта ёшдаги шахсларнинг даволаниши қийин кечади. Тери макроорганизмнинг носпецифик резистентлигини таъминловчи ва микроорганизмлар томонидан тери қопламаларининг контаминациясига тўскинлик қилувчи физиологик тўсиқ (барьер) ҳисоблангани учун эпидермис микробиоценозини ўрганиш мақсадга мувофиқ деб топилди.

Кекса ва қари ёшдаги 65 шахс текширувдан ўтказилди, шундан 35 нафари қичишиш билан касалланган (асосий гуруҳ) ва 30 нафар қичишишсиз (таққослаш гуруҳи). Тери микрофлорасининг таркибини терининг интакт (соғлом кўринган) соҳаларида таҳлил этилди.

Микроорганизмларнинг энг кўп турлари асосий гуруҳдаги беморларнинг зарарланган тери соҳаларида аниқланди. Масалан, *Staphylococcus epidermidis*нинг аниқланиши назорат гуруҳи ва асосий гуруҳдаги беморларнинг зарарланмаган тери соҳаларидаги кўрсаткичларига нисбатан 2,76 ва 1,5 марта паст бўлди ва беморларнинг фақат 26,6%дагина аниқланди. *Staphylococcus aureus*нинг аниқланиш частотаси эса кескин ортди (назорат ва асосий гуруҳ беморларининг зарарланмаган тери соҳаларидаги кўрсаткичларга нисбатан). Кўпинча соғлом терига хос бўлмаган микроорганизмлар аниқланди: *Proteus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* ва бошқалар, бундай ҳолат қичишиш билан касалланган беморлар териси юзасида дисбиоз шаклланганлигидан далолат беради. Бу, табиийки, асосий гуруҳдаги беморлар организмида коморбид ҳолатнинг мавжудлиги натижасида гомеостаз бузилиши юзага келиши, шунингдек терини қачиш натижасида инфекция тушиши билан боғлиқдир. Кекса ва қари ёшдаги шахсларда қичишишда тери микробиоценози таркибининг хилма-хиллиги билан тавсифланди.

ВЛИЯНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ.

Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Как известно, в большинстве случаев для вирусного гепатита А (ВГА) свойственно более благоприятное течение. Однако у некоторых детей при присоединении различных заболеваний, а также на фоне отягощенного преморбидного фона могут возникать рецидивы и затяжное течение. Коронавирус COVID-19 внес существенные изменения в течение многих болезней, особенно ВГА реконвалесцентов, перенесших COVID-19. Данная группа больных представляет собой серьезную проблему в связи с разнообразной, но более тяжелой по сравнению с моно гепатитом А клинической картиной и неоднозначностью в подходах к терапии.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения ВГА на основе анализа клинических синдромов, биохимических и иммунологических тестов у реконвалесцентов перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.

Материал и методы исследования: обследовано 20 больных детей в возрасте от 5 до 16 лет, из них 12 детей с диагнозом ВГА (контрольная группа), 8 детей (основная группа) с диагнозом ВГА + реконвалесцент коронавирусной инфекции COVID-19. Преобладали дети в возрасте от 10 до 16 лет (16 детей). Диагноз заболевания был выставлен согласно приказу №550 МЗ РУз. Изучали эпидемиологический анамнез, клиническую картину заболевания, результаты биохимических, серологических и иммунологических исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя эпидемиологический анамнез, было выявлено факторы риска заражения ВГА - наличие контакта с больными ВГА и данные подтверждающие о перенесении в анамнезе коронавирусную инфекцию COVID-19. У 4 больных контрольной группы и у 6 больных основной группы выявлено отягощенный преморбидный фон: анемия, ОРВИ, гипо- авитаминоз. У всех больных в крови с помощью ИФА обнаружена РНК анти HAV IgM. У больных в основной группе диагноз реконвалесцента коронавирусной инфекции COVID-19 был подтвержден реакцией ИФА обнаружением иммуноглобулинов IgG. В контрольной группе у 8 больных с ВГА заболевание протекало в основном легкой и у 6-х средне-тяжелой форме. Выраженные симптомы холестаза и симптомы внепеченочных поражений отсутствовали. Анализ клинических симптомов в основной группе показало, что лихорадка в пред желтушном периоде у данных больных было значительно продолжительным в течении 4-5 дней. У всех больных наблюдались абдоминальные боли в правом подреберье, у 10 больных симптомы холестаза, гепато-спленомегалии были более выраженными и синдром цитолиза длительно в течении 3-4 недель.

Таким образом, результаты наших исследований показало, что вирусный гепатит А характеризуется часто легким, среднетяжелым течением заболевания. В то время как, клинические и биохимические показатели крови при вирусном гепатите А у детей реконвалесцентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 нередко отличается более тяжелым, затяжным течением с выраженными симптомами холестаза, гепатоспленомегалии, синдрома цитолиза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СПИДА У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ

Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А., Ибрагимова Н.С., Пягай Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

khalida.ibragimova@mail.ru

Актуальность. Среди населения неуклонно растёт число детей, рождённых ВИЧ-инфицированными женщинами. Источником ВИЧ для детей, как правило, являются женщины из группы риска (внутривенные потребители наркотиков и женщины, имеющие беспорядочные половые связи).

Материалы и методы исследования. В ходе изучения нами было исследовано 30 ВИЧ инфицированных детей, в возрасте от 1 до 14 лет. Среди

исследуемых больных было 12 девочек, 18 мальчиков. Было использованы клинико-эпидемиологические и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ показал, что наиболее частыми признаками как врожденной, так и приобретенной ВИЧ - инфекции у детей являются персистирующая генерализованная лимфаденопатия, гепато-спленомегалия, снижение массы тела, лихорадка, диарея, отставание в психомоторном развитии, тромбоцитопения с геморрагическими проявлениями, анемия. Иммунодефицит повышает восприимчивость детского организма к различным инфекциям и отражается на их течении: дети чаще переносят ОРВИ, у них весьма часто возникают тяжелые бактериальные инфекции с тенденцией к затяжному, рецидивирующему течению и генерализации. Нередко отмечаются диссеминированная CMV-инфекция, герпетическая инфекция и токсоплазмоз. У этих детей реже встречались микобактериоз, криптоспоририоз и криптококкоз, зато чаще наблюдались кандидозные поражения кожи и слизистых оболочек, особенно в стадии СПИД, причем у более половины больных детей развивались тяжелые, часто рецидивирующие инфекции, вызванные *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella*.

Таким образом ВИЧ-инфекция у детей характеризуется более быстрым прогрессирующим течением по сравнению со взрослыми; у детей СПИД чаще, чем у взрослых, начинается остро с подъема температуры тела, увеличения лимфатических узлов, печени, селезенки. Дети быстро худеют и слабеют; у них особенно часто бывают зуд кожи, пятнисто-папулезная сыпь, нередко геморрагические высыпания в связи с возникающей тромбоцитопенией. Геморрагический синдром может стать причиной смерти больных; у детей чаще, чем у взрослых, развивается неврологическая симптоматика в виде энцефалопатии, припадков и судорог, часто возникает паротит и анемия. Летальный исход у детей наступает в более ранние сроки болезни в связи с возникновением сепсиса, вызываемого грамотрицательными условно-патогенными микробами, грибами и простейшими.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ

Икрамов А.И., Ходжибекова Ю.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
yulduz.khodjibekova@mail.ru*

Аннотация. Компьютерная томография (КТ), наиболее часто используемая модальность визуализации в диагностике опухолей параназальных синусов, но точность этого метода в оценке распространенности злокачественных параназальных образований оценивается неоднозначно. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение достоверности КТ в оценке распространенности синоназального рака и стадирования опухоли.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных МСКТ и операционных находок у 41 больных в возрасте от 40 до 74 лет наблюдавшихся в период 2014-2018 гг. У 33 больных опухоль локализовалась в

верхнечелюстном синусе, у 12 в решетчатом синусе и у двоих в пазухе основной кости. Плоскоклеточный рак был диагностирован у 33 больных, недифференцированный рак у 4, цилиндроклеточный и переходно-клеточный у 4 пациентов. С учетом потенциальных путей распространения синоназального рака, на КТ сканах оценивались: стенки и содержимое глазниц, позадиверхнечелюстное пространство, мягкое небо и крылонебная ямка и мягкое небо. Изучались также признаки возможного периневрального и интракраниального распространения.

Результаты. Соответствие данных КТ и операционных находок локально-региональной распространенности опухоли имело место у 34 из 41 больных (82,9%), вовлечение локальных лимфоузлов шеи у 14 из 18 (77,8%). КТ правильно оценило вовлечение стенок и содержимого глазницы, крылонебной и подвисочной ямки, и периневрального распространения. Вовлечение крыловидной пластинки было недооценено при КТ в 1 случае из 4-ех, крыловидной мышцы в 1 из 14. Также, КТ не выявило по одному случаю признаков интракраниального распространения, распространения опухолевого поражения в носоглотку и мягкое небо, которые были обнаружены интраоперационно.

Стадия опухоли (Т) определена интраоперационно, по результатам КТ была гипердиагностирована у 12 больных и недооценена у 2 больных. КТ недооценило также поражение региональных лимфоузлов шеи у 2 из 19 больных, у которых интраоперационно, обнаружена шейная лимфоаденопатия.

Выводы. Компьютерная томография эффективный метод оценки локально-региональной распространенности рака параназальных синусов, но ограничено чувствительна в выявлении мягкотканого распространения опухоли.

ПРИМЕНЕНИЕ МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Икрамов А.И., Ходжибекова Ю.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
yulduz.khodjibekova@mail.ru*

Тактика лечения и прогноз при опухолях головы и шеи определяются степенью локально-региональной распространенности опухоли, наличием поражения регионарных лимфоузлов и дистанционных метастазов. МРТ обеспечивает высокую контрастность мягких тканей и тем самым предоставляет анатомическую и функциональную информацию для разграничения органов и визуализации окружающих структур, обуславливая точное определение целевого объема для выбора тактики лечения.

Цель исследования. Определение роли МРТ в дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей головы и шеи.

Материалы и методы. Обследовано 112 больных, у которых МРТ было выполнено в ходе обследования до лечения. В их числе 49 больных с доброкачественными опухолями, 63 с злокачественными поражениями.

Доброкачественные опухоли слюнной железы диагностированы у 21 больных, кисты и кистозные образования в области головы и шеи у 11 больных, полипы и аденомы полости рта у 3 больных, гемангиома у 3 больных, липома у 4, доброкачественная лимфаденопатия у 4 и узловой зоб у 2. Злокачественные опухоли боли представлены 13 больными раком слюнных желез, 16 больными раком полости рта и ротоглотки, 10 больными раком гортани, 13 больными раком носоглотки, 4 – раком придаточных пазух носа, 4 больных с метастазами в шейные лимфоузлы из неопределенного первичного очага, 1 – с меланомой и 2 с саркомами мягких тканей головы и шеи.

Результаты. Наиболее часто визуализируемым на МР – изображениях злокачественных опухолей головы и шеи признаком была неправильная форма образования, наблюдавшаяся у 90,9% больных соответствующего класса, тогда как при доброкачественных образованиях данный признак отмечен только в 9,9%, а в 90,1% форма образования оставалась правильной. Нечеткость контуров, выявлен у 76,4% больных со злокачественными опухолями и всего в 2,6% доброкачественных опухолей. На T2 взвешенных изображениях, доброкачественные опухоли проявлялись преобладанием повышенного сигнала, а злокачественные преобладанием изо-гипоинтенсивного сигнала. Повышение сигнала, наблюдавшееся у 32,7% больных злокачественными опухолями было незначительным, слабогиперинтенсивным. Признаками злокачественности определены такие как, нечеткость контуров (Se – 7,4%, Sp – 97,5%, PPV – 97,7%) и инвазия в смежные структуры (Se – 58,2%, Sp – 97,5%, PPV – 97,0%). Лимфаденопатия и специфические изменения МР – сигнала, встречались не столь часто, но имели относительно высокую специфичность и положительную ценность Sp – 85% и 84,2%, PPV – 81,2% и 79,3%, соответственно. Рестрикция диффузии на DWI изображениях, также могла рассматриваться как дополнительный признак злокачественности, хотя специфичность этого признака оказалась относительно умеренной (Sp – 68%, PPV – 83,0%).

Заключение. Общая чувствительность МРТ составила – $69,6 \pm 6,2\%$, специфичность – $84,3 \pm 7,9\%$. Данные показатели свидетельствуют об эффективности МРТ в дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей головы и шеи.

ХАРАКТЕРИСТИКА С СТАТУСА РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Исаходжаева Х.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

isahodjaeva84@mail.ru

Актуальность. Ожирение у женщин сопряжено с нарушением репродуктивной функции, репродуктивными потерями, осложненным течением гестационного периода и родов, причем частота осложнений прямо зависит от степени ожирения. Расстройство материнско-плодового кровотока, дегенеративные изменения наряду с пролиферативными и регенеративными процессами в плаценте рожениц с ожирением; также оказывают влияние на

развитие плода и состояние новорожденного. Характерные для ожирения метаболические нарушения (дислипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, гиперхолестеринемия) приводят к образованию модифицированных липопротеидов, нарушениям микроциркуляции и вторичным иммунологическим сдвигам в организме человека, а в дальнейшем сказывается на развитии зубочелюстной системы и в сроках прорезывания молочных зубов.

Цель исследования рассматривать ожирение у матерей как фактор, способный существенно определить показатели влияющие на развитие и формирования зубочелюстного аппарата и прорезывания зубов

Материалы и методы. Группу сравнения составили матери с нормальной массой тела (ИМТ $22,2 \pm 0,9$ кг/м²). Избыточная масса тела отмечалась у $49,8 \pm 3,7\%$ матерей (ИМТ $27,3 \pm 1,3$ кг/м²), ожирение I степени — у $24,2 \pm 2,2\%$ (ИМТ $32,0 \pm 0,2$ кг/м²), II степени - у $22,1 \pm 3,1\%$ (ИМТ $36,5 \pm 0,2$ кг/м²), III степени — у $3,9 \pm 0,4\%$ (ИМТ $45,4 \pm 0,7$ кг/м²). Заболевания, ассоциированные с ожирением, диагностированы у $54,8 \pm 4,7\%$ матерей основной группы: артериальная гипертензия — у $46,2 \pm 3,5\%$, патология углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, гестационный сахарный диабет) — у $29,7 \pm 2,3\%$. Во время настоящей беременности патология углеводного обмена была диагностирована у 49 женщин с ожирением (у 21 — нарушение толерантности к глюкозе, у 28 — гестационный сахарный диабет).

Результаты и выводы исследования. Проведенное исследование показало, что подавляющее большинство женщин с ожирением имели осложненное течение гестационного периода; манифестирующий гестоз фетоплацентарная недостаточность, патология обмена околоплодных вод. Акушерской проблемой, отмеченной у женщин с ожирением, являлась также патология родов в виде оперативного родоразрешения, аномалий родовой деятельности, преждевременных родов. Существенными перинатальными исходами ожирения у матерей, по нашим данным, являются рождение детей в асфиксии и морфофункциональная незрелость новорожденных. Неонатальный период у детей, родившихся у матерей с ожирением, характеризуется нарушениями постнатальной адаптации, наиболее значимыми из которых с клинической точки зрения являются транзиторные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, выраженная потеря массы тела, патологическое течение неонатальной желтухи, ранняя гипогликемия. На наш взгляд, формирование метаболических осложнений ожирения у матерей приводит к существенному нарастанию частоты клинико-лабораторных проявлений дезадаптации в раннем неонатальном периоде, которые отмечены у всех обследованных новорожденных. Характеризуя перинатальную патологию у новорожденных, матери которых имели ожирение, следует отметить церебральную ишемию I — III степени, инфекции, специфичные для перинатального периода, задержку внутриутробного развития, врожденные пороки развития, также нарушения развития зубочелюстной системы и нарушения прорезывания. Таким образом, ожирение у женщин во время беременности, особенно высокие его степени и осложненное течение, сопряжено с патологией гестационного периода и родов, что опосредует

неблагоприятное влияние на характер постнатальной адаптации новорожденных, показатели перинатальной заболеваемости и смертности, также отставание развития зубочелюстной системы и нврушения прорезывание молочных зубов.

РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф., Каримов О.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

dfshamsiev@mail.ru

COVID-19 оказывает беспрецедентное воздействие на сообщества во всем мире. Вирусологические исследования выявили новый штамм коронавируса - SARS-CoV-2, который является возбудителем острого инфекционного заболевания Coronavirus disease 2019 (COVID-19). За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. Изучение патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух невозможно без комплексного анализа различных факторов гомеостаза и прежде всего состояния микроциркуляции, которое в значительной степени зависит от реологических свойств крови. Под общим для всех форм движения жидкости законом по мере повышения вязкости среды скорость движения уменьшается, а затраты энергии на ее перемещение увеличиваются. Следовательно, ухудшение реологических свойств крови и микроциркуляция находятся в прямой зависимости. Нарушение микроциркуляции всегда существенно отражается на развитии патологических процессов. Однако функция микроциркуляторной системы нарушается раньше и нормализуется позже, чем клинические проявления болезни.

Материал и методы исследования. В своих исследованиях мы изучили реологические свойства крови у 75 больных с риносинуситами после коронавирусной инфекции. У больных определялись следующие основные показатели: вязкость крови, коэффициент агрегации эритроцитов, степень деформируемости эритроцитов, средний объем одного эритроцита, гематокрит, фибриноген, морфологические свойства эритроцитов.

Учитывая то, что тяжесть гемореологических расстройств зависит от степени интоксикации и распространенности воспалительного процесса, мы разделили больных на 3 условные группы. В первую вошли больные с острыми синуситами. Вторая группа включала пациентов с хроническими гемисинуситами. Третью группу составили больные с осложнениями синуситов после коронавирусной инфекции.

Сравнение реологических показателей крови больных производили с 20 здоровыми донорами (контроль).

Результаты. У всех пациентов с риносинуситами после коронавирусной инфекции резко нарушаются реологические свойства крови. Тяжесть нарушений реологических свойств крови зависела не только от вида

заболевания, а от его тяжести и степени интоксикации организма. Изменение вязкости крови обнаружено у всех обследованных пациентов. Показатели вязкости крови резко возростали пропорционально тяжести и распространенности воспалительного процесса и выраженности деструктивных изменений в пораженных органах. Наиболее значительные изменения вязкости крови были обнаружены у пациентов третьей группы.

У всех больных достоверно была обнаружена высокая степень агрегации эритроцитов. Причем, с увеличением тяжести и распространенности гнойно-воспалительных изменений увеличивались количество и размеры эритроцитарных агрегатов (сладж-синдром). Кроме агрегационных свойств эритроцитов в современной гемореологии большое внимание уделяется их эластичности или способности к обратимой деформации. Деформируемость эритроцитов является важнейшим качеством, так как эритроцит способен проходить через капилляры, диаметр которых меньше, чем диаметр эритроцита. В связи с этим увеличение жесткости эритроцитов приводит к возрастанию вязкости крови и нарушению микроциркуляции.

Деформируемость эритроцитов была нарушена во всех клинических группах. Степень нарушения деформируемости возростала пропорционально тяжести состояния больных и достигала $10,2 \pm 0,169$ (при норме $7,14 \pm 0,054$)

Заключение. Таким образом, анализ проведенных исследований показывает, что одним из основных проявлений нарушения реологических свойств крови при риносинуситах после коронавирусной инфекции является внутрисосудистая агрегация эритроцитов, а также нарушение способности эритроцитов к обратимой деформации. Эти нарушения по мере увеличения тяжести состояния усиливают вязкость цельной крови, что значительно затрудняет ток крови в микрососудах.

ЭРИТРОПЛАКИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Латышева С.В., Будевская Т.В., Урбанович Е.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

1-я кафедра терапевтической стоматологии

Введение. Сложной проблемой в терапевтической стоматологии остается диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР). По данным Белорусского канцер-регистра, плоскоклеточный рак слизистой рта в 50-70% случаев выявлен лишь на III-IV стадии заболевания, что свидетельствует о недостаточном внимании при оценке СОПР при обследовании и несвоевременном выявлении ранних поражений [1, 2, 4].

На основании исследований онкологов, результаты клинических наблюдений эритроплакии указали на обнаружение 51% - карциномы, 41% - эпителиальной дисплазии [3, 4]. С этих позиций представленный материал является не только востребованным, но и необходимым для практической деятельности врачей-стоматологов, как терапевтов так и хирургов, в том числе и онкологов.

Цель работы – обосновать диагноз «эритроплакия» и определить тактику комплексного лечения.

Материал и методы исследования. На консультативном приеме 1-й кафедры терапевтической стоматологии проведено обследование пациента 45 лет. При опросе выяснили жалобы на дискомфорт при разговоре и во время приема пищи, а иногда болевые ощущения под языком слева. Такое состояние пациента беспокоит около года, общие соматические заболевания исключены. Пациент неоднократно посещал стоматолога по поводу лечения зубов и протезирования, но на профилактические осмотры не ходил, не мотивирован о факторах риска, интердентальные средства не использовал и язык не чистил. Пациент курит около 30 лет по 2 пачки в день.

При обследовании СОПР по методике ВОЗ в подъязычной области слева обнаружен небольшой очаг поражения ярко-красного цвета с бархатистой поверхностью, слегка возвышенным рельефом, мягкой консистенции, при пальпации безболезненный. На этом фоне в центре определяются маленькие участки белого цвета (нарушение процесса кератинизации) не соскабливающиеся инструментом. Описанное клиническое состояние очага поражения характерно для эритроплакии. При пальпации подчелюстных лимфатических узлов слева определялось незначительное уплотнение. Для окончательной верификации диагноза необходимы результаты морфологических исследований (биопсия).

Кроме того, результаты индексной оценки КПИ, КПУ, ОНІ-S показали выраженные отклонения от нормы, что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене рта.

Результаты и обсуждение. На основании данных опроса, клинической оценки очага поражения предположили диагноз эритроплакия, согласно классификации ВОЗ, также у пациента был диагностирован хронический простой периодонтит. После проведения профессиональной гигиены (мотивация, инструктаж, коррекция показателей индексов КПИ, КПУ, ОНІ-S и убедительной беседы о вреде курения) пациент был направлен на консультацию к онкологу. Был подтвержден диагноз «эритроплакия», проведено хирургическое иссечение патологического очага. Пациент прошел курс реабилитационной комплексной терапии, направленный, в первую очередь, на исключение выявленных факторов риска, нормализацию показателей ОНІ-S, КПИ, КПУ; отказ от курения и прием горячих, спиртных напитков. Даны советы по гигиеническому уходу за полостью рта. Для восстановления структуры слизистой в очаге поражения использовали: противомикробные (листерин и др.). кератопластические (витамин А и Е и др.); иммуностимуляторы (солкосерил, репарэф 1 или 2 и др.). В рацион сбалансированного питания следует включить продукты, богатых витамином А.

В настоящее время пациент не курит, в течение года находится на диспансерном наблюдении (каждые 1-2 месяца контрольные визиты). Состояние, в целом, удовлетворительное.

Заклучение.

1. Детальный анализ выясненных факторов риска, в том числе курения, в сочетании с жалобами и клинической оценкой очага поражения помогает предположить диагноз эритроплакия и верифицировать его на основании результатов морфологического исследования.

2. Использование методики обследования, рекомендованной ВОЗ, позволяет своевременно обнаружить ранние патологические изменения слизистой, что и является профилактикой онкозаболеваний.

Литература:

1. Алиновская, О. Когда рано-еще не поздно / О. Алиновская // Мед. Вестник. №39. Минск, 2015.

2. Луцкая И.К. Системное обследование слизистой оболочки полости рта (СОПР) – способ профилактики злокачественных новообразований / И.К. Луцкая, С.В. Латышева // Украиньски стоматологичний альманах – научно-практический рецензированный журнал. – 2017. - №3.- С. 10-14.

3. Луцкая, И.К. Структура заболеваний слизистой оболочки полости рта взрослого населения на стоматологическом приеме / И.К. Луцкая, О.Г. Зиновенко, И.В. Черноштан // Современная стоматология. -2018. -№1. – С.43-47.

4. Norman K., Wood N., Paul W., Goaz P. Differential diagnosis of oral lesions and Maxillofacial lesions // Fifth addition, London, 1997.-P.1.-150p.

ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази,

Тошкент давлат стоматология институти

Сурункали буйрак касаллигининг (СБК) терминал босқичида беморлар ўлимнинг асосий сабаби бу юрак-қон томир касалликлари бўлиб, унинг ривожланиши гемостаз тизими бузилишлари туфайли юзага келадиган тромбоэмболик фаоллик натижасида пайдо бўладиган асоратлар билан боғлиқ. Маълумки, дастурли гемодиализ беморларига экстракорпорал муолажаларни олиб боришда қон реологиясининг ҳолатига салбий таъсир этувчи, гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг терминал босқичи яъни дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда гемостаз тизимининг бир қатор кўрсаткичлари (фибриноген, тромб

синови, халқаро меёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) текширилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Гуруҳдаги беморларда қуйидаги натижалар кузатилди: фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ошгани, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани, шунингдек D-димер кўрсаткичини $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меёрнинг юқори чегараси бўсағасида кўтарилгани кузатилди.

Натижаларга аҳамият берсак гемостаз тизимининг барча кўрсаткичлари қон қовушқоқлигини ошиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу эса ўз навбатида тромбоз ривожланиш хавфини оширади.

Хулосалар:

1. Терминал босқичдаги СБК беморларида гемостаз тизими бузилиши юз беради ва ҳолат гиперкоагуляцион жараёнлар томонига силжийди.

2. Дастурли гемодиализ тадбири беморлар тромбоз ривожланиш хавфини оширади ва оқибатда юрак қон-томир тизими асоратларини кузатилишини кўпайишига олиб келади.

ГЕМОДИАЛИЗ ТАДБИРЛАРИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ

Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази,

Тошкент давлат стоматология институти

Буйрак функциясининг бузилиши юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), муҳим хавф омилidir. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқоридир. Шунингдек гемодиализ беморларда гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи омилidir. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларига антиагрегантларни қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш бўйича изланишларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Дастурли гемодиализ беморларида антиагрегант дори воситаларини қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 40 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Беморлар тасодифий 1 (n-20) ва 2 (n-20) қилиб гуруҳларга ажратилди: Фақат 1 гуруҳга Аллтромбосепин 200 мг/сутка (капсуласида 100 мг бўлиб 2 маҳал) буюрилди. Ҳар икки гуруҳ беморларида гемостаз тизимининг кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) даволаниш бошида ва 10 кундан сўнг қайта текширилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Даволаниш бошида икала гуруҳ беморларда фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ва тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани кузатилди. D-димер кўрсаткичи $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меёрнинг юқори чегараси яқин кўтарилди. Ўн кундан сўнг 1-гуруҳда фибриноген $392,5 \pm 10,7$ мг/л.га ва тромб синови $5,1 \pm 0,07$ даражага пасайгани, ХММ $1,0 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $26,7 \pm 0,24$ сонияга ошгани кузатилди. D-димер $192,8 \pm 4,17$ нг/литрга пасайди. 2-гуруҳда эса фибриноген $403,2 \pm 12,3$ мг/литр, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даража, ХММ $0,9 \pm 0,03$ қийматга ва ТҚФВ эса $25,1 \pm 0,17$ сонияни ташкил этди. D-димер кўрсаткичи $214,1 \pm 3,58$ нг/литр қийматда бўлиб ижобий томонга силжиш кузатилмади.

Хулосалар: Гемодиализ тадбирларида гемостаз тизими бузилишларини рағбатлантирувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд.

1. Дастурли гемодиализ тадбири беморлар тромбоз ривожланиш хавфини ва ЮҚТТ асоратларини олдини олиш учун антиагрегантларни қўллаш зарур.

УПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА АПИТЕРАПИЯНИНГ ЭФФЕКТИВ ТАЪСИРИ.

Махамадходжаева М.А., Алимова М, Юлдашев М.Б

Тошкент давлат стоматология институти

Тадқиқот мақсади: Апитерапия билан даволаш эффеқтини баҳолаш. Беморларда тез тез булиб турадиган касалликни кузгалишини бартараф етиш.

Материал ва усуллари: Текширув 40та бемор уртасида олиб борилди, улардан 18та аёл ва 22 та эркак 20 ёшдан 55 ёшгача беморлар 2 гуруҳга булинди.

1- контроль группа 20та беморга апитерапия ва метикаминтоз даво кулланди.

2- контроль гуруҳдаги беморлар фақат медикоментоз усуллар билан даво олиб борилди. Беморларнинг умумий ҳолатини даво олгунча ва даволаш курсининг 4 ва 10- ҳафтасида баҳоланди.

Натижалар: Текширув натижасида 1-контрол гуруҳдаги я'ни апитерапия ва медикоментоз даво олиб борилганида беморларнинг ҳолатида яхшиланиш кузатилди. Хансирашлар камайди балгам ажралиши кучайди йутал камайди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ҳолатидаги ижобий узгаришлар 32%ни ташкил килди. 2- контрол гуруҳда эса 15 %ни ташкил килди.

Хулоса: олинган натижалар шуни курсатдики, упканинг сурункали обструктив касалликларида апитерапия комплекс даволаш усуллари билан кулланилганида беморнинг ҳолатидаги ижобий натижалар кузатилди.

Албатта ҳозирда апитерапия билан кам шифокорлар шугулланади. Бу усулни куллаган вақтда беморнинг аллергологик анамнезларини сураб суриштириш мақсадга мувофиқдур.

СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Мирбабаева Ф.А., Янгиева Н.Р., Фармонов Р.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Проблема эффективного лечения глаукомы и сохранения зрительных функций является общемировой и несмотря на значительные достижения в офтальмологии продолжает оставаться актуальной, так как именно это заболевание является причиной необратимой слепоты и слабости зрения, занимая одно из ведущих мест в перечне инвалидизирующих заболеваний органа зрения. Ранняя диагностика глаукомы позволяет сохранить зрение значительно дольше, чем диагностика заболевания в продвинутой стадии, когда уже наступили необратимые изменения. Понижение уровня ВГД является единственным доказанным способом замедления прогрессирования заболевания. Результаты крупных многоцентровых клинических исследований свидетельствуют о том, что изначально энергичное снижение ВГД позволяет предотвратить поражение зрительного нерва и снижает риск развития слепоты.

Целью данного исследования явилось, анализ стартовой терапии при впервые выявленной первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ) I, II и III стадий, оценка ее эффективности и уровня снижения офтальмотонуса.

Методы. В исследование включены 40 больных (70 глаз) с впервые выявленной ПОУГ I-III стадий, из них 13 (32,5%) мужчин и 27 (67,5%) женщин. Средний возраст всех пациентов составил $63,9 \pm 1,97$ года. Протокол исследования включал следующие показатели: возраст, анамнез (сопутствующая соматическая патология), стадии заболевания, уровень офтальмотонуса — исходный, через 2 недели, 1, 3, 6 месяцев после начала гипотензивной терапии, гипотензивный медикаментозный режим и его смены. Распределение больных по стадиям: Начальная стадия ПОУГ – 16 глаз (22,8%); Развитая стадия ПОУГ – 42 глаза (60%); Далеко зашедшая стадия ПОУГ – 12 глаз (17,2%). Больные были поделены на 2 группы: 1 группа основная, 2 группа-сравнения.

Результаты. Больные ПОУГ в 93,6% случаев имели сопутствующие соматические заболевания. Бета-адреноблокаторы (ББ) являлись препаратами первого выбора при начальной стадии (75,4%) первичной глаукомы, при развитой стадии — в 35,6% случаев. АПГ в комбинации с ББ применялись в 14,1% случаев при развитой стадии, в 33,7% – в далеко зашедшей стадии. Фиксированные комбинации этих препаратов – в 14,5% (в развитой стадии) и 13,3% (в далеко зашедшей стадии) случаев.

В развитой стадии коррекция гипотензивного режима с ББ была необходима более чем в 50% случаев. При далеко зашедшей стадии монотерапия была неэффективна в 100% случаев, комбинация АПГ и ББ эффективна только в 58,7% случаев, фиксированная комбинация этих препаратов — в 45,8% случаев.

Заключение. Назначение ББ на старте терапии глаукомы не всегда оправдано. Активная стартовая терапия в начальной стадии глаукомы, своевременная и адекватная коррекция, выбор комбинированной терапии или

подключение фиксированных комбинаций позволяют обеспечить рекомендуемый уровень офтальмотонуса на разных стадиях заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМИХИМОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ.

Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С., Солметова М.Н., Рихсибоев Ж.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Mukhamedov69@mail.ru

Имихимод представляет собой синтетическое соединение, которое относится к новому классу препаратов, называемых имидазохинолонами. В организме он действует в качестве модификатора иммунного ответа, обладающего сильной противовирусной и противоопухолевой активностью. В 1999 году Агентство по контролю за пищевыми продуктами и медикаментами (FDA) одобрило Имихимод для лечения остроконечных кондилом наружных половых органов и перианальной области, а в 2004 году - для лечения актинического кератоза и поверхностной базально - клеточной карциномы.

Имихимод действует на врожденный и адаптивный иммунный ответ как непосредственно, так и косвенно. Прямое действие осуществляется путем связывания его с Toll-подобными рецепторами (TLR) макрофагов, моноцитов и дендритных клеток и через индукцию апоптоза. Косвенное действие происходит путем индуцирования Имихимодом иммунных модуляторных цитокинов. Эффективность Имихимода также объясняется его действием на клетки Лангерганса, стимулирующим их способность представлять антигены и их миграцию в дренирующие лимфатические узлы, где антигены представляются Т - клеткам, тем самым активируя адаптивный иммунный ответ организма.

Нами было проведено лечение базалиомы с размерами поражения не более 2 см, при помощи препарата Кераворт (Имихимод) 5% крема, препарат наносили на пораженные участки и аккуратно втирали в кожу. Крем оставался на коже в течение 6-10 часов. По истечении указанного времени крем был смыт теплой водой с мылом. Крем Имихимод (Кераворт) наносили подряд 5 дней в неделю в течение 6 недель. Реакцию обработанной опухоли на крем необходимо оценивали через 12 недель после окончания лечения. Общие побочные эффекты включали эритему (77,2%), образование корок (50,5%), зуд (34,1%), болезненность / раздражение (27,3%), изъязвление (25,4%), жжение (22,1%) и эрозию (21,7%). Клинический регресс был достигнут в 77,4%.

Заключение: Использование имихимода позволило достичь клинического и гистологического регресса заболевания в более чем 70% случаев БКК, с частотой рецидивов всего 1,8%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА

Нуриддинов Х.Н., Вохидов Н.Х., Вохидов У.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) считается серьезной проблемой современной медицины, так как снижает качество жизни больных за счет ухудшения или полной блокады носового дыхания, нарушения обоняния, головной боли из-за состояния хронической гипоксии (Tescimer S.H. et al., 2015). Несмотря на большое количество существующих схем консервативного лечения хронических полипозных риносинуситов (ХПРС), основным и в ряде случаев единственным методом лечения является хирургический (Darling P., 2006). В последнее время в ринохирургии широко используется эндоскопическая техника, позволяющая обеспечить максимальный функциональный эффект (Bhattacharyya N., 2006). Выбор тактики хирургического лечения должен основываться на данных визуальной оценки и анализа результатов дополнительных методов верификации патологического процесса.

Цель исследования: изучения распространённости полипозного процесса и выбор метода хирургического лечения у больных хроническим полипозным риносинуситом.

Материал исследования: Были исследованы 125 больные с ХПРС, находившиеся на стационарном лечении в ЛОР отделении 3 клиники ТМА с 2008 по 2012 года. Всем больным был проведён общий клинический осмотр ЛОР органов, компьютерная томография околоносовых пазух (КТ ОНП).

Результаты исследования. Учитывая данные КТ ОНП и классификацию хронических синуситов, предложенную С.З.Пискуновым и Г.З.Пискуновым (1997), пациенты распределены по группам в зависимости от степени распространённости патологических изменений: 1. Больные с хроническим полипозным пансинуситом, у которых имелись патологические изменения во всех ОНП - 6 человек (4,8%). 2. Пациенты, имевшие различные комбинации, вовлеченных в патологический процесс ОНП - полисинусит – 53 человека (42,4%). 3. Больные, имевшие патологические изменения только в верхнечелюстных и решетчатых пазухах, т.е. пациенты с гайморозтмоидитом (выделены отдельно из группы пациентов с полисинуситом) – 64 человек (51,2%). 4. Пациенты, имевшие односторонние изменения в лобной, верхнечелюстной, решетчатой и основной пазухах – гемисинусит – 2 человек (1,6%).

По форме патологического процесса больных распределили следующим образом: с полипозной формой – 67 человек (66,7%), включая полипозно-гнойную форму – 32чел. (31,4%) и с полипозно-кистозной формой – 26 чел. (33,3%). Из них в отдельные группы выделены больные с наличием хоанальных полипов - 8 чел. (55,2%), с признаками костной деструкции стенок ОНП – 29 чел. (23,2%).

Выполнено 67 эндоскопических операций (63,8%), причем у 11 чел. (10,8%) – при тотальной полипозной дегенерации слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. Комбинированные операции выполнены 38 пациентам (36,1%). Среди них – с наложением дополнительного соустья верхнечелюстной пазухи с нижним носовым ходом – у 7 больных (6,6%), с расширением только

естественного соустья верхнечелюстной пазухи в ходе эндоскопического этапа операции – 31 пациенту (29,5%).

Исходя из вышесказанного, следует что при лечении больных с ХПРС необходимо учитывать данные КТ ОКП и проводить эндоскопическое хирургическое вмешательство в соответствии с распространенностью полипозного процесса в целях удлинения срока ремиссии.

ВРАЧЕБНЫЙ ПОЧЕРК КАК КРИТЕРИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Петров П.И., Аверьянов С.В. Усманов И.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет
piterpi@mail.ru*

Во всем мире люди акцентируют внимание на неразборчивость почерка врачей, хотя встречаются врачи с каллиграфическим почерком.

В качестве основного метода нами было выбрано анонимное анкетирование, в связи возможностью охвата большого количества респондентов. В исследовании использовались также экспериментальный и экспертный методы. Для получения экспериментальных данных – образца почерка респондентам-студентам и врачам-стоматологам было предложено быстро в привычной для них обстановке переписать шариковой ручкой специально подобранный следующий машинописный текст: "Кто рассчитывает обеспечить себе здоровье, пребывая в лени, тот поступает так же глупо, как и человек, думающий молчанием усовершенствовать свой голос. Плутарх" (в предложении встречается 29 букв русского алфавита, что составляет 87,8% от его состава). Мы выбрали этот текст, потому что предложение не утяжелено терминами и понятно для всех: врачам, студентам, экспертам не медицинской профессии. Понятность и лёгкость восприятия написанного респондентами текста оценивали сами авторы и специально созданная комиссия в составе следующих независимых экспертов: С.А.П. – филолог, литературный редактор, В.Г.Ю. – провизор аптечной сети "Фармленд" и Г.Ф.К. – народный учитель Республики Башкортостан.

Целью исследования явилось оценка почерка у врачей–стоматологов и студентов стоматологического факультета в зависимости от стажа работы, врачебной нагрузки и половой принадлежности.

Для удобства статистической обработки экспертных оценок текст по степени разборчивости почерка разделили на четыре группы: "каллиграфический", "хороший", "нормальный" и "плохой".

В исследовании участвовали 493 респондента, из них 64% студента, средний возраст которых был 22 года. Эту группу составили 67% женщин и 33% мужчин. Вторая группа (36%), состояла из врачей, средний возраст которых – 41 год, из них 56% женщин и 44% мужчин.

Врачи, работающие на одну полную ставку составили – 75%, на полторы – 13%, на полставки – 12%. Разница распределения врачебной нагрузки между мужским и женским полом не выявилась ($p=0,142$).

Разница в оценке разборчивости почерка респондентами и экспертами была существенна ($p=0,000$). Все респонденты признали, что с увеличением количества стажа наблюдают стойкое ухудшение почерка. При этом большая часть студентов – 68% и 55% врачей признали, что их почерк из нормального стал плохим. Меньшая доля приходится на респондентов, которые отмечают, что их почерк из плохого стал еще хуже: из них студенты – 14% и врачи – 30%. В целом, врачи отметили ухудшение почерка в более половины случаях – 52%, студенты – 42%. При этом женский пол оценивает (признает) свой почерк плохим чаще, чем мужчины: 54% против 46% ($p=0,05$). Но по данным экспертов у мужчин почерк хуже, чем у женщин – 41% и 59% ($p=0,05$).

Когда эксперты оценивали почерк как "плохой", то более половины респондентов из этой группы (53%) свой почерк оценивали как "нормальный", 37% – как "плохой" и в 7% – как "хороший" и в некоторых случаях (3%) даже как "каллиграфический". Очевидно, авторы привыкли к своему почерку и он для них более удобочитаем, чем для экспертов.

По оценке экспертов, при врачебной нагрузке 0,5 ставки зависимости между почерком и врачебной нагрузкой нет ($\chi^2=0,164$). Из тех, кто работает на полную врачебную ставку, у большинства врачей "нормальный" почерк, на втором месте – "плохой", на третьем – "хороший", и на последнем – "каллиграфический". Из тех, кто работает на 1,5 ставки, на первом месте – "плохой" почерк, на втором – "хороший", на третьем – "нормальный" и на последнем – "каллиграфический". Как видим, с увеличением врачебной нагрузки ухудшается почерк врача.

23,5% опрошенных причиной плохого почерка считают специфику профессии стоматолога: из них 37% студентов и большая часть врачей – 63%. ($p=0,000$).

Больше всего встречаются респонденты с плохим почерком в исследуемой группе от 1 до 9 лет врачебного стажа. Это можно объяснить тем, что в эту группу изначально входят студенты с плохим почерком. Как видим, с увеличением врачебного стажа также увеличивается количество врачей с плохим почерком.

После обработки данных среди множества предикатов нами выделены следующие, часто повторяющиеся: - 71% (352 чел.) респондентов причиной ухудшения почерка назвали - "общую усталость". Из них на усталость ссылались – 65% врачей-стоматологов и большая часть студентов – 74%. Ответ "писать не моя работа" выбрали 25% (125 чел.), из них врачи – 53%, студенты – 47%. Как видим, более половины опрошенных врачей-стоматологов рукописное оформление медицинской документации не относят к своим основным профессиональным обязанностям и не стремятся выполнять их аккуратно.

Таким образом, ухудшение разборчивости почерка является одним из первых признаков начала эмоционального выгорания врача-стоматолога и этот факт может быть использован как критерий присутствия этого синдрома у специалиста.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПЛОСКОГО ЛИХЕНА С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С., Пягай О.Г., Аллаева М.Д.,
Маликова Н.Н.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
gregbae@mail.ru*

Плоский лишай (Красный плоский лишай) является хроническим воспалительным заболеванием кожи и слизистых с невыясненной этиологией. Основным патогенетическим звеном в развитии заболевания является аутоиммунные нарушения, приводящие к развитию воспалительных поражений. Основными морфологическими элементами поражения при этом являются полигональные папулы застойно-красного цвета с фиолетовым оттенком, характерным восковидным блеском при боковом освещении. Классическая форма заболевания на коже, представленная характерными высыпаниями не представляет особой сложности, при этом, в случае начала заболевания со слизистых оболочек полости рта (СОПР), диагностика может представлять определенные сложности, приводить к поздней диагностике и соответственно ухудшать течение заболевания. В связи с этим, представляем клинический случай тяжелого течения заболевания плоского лишая. В клинику РККВБ обратился пациент 45 лет, житель Кашкадарьинской области с жалобами на поражения слизистой оболочки полости, губах, высыпания в области туловища, верхних и нижних конечностей. Со слов пациента, страдает более полугодом. Заболевание началось с появления язвенных элементов в области полости рта, в области слизистой щек. Пациент не придавал этому большого значения, пока высыпания не стали распространяться по всей слизистой оболочке полости рта, языка. Кроме того, поражения язвенного характера стали появляться на красной кайме губ, прием пищи стал сопровождаться болью и жжением. При обращении к стоматологам по месту жительства, пациенту был выставлен диагноз «Стоматит» и выписаны дезинфицирующие растворы. Лечение на протяжении недели, эффекта не дало, после чего пациент обратился к дерматологам, которые установив диагноз «Красный плоский лишай» назначили традиционную терапию, включающую антигистаминные препараты, десенсибилизирующую терапию, но эффекта не наблюдалось, кожно-патологический процесс (КПП) продолжал прогрессировать, вследствие чего его направили на консультацию в Республиканскую Клиническую Кожновенерологическую больницу. При обследовании в консультативной поликлинике больницы, у пациента в результате тщательного обследования всего кожного покрова, кроме поражений слизистой оболочки полости рта, в области кожи паховой области были обнаружены единичные характерные полигональные папулы, с фиолетовым оттенком и пупковидным вдавлением. Поражения СОПР характеризовались эрозиями и язвами слизистой как щечных поверхностей так и языка. Язвенные дефекты округлой формы, с четкими границами, некоторые покрыты грязно-серым фибринозным налетом. Поражения красной каймы губ также были представлены множественными эрозиями и язвами, открывание рта

сопровождалось мучительной болью с невозможностью приема твердой пищи. На основании характерной клинической картины и после гистологического обследования биоптата, был выставлен диагноз: «Плоский лихен. Эрозивно-язвенная форма». Ввиду тяжелого течения заболевания пациенту была назначена системная кортикостероидная терапия, таб. Преднизолон в дозе 1 мг/кг массы тела – 60 мг/сутки. На фоне проводимой терапии, отмечалась положительная динамика кожно-патологического процесса (КПП), язвенные и эрозивные дефекты начали эпителизироваться и пациент решил выписаться под дальнейшее наблюдение дерматолога по месту жительства. Однако, спустя две недели, пациент обратился вновь с обострением заболевания. При обследовании КПП носил генерализованный характер, на коже туловища, верхних и нижних конечностей определялись множественные папулезные элементы, местами сливающиеся в бляшки, застойно-красного цвета с фиолетовым оттенком, местами гиперпигментированные пятна. При осмотре СОПР отмечаются множественные язвы с четкими границами, красным дном, некоторые покрытые грязным налетом. Поражения красной каймы губ представлены язвами с переходом на уголки рта. Пациент был истощен, в виду невозможности принимать и жевать пищу. Со слов пациента, после предыдущей выписки со стационара и постепенного снижения суточной дозы преднизолона, высыпания стали появляться вновь и распространились на весь кожный покров. Учитывая тяжесть состояния, пациенту было назначена ГКС терапия в дозе 100 мг/сут. Дополнительно были назначены препараты ингибиторов протонной помпы – пантопразол, препараты калия, кальция и местные обработки растворами глюкокортикоидов. Относительное улучшение КПП отмечалось на 3-й день терапии, что позволило постепенно снизить суточную дозу преднизолона до 60 мг/сут. В настоящее время пациент находится под постоянным наблюдением врачей дерматологов, КПП имеет положительную динамику, однако последующее снижение суточной дозы ГКС требует большой осторожности.

Данный случай демонстрирует, что плоский лихен зачастую манифестирует с СОПР, ранняя диагностика представляет определенные сложности, а эрозивно-язвенная форма заболевания характеризуется резистентностью к проводимой терапии и требует тщательного динамического наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА РАБОТУ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Раймжанова Г.М., Жакенова С.Р. Ажиметова Г.Н.

НАО «Медицинский университет Караганды

guchi-1982@mail.ru

Служба скорой и неотложной медицинской помощи (ССНМП) является важным звеном в системе здравоохранения. Основной задачей, которой является оказание больным и пострадавшим первой медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций

организма и доставка в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. По уровню оказания медицинской помощи населению ССНМП служба делится на два подразделения: скорая и неотложная медицинская помощь. Скорая помощь обслуживает вызова 1,2,3 категории срочности. Неотложная помощь обслуживает вызова 4 категории срочности.

В связи со сложной эпидемической обстановкой, распространения COVID-19, в Карагандинской области увеличились количества вызовов, поступающих на пульт скорой помощи. Все сотрудники ССНМП Карагандинской области, работающие в режиме повышенной готовности к «традиционным» поводам вызова СМП, стали заниматься эвакуацией пациентов, таких как, требующих обследования в виде компьютерной томографии, госпитализации в инфекционные стационары с подтвержденной инфекцией или же с подозрением на COVID-19.

Целью исследования, было изучение влияния пандемии на скорую и неотложную медицинскую помощь Карагандинской области.

Проведен ретроспективный анализ обращений населения на 103 по Карагандинской области за 2019г. и 2020г. Статистические данные вызовов взяты с программы «АДИС» КГП «ОССМП» г. Караганды.

Обращение населения Карагандинской области по «103» за 2020 год, показал неравномерное распределение количества вызовов, отмечается резкий подъем и спады вызовов в течение года.

Максимальное количество обращений зафиксировано в июне (70.185 тыс.) и в июле (70.066 тыс.), когда прошла первая волна пандемии в Карагандинской области. Минимальное число вызовов зафиксировано в октябре (39.492 тыс.) и ноябре (38.307 тыс.). С августа по декабрь месяцы сохраняется стабильность обращаемости населения в службу 103 – не более 43.000 тыс. в месяц.

Анализ вызов по 1-3 и 4 категориям срочности, для выявления нагрузки на то или иное подразделение ССНМП, показал, что большая нагрузка была по 4 категории срочности, что в свою очередь приводило к задержкам вызовов.

Проведенный анализ своевременности обслуживания вызовов выездными бригадами по 1,2,3,4 категориям срочности выявило снижение оперативности за 2020 г., по сравнению с 2019 г., по 2-категории срочности (на 10%), по 3-й и 4-й категориям срочности оперативность снизилась на 5% и 7%.

В 2020 году количество обращений на 103 составило 607.084 тыс. За 2019 год было зафиксировано 375.257 тыс. обращений. Таким образом, количество вызовов за 2020 год повысилось в 1,6 раза. Участились звонки, по поводу симптомов COVID-19 (кашель, лихорадка, боли в горле). Из них повод по 3 категории срочности «Высокая температура выше 38 С у детей до 3-х лет у беременных» и по 4 категории срочности «Высокая температура, не купируемая самостоятельно» в 2020 году составили 40.144 тыс. обращений от общего количества, в 2019 году зафиксировано 23.000 тыс. вызовов с данными категориями, таким образом, отмечается прирост вызовов по данным категориям в 2020 г. в 1,7 раз. Одним из частых жалоб при вызове СМП стал повод по 2 категории срочности «Выраженные нарушения внешнего дыхания»,

что в 2020 году составил 45.664 тыс. обращений, что на 1,8 раза больше по сравнению с 2019 годом (в 2019 году данный повод составил 24.286 тыс. обращений).

Резкий рост обращаемости населения Карагандинской области в условиях пандемии привела к несвоевременному оказанию первой догоспитальной помощи из-за больших задержек.

Таким образом,

1. В связи с увеличением обращений на 103 в момент пандемии снизилась оперативность работы выездных бригад ССНМП в 2020 году, по сравнению с 2019 годом.

2. Большой нагрузке в течение года подвержены сотрудники неотложной медицинской помощи, обслуживающие 4 категорию срочности. Нагрузка вызовов увеличилась в июне и в июле 2020 года почти в 2,0 раза, в связи с чем население области несвоевременно получило медицинскую помощь.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Раимова М.М., Алиханов С., Ёдгарова У.Г.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
malikamed-74@yandex.ru*

Применение ТКМС позволяет существенно улучшить качество жизни без использования антидепрессантов и психоактивных препаратов.

Цель: изучить влияние транскраниальной магнитной стимуляции на немоторные симптомы при болезни Паркинсона.

Материалы и методы: выборку составили 34 пациента с болезнью Паркинсона акинетико-регидной формы со стадией заболевания от 1,5 до 2,5 по Хен и Яру, средний возраст, которых составил $63 \pm 8,3$ лет. Из них 20 мужчин и 14 женщин. При этом, длительность заболевания составило не более 3,5 лет. Все пациенты были исследованы на наличие немоторных расстройств, с этой целью была использована шкала количественной оценки немоторных симптомов (НМС) болезни Паркинсона (NMSQuest).

Протокол рТМС: напряженность магнитного поля подбиралась несколько ниже двигательного порога, в соответствии с индивидуальной переносимостью и составила 0,7-1,3 Тесла, частота импульсов в серии 10 Гц, длительность серий 7 с, интервал между сериями 1,0 с, длительность сеанса 5 мин., при этом стимуляция амплитуды 110-120%. Курс – 10 сеансов. рТМС проводилась аппаратом «Нейро-МС/Д» с амплитуда магнитной индукции — до 4 Тл, который имеет несколько вариантов исполнения. Типы стимуляции: бифазная.

Результаты. Протокол проведения рТМС разработан в соответствии с требованиями по безопасности Национального института неврологических расстройств и инсульта США с учетом технических возможностей аппарата рТМС (программное обеспечение Нейро-МС.NET для управления магнитным стимулятором).

При исследовании НМС после применения рТМС статистически значимые изменения наблюдались в основной группе, где уровень психоэмоциональных

расстройств уменьшились с 88,3% до 41,2% ($p \leq 0,002$), в частности такие симптомы как тревога, страхи; вегетативные расстройства уменьшились с 58,8% до 23,5% ($p \leq 0,001$), а именно обильное слюноотделение, потоотделение, тахикардия; нарушения сна изменились с 82,3% до 58,8% ($p \leq 0,002$), снизилась частота видения кошмарных снов, и увеличилась длительность сна; а также улучшение когнитивных функций в 1,7 раз ($p \leq 0,002$), в частности повысилась концентрация внимания, улучшилась память и ассоциативное мышление. Данные результаты достоверно указывают на эффективное влияние рТМС на немоторные симптомы БП, в сравнении с контрольной группой, где статистически значимых улучшений не наблюдалось.

Вывод: транскраниальное магнитное воздействие по средствам стимуляции высвобождения дофамина достоверно улучшает немоторные симптомы болезни Паркинсона, а именно тревожное состояние, вегетативные расстройства, нарушения сна и когнитивные расстройства, что значительно улучшает качество жизни больных за счет снижения необходимости постоянной медикаментозной терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СНА И УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С СИНДРОМОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

Раимова М.М., Ёдгарова У.Г., Ядгарова Л.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

malikamed-74@yandex.ru

Синдром беспокойных ног (СБН) определяется как сенсомоторное расстройство, характеризующееся непреодолимым желанием совершать движения, которое может сопровождаться неприятными ощущениями, появляющимися в состоянии покоя, чаще в ногах, в вечернее и ночное время, и вынуждающими больного совершать облегчающие движения, приводящие к нарушению сна. Распространенность СБН в общей популяции составляет от 5 до 15%. СБН может быть первичным или вторичным, последнее связано с рядом заболеваний, таких как сахарный диабет, почечная недостаточность, дефицит железа и периферическая невропатия, что затрудняет диагностику. СБН, частая сопутствующая патология у пациентов с диабетом. СБН ухудшает сон как количественно, так и качественно. Инсомния в значительной степени влияет на качество жизни, связанное с СБН. Кроме того, было показано, что нарушение сна, являющееся основным признаком СБН, является фактором риска нарушения толерантности к глюкозе, инсулинорезистентности и СД 2-го типа. Понимание связи между диабетом и СБН является важной частью усилий, направленных на профилактику и лечение осложнений диабета

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, депрессия, нарушение сна, синдром беспокойных ног.

Цели: изучить уровень нарушения сна и депрессии при СД 2-го типа с СБН и без неё.

Методы: было исследовано 30 пациентов СД 2-го типа с СБН и 30 контрольных пациентов СД 2-го типа без СБН того же возраста и пола. Группу

СД 2-го типа с СБН составили 16 женщин и 14 мужчины, средний возраст $65,3 \pm 9,4$ года. Контрольную группу составили 16 женщин и 14 мужчины, средний возраст $63,4 \pm 9,2$ года. Диагноз СБН устанавливали на основании наличия клинических проявлений в соответствии с критериями IRLSSG (2003 г). Имитирующие состояния, такие как миалгия, венозный застой, отек ног, артрит, судороги в ногах, дискомфортное положение и привычное постукивание ног, были тщательно исследованы и исключены. Мы определили уровень нарушения сна с помощью шкалы Эпворта и уровень депрессии с помощью опросника CES-D. Шкала сонливости Эпворта (ESS) является золотым стандартом для субъективного измерения дневной сонливости у взрослых. Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D) - это самооценка депрессивной симптоматики, CES-D представляет индекс когнитивных, аффективных и поведенческих характеристик депрессии, а также частоту симптомов.

Результаты: Средняя продолжительность СД 2-го типа у пациентов с СБН составила $15,6 \pm 6,7$ года, а у пациентов с СД 2-го типа без СБН - $13,7 \pm 6,3$ года. Участники сообщили, что симптомы СБН развивались в среднем через 2 года после подтверждения диагноза сахарного диабета 2 типа. В первой группе 3 пациента (10 %) имели в семейном анамнезе СБН. 14 пациентов (46,7%) с СБН имели сопутствующую патологию с СБН. Сопутствующие заболевания, связанные с СБН, не наблюдались у 3 пациентов. Распространенность СБН у пациентов без сопутствующих заболеваний составила 16,7%. Было обнаружено, что участники с сахарным диабетом 2 типа с СБН имели значительно худшие результаты сна. Пациенты с СБН имели примерно вдвое больший общий балл по шкале Эпворта, чем участники без СБН (12,8 против 6,7). Пациенты с диабетом 2 типа с СБН имели значительно более высокие баллы по опроснику CES-D, чем участники без СБН (18,4 против 12,1).

Выводы: Результаты нашего исследования показывают, что у пациентов с СД 2-го типа с СБН имеется большая выраженность нарушений сна и более выраженные эмоциональные нарушения по сравнению с пациентами без СБН. Эти результаты могут помочь в повышении осведомленности о СБН среди пациентов с СД-2 типа и могут привести к тщательному обследованию и более раннему лечению, которое может улучшить качество жизни.

БИЛАК СУЯКЛАРИ СОХТА БЎҒИМЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Рахимов А.М., Акрамов И.Р.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Билак суякларининг сохта бўғимлари ушбу сегмент сингандан кейин кенг тарқалган жиддий асорат бўлиб қолмоқда. Zhilmas at all. фикрига кўра, реконструктив жарроҳлик амалиётида билак суякларининг сохта бўғимлари ва синишлари битмаганлиги узун найсимон суякларининг барча сохта бўғимларига нисбатан 20-25% ни ташкил қилади[6,10].

Тадқиқот мақсади-билак суяклари битмаётган синиқлари ва сохта бўғимларини патологик ўчоқ хусусияти, унинг локализацияси ва даволашга комплекс ёндошув орқали натижаларни яхшилашдан иборатдир.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: 2019 йилдан 2021 йилгача катталар травматологияси бўлимида биз 83 беморни кузатдик, улардан 29 (34,9%) аёллар, 54 (65,1%) эркаклар. Беморларнинг ёши 18 дан 62 ёшгача бўлган (ўртача ёши $34,2 \pm 1,3$). Амалдаги даволаш тактикасини ҳисобга олган ҳолда барча беморлар 3 гуруҳга бўлинган: 1-асосий гуруҳ - 28 (33,8%), 2-асосий гуруҳ - 32 (38,5%) ва 3-назорат гуруҳи - 23 (27,7%).

Биринчи асосий гуруҳга 2012 йилдан кейин даволанган 28 (33,8%) беморнинг билак суяқларининг битмаётган синиқлари (3 та бемор) ва сохта бўғимлари (25 та бемор) кирган. Иккинчи асосий гуруҳга 2012 йилдан кейин бизнинг кузатувимизгача бўлган 32 (38,5%) бемор кирган. Улардан 3 нафар беморда битмаган синиш, аниқланди 29 беморда эса суяқнинг сохта бўғими бўлган. Атрофик сохта бўғимли 2-чи гуруҳ беморлари (19 нафар бемор) Илизаров аппарати ёрдамида дистракцион регенерация ҳамда кукумазим эритмаси ва автосуяк кўмигини киритиш билан сохта бўғим соҳаси устидан остеотомия қилинди. Гипертрофик сохта бўғим бўлган 10 та ҳолатда ва битмаган синиш бўлган 3 та беморда Илизаров аппарати ўрнатилди, шунингдек кумуазим эритмаси ва аутоосуяк кўмиги қўшилиб юборилди.

3-гуруҳ (назорат) 2009 йилдан 2012 йилгача Илизаров аппаратини ўрнатиш биланкомпрессион-дистракцион остеосинтез ёрдамида даволанган (17 бемор) ва спица билан интрамедуллар остеосинтез ёрдамида даволанган (6 та бемор) билак суяқларининг битмаган синиши (5та бемор) ва сохта бўғими бўлган (18та бемор) 23та беморни (27,7%) ўз ичига олган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг операциядан кейинги натижаларининг ретроспектив таҳлили жароҳатларнинг жойлашиши ва хусусиятини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик даволанишнинг тактик ёндашувларини яхшилашни излашга олиб келди. Қўлланилаётган амалий усулларни ўсимликдан олинган фермент воситаси (кукумазим) ва аутоосуяк кўмиги(АСК) дан фойдаланиш билан биргаликда ишлаб чиқдик.

Жарроҳликдан кейинги натижаларни қиёсий таҳлил қилиш учун биз рентгенологик, функционал ва клиник мезонларни баҳолашда уч балллик миқдорий ва сифат тизимини (яхши, қониқарли ва қониқарсиз натижа) ишлатдик.

Натижалар ва муҳокама: Рентгенологик мезонлардан келиб чиққан ҳолда биз қуйидагиларни баҳоладик: шикастланиш жойинингбитиши (консолидация) (Р-граммалар ва МСКТ бўйича); қўл ўқининг тикланиши; бўғимлартикланиши; рентгенологик тасдиқланган қўл қисқариши. Қайта тиклашнинг функционал мезонларидан қуйидагилар баҳоланди: кўшни бўғимлардаги ҳаракат ҳажмини тиклаш; мушаклар тузилмасининг тикланиши; периферик иннервациянинг тикланиши. Қайта тикланишнинг клиник мезонлари қуйидагилардир: оғриқ, юмшоқ тўқималар атрофияси, клиник жиҳатдан қисқарган сегмент, косметик тикланиш мезони (чандиқ ҳолати).

Уч гуруҳдаги билак суякларининг битмаган синиши ва СБларни даволашда энг муҳим фарқловчи омил ҳар иккала асосий гуруҳнинг барча беморларига жарроҳлик операциясидан бир кун олдин 50 ПЕ дозасида кумуазим ферменти эритмаси юборилган ва жарроҳлик амалиёти пайтида ушбу беморларнинг барчасига ўша соҳага 3.0-4.0 млбеморнингёнбош суяк қанотларидан дарҳол олинган аутосуяк кўмиги юборилган. Энг яқин ва узок муддатдаги натижалардан кўриниб турибдики, фермент воситаси ва суяк кўмигини ўз ичига олган ушбу бирикмани юбориш маҳаллий пролифератив жараёнларни юзага келтирган ва остеосинтезни тезлаштирилган, бу бизнинг беморларимиз учун жуда зарур эди, чунки улардашундоқ ҳам биринчи жароҳатдан кейинги битиш жараёнлари кечикганлиги кузатилган эди.

Учта гуруҳдаги беморларнинг операциядан кейинги натижаларини таққослаш таҳлили ўтказилаётган даволаниш тўғрисида қуйидаги хулосага келишга имкон беради: назорат гуруҳи беморларида узок муддатли даврда "қониқарсиз" натижалар 8,7%да, 69,5% беморда эса "яхши" натижалар қайд этилган. Шу ўринда, 1-асосий гуруҳда ушбу кўрсаткичлар 3,6% ва 82,1%, 2-асосий гуруҳда - 3,1% ва 87,6% ни ташкил этди. Бунинг сабаби шикастланишнинг хусусиятларини - табиати ва унинг жойлашган жойини, шунингдек протеолитик фермент воситаси кукумазимни қўллаш ва аутосуяккўмигини киритишни ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикасини танлашда табақалаштирилган (дифференциациялашган) ёндашув билан боғлиқ.

Хулоса: Билак суякларининг битмаётган синиқлари ва сохта бўғимларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижалар учраши 8,7% ни ташкил этди, бунинг асосий сабаблари уларни сохта бўғимларнинг табиати ва билак суякларида жойлашишини ҳисобга олмаган ҳолда даволаш эди. Жароҳатнинг жойлашиши ва хусусиятини ҳисобга олган ҳолда оператив даволаш усулларини оптималлаштириш қониқарсиз натижаларни 2,8 марта (3,1%) ва иммобилизация вақтини 30% га камайтирди.

Жарроҳлик амалиёти усулларида фойдаланиш шикастланиш суякнинг ўрта ва пастки учдан бир қисмида жойлашган беморларда иммобилизация вақтини камайтиришга ёрдам беради.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГОЛЕЙШМАНИОЗА

Рахимов Ш.И.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
dr.shoxrux.raximov@mail.ru*

Актуальность. Несмотря на имеющиеся многочисленные исследования, посвященные изучению патогенеза, существующих разнообразных методов и схем лечения кожного лейшманиоза, рост и распространенность заболеваемости не имеет тенденции к снижению, и, закономерно, увеличивается число хронических, осложненных, трудно поддающихся лечению форм. Подробное изучение патогенетических механизмов формирования осложненных форм обозначенных инфекций позволило бы

разработать эффективные и доступные методы своевременной диагностики и лечения.

В настоящее время изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляют определенный интерес. В последние годы в медицинской практике особое внимание уделяется изучению роли свободнорадикальных реакций в патогенезе многих патологий. Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO) – важнейший биологический медиатор в организме человека, осуществляющий межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах организм. Бактерицидная, фунгицидная, антипаразитарная, противовирусная и противоопухолевая активность макрофагов также может быть частично обусловлена интенсивной секрецией NO.

Цель исследования. Изучение роли оксида азота (NO) в формировании клинического течения и осложнений кожного лейшманиоза.

Материал и методы исследования. Нами проведены исследования состояния оксида азота в сыворотке крови у 112 больных и на пораженных участках кожи у 45 больных кожным лейшманиозом в сравнении с показателями здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных общей группы в сыворотке крови отмечено достоверное повышение уровня оксида азота в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При изучении содержания NO в зависимости от клинических форм во всех обследованных группах больных в сыворотке крови выявлено статистически достоверное увеличение содержания оксида азота по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее выраженное повышение данного показателя отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и с изъязвленными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

Результаты исследования в зависимости от давности заболевания показали, что независимо от давности существования патологического процесса во всех обследованных группах в сыворотке крови уровень оксида азота достоверно увеличен в 1,5–2 раза по сравнению с данными группы контроля ($p < 0,001$). Наибольшее изменение содержания оксида азота выявлено у больных с давностью болезни более одного года. Следующим этапом исследования стало изучение состояния показателей оксида азота в очагах поражения у больных кожным лейшманиозом.

Нами проведен анализ результатов изучения оксида азота в очагах поражения у больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинических форм дерматоза. Результаты показали, что у больных общей группы на пораженных участках кожи выявляется достоверное увеличение концентрации оксида азота по отношению к показателям группы контроля ($p < 0,001$). Изучение содержания оксида азота на пораженных участках кожи у больных в зависимости от клинических форм выявило достоверное увеличение содержания оксида азота по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее выраженное

повышение данного показателя было отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и с изъязвленными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

Результаты исследования показали, что при кожном лейшманиозе на пораженных участках кожи также выявляется нарушение продукции оксида азота, что оказывает отрицательное влияние на течение дерматоза.

Вывод. При кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота как в организме больных, так и в очагах поражения. Более выраженное повышение данного показателя отмечается у больных с осложненными формами кожного лейшманиоза и зависит от срока давности заболевания, что может объясняться воспалительной деградацией соединительнотканых структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений. Это, в свою очередь, указывает на необходимость разработки комплексных методов терапии больных кожным лейшманиозом с включением препаратов, регулирующих выработку оксида азота.

**“COVID-19” КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ АСОРАТЛАРИНИ
ДАВОЛАШДА КЕНГ ҚЎЛЛАНИЛАЁТГАН АНТИБИОТИКЛАР:
ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ ВА АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ
ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАҚҚОСЛАШ.**

Рахимова Н.Ф., Алимова Н.Х., Турдиев П.Қ.

*Тошкент давлат стоматология институти
paxlavon.turdiev@mail.ru*

Мавзунинг долзарблиги: Хозирги кунда бутун дунё буйлаб “COVID-19” коронавирус инфекциясининг турли штамлари кенг тарқалган. Охирги маълумотларга кўра “COVID-19” коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларда асосан юқори ва пастки нафас йўлларида ўзгаришлар кузатилмоқда. Мамалакатимиз шароитида ушбу касалликни ўрта оғир ва оғир даражаларини даволашда турли гуруҳ дори воситалари, жумладан ҳилма-хил антибиотиклар кенг қўлланилмоқда.

Мақсад ва вазифалар: “COVID-19” коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган Цефоперазон/сульбактам (бактазон) ва амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) дори воситаларининг самарадорлиги ва организмда юзага келадиган ўзгаришларни таққослаш.

Материал ва усуллар: Ўзбекистон Республикаси ҳудудида “COVID-19” коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган шифохоналар маълумотлари асосида олинди. Маълумот учун ахволи ўрта оғир даражада бўлган 80 нафар 45-50 ёшдаги беморларнинг касаллик тарихи саралаб олинди (эркаклар 45 нафар, аёллар 35 нафар) ва 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ (40 нафар) беморларга Цефоперазон/сульбактам (бактазон), 2-гуруҳ (40 нафар) беморларига эса амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) дори воситалари қўлланилган.

Тадқиқот натижалари: Даво курси тугаллангандан сўнг беморлар бир неча кўрсаткичлар бўйича таққосланган. Даволанишдан олдин ўпканинг ўртача

зарарланиш даражаси 35%. Даволаниш курси 5 кун. МСКТ натижаларига кўра 1-гурухда ~9 %, 2-гурухда ~15 %. Умумий қон тахлили: 1-гурухда Нг ~90 (g/l), лейкоцитлар ~ 21(10⁹ /л), эозинофиллар ~ 5-6%, тромбоцитлар ~ 15 (10⁹ /л), гемотакрит ~ 42 %, 2-гурухда Нг ~ 92 (g/l), лейкоцитлар ~ 32 (10⁹ /л), эозинофиллар ~ 5-6%, тромбоцитлар ~ 18 (10⁹ /л), гемотакрит ~ 42 %. Умумий пешоб тахлили: 1-гурухда эритроцитлар ~10 кўрув майдонида, красталлар ~5-6 кўрув майдонида. 2-гурухда эритроцитлар ~18 кўрув майдонида, красталлар ~5-6 кўрув майдонида. Қоннинг биохимёвий тахлили: 1-гурухда ALT ~ 40 тб/л, АСТ~28 тб/л.

2-гурухда ALT~48 тб/л, АСТ~28 тб/л.

Хулоса: Юқоридаги рақамлардан кўриниб турибдики “COVID-19” коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларга Цефоперазон/сульбактам (бактазон) препарати амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) дори воситасига нисбатан самарали таъсир кўрсатган. Цефоперазон/сульбактам (бактазон) препаратининг ножўя таъсирлари хам кам даражада кузатилганлиги аниқланди.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА МИКРОБИОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Рўзматов Қ.М., Шамсиев Д.Ф.

Тошкент давлат стоматология институти

dfshamsiev@mail.ru

Ҳиқилдоқ ва трахеянинг мавжуд бўлган сурункали обструкцияси беморларни узоқ муддатли, кўпинча доимий ногиронликка олиб келади ва шу билан бирга, ушбу беморларнинг аксарияти ёш ва ўрта ёшдаги одамлардир. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг реанимациядан кейинги торайиши бўлган беморларни эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олиш муаммоси муҳим тиббий, шунингдек ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда микробиологик текширув натижалари ўрганиш ҳисобланади.

Тадқиқот материали бўлиб, 2017-2021 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг оториноларингология бўлимида ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши билан оғриган 53 нафар бемор даволанди. Беморларнинг аксарияти 20 ёшдан 40 ёшгача бўлиб, барча ёш гуруҳларида асосан эркаклар устунликка эга бўлди. Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморлар торайишнинг жойлашувига қараб 3 гуруҳга бўлинди. I гуруҳни ҳиқилдоқнинг овоз бойламлар соҳасида стеноз бўлган 5 нафар бемор, II гуруҳни ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости соҳасида стеноз бўлган 25 нафар бемор, III гуруҳни ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахеянинг бўйин соҳасида стеноз бўлган 23 нафар бемор ташкил қилди. Ушбу гуруҳ беморларда маҳаллий микробиоценозни аниқлаш мақсадида микробиологик текширув ўтказилди. Барча кўрсаткичлар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Микробиологик текширув натижасида I гуруҳ беморларида Staph. aureus 2 нафар (40%) беморда, Staph. hemolyticus 2 нафар беморда, Str. viridans 1 нафар беморда, Proteus vulgaris 1 нафар беморда аниқланди. II гуруҳ беморларида Staph. aureus 8 нафар беморда, Staph. hemolyticus 5 нафар беморда, Str. viridans 3 нафар беморда, Str. pyogenus 1 нафар беморда, Proteus vulgaris 1 нафар беморда, Candida albicans 1 нафар беморда аниқланди. III гуруҳ беморларида Staph. aureus 10 нафар беморда, Staph. hemolyticus 5 нафар беморда, Str. viridans 4 нафар беморда, Str. pyogenus 1 нафар беморда, Proteus vulgaris 2 нафар беморда, Candida albicans 1 нафар беморда аниқланди. Ушбу текширув ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахеянинг бўйин соҳасида стеноз бўлган беморларда маҳаллий ҳам граммусбат, ҳам грамманфий микрофолоранинг бой бўлиши билан ўзига хослигини кўрсатди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, ҳиқилдоқ сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқнинг торайиш соҳасида маҳаллий микробиоценозни аниқлаш даволаш самарадорлигини оширишга имкон яратади.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ОСНОВАНИИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q.

Салямова Ф.Э., Бобокулов М. Б.

Цель исследования: Выявление особенностей Эхокардиографических показателей на основании данных Коронароангиографии (КАГ) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) без зубца Q.

Материалы и методы: Были выбраны 78больных с ОИМ без зубца Qкоторые были разделены на 3 группы:1 - Группу составили 27 больной с поражением только 1 коронарных артерий(КА), 2 - Группу были включены 32 больных с поражением 2-х КА, 3 - Группу составили 19 больных с поражением 3-х КА. КАГ проводили по общепринятой методике на 1 -3 сутки заболевания в лаборатории ангиографии. Гемодинамически значимым считали стеноз КА более 50%. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводили на 1-3 сутки заболевания по общепринятой методике с помощью аппарата Toshiba SSH — 140 A/G (Япония). Все пациенты получали стандартную терапию: антиагреганты, антикоагулянты, бета- блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, клопидогрель.

Результаты и обсуждения: По результатам проведенных исследований были выявлены следующие данные у больных с поражением одной КА средняя ФВ ЛЖ составляла 54,5%, при этом при поражении 2-х КА показатели ФВ ЛЖ были равны 52,8%при поражении 3-х КА средняя ФВ ЛЖ была равна 47,5%. У больных у которых ИСКА была ПМЖВ- средняя ФВ ЛЖ составила 49,5%, средняя ФВ ЛЖ составила- 53,4% у больных у которых ИСКА была ОВ, и если ИСКА была представлена ПКА средняя ФВ ЛЖ у таких больных средняя ФВ ЛЖ составляла- 53,2%, при поражении ствола ЛКА средняя ФВ ЛЖ была равна- 41,3%. У больных с 1- сосудистым поражением КА средняя КДР ЛЖ

составил 5,4 см, у больных с поражениями 2-х КА средняя КДР ЛЖ составил- 5,75 см, с поражением 3-х КА средняя КДР ЛЖ была равна – 5,87 см. При сравнении ИНРС ЛЖ у больных с поражением ПМЖА данный показатель имел обратно пропорциональную связь со степенью кровотока по ТИМИ чем была выше степень кровотока, тем была меньше была нарушена регионарная сократимость ЛЖ у больных. Если ИСКА являлась ПМЖА и сохранялся кровотоки по ТИМИ 3 ИНРС ЛЖ составлял 23 балла против 24 баллов у больных с кровотоком ТИМИ 2 и 25 баллов с кровотоком ТИМИ 1. Если у больных ИСКА являлась ОА и сохранялся кровотоки по ТИМИ 3 то ИНРС составлял 21 баллов, против 22 баллов при кровотоке ТИМИ 2 и 23 баллов при кровотоке ТИМИ 1.

Заключение: Отмечается четкая прямая взаимосвязь между количеством пораженных КА при КАГ и степенью нарушений показателей глобальной систолической функции ЛЖ, у больных с ОИМ без зубца Q, при этом так же наблюдается связь между степенью нарушений ЭхоКГ показателей и видом пораженной ИСКА.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПРИЕМЕ БАДов Собиров М.А., Скосырева О.В., Маркушина А.П.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки*

Как известно, еще с древности люди использовали лечебное и профилактическое действие компонентов пищевых продуктов. Ученые установили, что в состав лечебно-профилактических средств того времени древней народной медицины Востока входило множество компонентов природного происхождения.

По мере развития медицинской науки пищевые продукты стали рассматриваться как набор фармакологических веществ, регулирующих разнообразные функции организма, в связи с чем возникла пограничная область знаний между диетологией и фармакологией – так называемая фармаконутрициология. В 1989 году доктор Стивен де Фелис, основатель Фонда инноваций в медицине (FIM) впервые предложил термин нутрицевтика, как производное двух слов «питание» и «фармацевт». Академик А.В. Тутельян предложил термин называть фармакологические активные вещества, получаемые из пищевых продуктов «биологически активные добавки». Диетологи первыми из врачей начали назначать БАДЫ, что связано с эпидемией ожирения среди населения, позже к ним присоединились эндокринологи, гастроэнтерологи, неврологи, реабилитологи и врачи других специальностей.

Существует не одна классификация БАДов, в основу которых положены состав, физиологическое действие, способы получения, форма производства. Ниже приводится более общая классификация БАДов, которая разделяет их на три группы. Первую группу составляют источники основных пищевых веществ, так называемые нутрицевтики, к ним относятся аминокислоты, белки,

витамины и микроэлементы, пищевые волокна и полиненасыщенные жирные кислоты. Вторая группа БАДов содержат природные компоненты растительного и животного происхождения и называются парафармацевтиками. Они проявляют седативное, тонизирующее, общеукрепляющее и другие эффекты для поддержания нормальной физиологической деятельности организма. Третья группа БАДов представлена пробиотиками и их метаболитами (метабиотиками). Их основное физиологическое действие направлено на восстановление содержания количественного и качественного состава микробиоты ЖКТ для обеспечения нормального функционирования органов пищеварения и иммунной системы.

Физиологические эффекты БАДов обусловлены их многообразной биологической активностью в человеческом организме. Эти вещества могут служить субстратом для биохимических реакций, кофактором ферментативных реакций или их ингибитором, выполнять роль абсорбентов или секвестрантов токсичных веществ; лигандов, активирующих или подавляющих активность рецепторов; стимуляторов абсорбции и/или стабилизаторов основных питательных веществ; селективных факторов роста нормофлоры или ингибиторов роста и размножения условно-патогенных микроорганизмов кишечника.

Таким образом, благодаря такому широкому спектру физиологических эффектов, БАДы применяются в кардиологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, нефрологии, ревматологии, пульмонологии, онкологии, гинекологии, психиатрии, офтальмологии, дерматологии.

Одновременно следует признать, что БАДы могут приносить не только пользу, но являться опасными для здоровья человека. Например, при лечении ожирения в БАДах были обнаружены наркотики, психотропные вещества, слабительные и мочегонные средства. Также биодобавки могут взаимодействовать с лекарственными препаратами, ослабляя или усиливая их действие. А, с учетом того, что БАДы часто выдают за лекарства, пациент обращается ко врачу уже на стадии тяжелых необратимых изменений в его организме.

Такая ситуация связана с легкой доступностью и относительно невысокой ценой большинства из них, широким спектром названий одних и тех же биодобавок, их многокомпонентный состав, что затрудняет для потребителя идентификацию каждого компонента. Усугубляет такую ситуацию отсутствие у врача информации о принимаемых пациентом БАДах, так как больной не считает их лекарствами и уверен в их безвредности для здоровья. Особую опасность представляют случаи, связанные с одновременным приемом лекарственных препаратов и средств народной медицины. Среди населения бытует устойчивое мнение, что любые растительные препараты являются естественными природными средствами и относятся к проверенным временем методам народной медицины, могут быть даже более активными и безопасными, чем современные фармакологические средства. Однако, эти представления далеки от истинного положения вещей.

Другая опасность приема БАДов - это скрытое добавление в их состав лекарственных средств. Например, в биодобавку для похудения вводятся

психотропные вещества, подавляющие чувство голода, для повышения потенции – силденафил, для набора веса и мышечной массы – анаболики. Скрытие наличия в БАДах лекарственных препаратов связано с обязательным регистрацией их в таких случаях в качестве лекарства. Но при приеме биодобавок, особенно длительном, высокий риск развития серьезных осложнений, связанных с передозировкой лекарств, включенных в состав БАДа, о чем не подозревает потребитель.

В ряде случаев одним из органов – мишеней, повреждающихся при приеме БАДов, являются почки. По данным врача - нефролога А.А. Лаптенковой, в Европе известны случаи развития терминальной почечной недостаточности у лиц женского пола на фоне приема некоторых китайских трав при лечении ожирения, что связали с наличием в этих травяных сборах аристолохиевой кислоты, несмотря на то, что нефротоксичность этой кислоты была убедительно доказана еще в 70-х годах XX века. Особенностью такой нефропатии является раннее развитие и быстрое прогрессирование ПН в сочетании с канальцевой дисфункцией, небольшой протеинурией, глюкозурией, часто без развития АГ. Морфологические проявления аристолохиевой нефропатии выражаются в атрофии канальцев и фиброзе тубулоинтерстиция. Кроме этого, пациенты, применяющие БАДы на основе китайских трав, имеют повышенный риск развития злокачественной опухоли мочевыводящих путей. Диагностика и лечение нефропатии на фоне приема БАДов подчиняется современным стандартам, применяемым при подозрении на тубулоинтерстициальное поражение почек с акцентом на нефропротекцию.

В нашей клинике наблюдались несколько женщин среднего возраста с острым и хроническим тубулоинтерстициальным нефритом на фоне употребления папайи с целью похудения. В комплексную терапию этих пациентов входила пульс- терапия ГКС, нефропротективная терапия, включающая препараты, подавляющие активность РААС, донаторы оксида азота, средства, улучшающие микроциркуляцию в клубочках, а в наиболее тяжелых случаях - сеансы трансмембранного плазмофереза. Исходом в случае острого ТИН был переход в хронический ТИН с последующим ранним развитием во всех случаях ХПН, что потребовало проведения сеансов гемодиализа.

Таким образом, у пациентов, принимающих БАДы следует учитывать факторы риска развития нефропатии, проводить мониторинг функционального состояния почек, и, при необходимости, назначать в наиболее ранние сроки современную активную нефропротективную терапию.

ТРИГЕМИНАЛ НЕВРАЛГИЯЛАРДА ОҒРИҚ ПАРОКСИЗМИНИ БАҲОЛАШ

Ҳайдаров Н.Қ., Абдуллаева М.Б., Чориева Ф.Э.

Тошкент давлат стоматология институти

edikos.87@gmail.com

Кириш. Тригеминал невралгиялар уч шохли нервнинг сурункали касаллиги бўлиб, нерв иннервация соҳасида юқори интенсивликдаги санчувчи

оғриқ хуружлари билан кечади. Халқаро Оғриқни Баҳолаш Ассоциацияси (IASP, International Association for the Study of Pain) таърифига кўра тригеминал невралгия (ТН) бу уч шохли нерв бир ёки бир неча шохи бўйлаб юзнинг бир томонида тўсатдан пайдо бўлувчи қисқа ва ўткир оғриқ пароксизмидир. Тригеминал невралгия кенг тарқалган. 100 000 аҳолига 30-50 нафар беморни ташкил қилади. БТБ маълумотиغا кўра ҳар 10.000 аҳолига 2-4 беморни ташкил қилади.

Тадқиқот мақсади: Тригеминал невралгия билан касалланган беморларнинг оғриқ пароксизмини баҳолаш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Клиник тадқиқотда 23 ёшдан 80 ёшгача бўлган 28 нафар бемор (12 нафар эркак ва 16 нафар аёл) иштрок этган. Оғриқ синдромини баҳолаш учун (ВАШ) визуал аналогли шкаласи, PainDetect ва Мак-Гилл сўровномасидан фойдаланилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Тадқиқотимиз натижаларига кўра, оғриқ пароксизмлари 40% эркакларда ва 60% аёлларда яъни 1.5 баравар кўпроқ ҳолларда кузатилди. Тадқиқот гуруҳларимиз беморларининг 70% ўрта ва қари ёшдаги беморлардан иборат бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши $50,8 \pm 19,05$ ёш, аёлларнинг ўртача ёши эса $55,5 \pm 13,03$ ёшни ташкил қилди. Оғриқ пароксизми латерализация бўйича кузатилганда ўнгда 53,5% (15 нафар пациентда) ва чапда 47% (14 нафар пациентда) учради. Уч шохли нерв тармоқлари зарарланиши ўрганилганда энг кўп иккинчи тармоқ (42,5%), иккинчи ўринда эса учинчи тармоқ (32,5%) ва кам ҳолларда (20%) биринчи тармоқ зарарланиши кузатилди. Мак-Гилла шкаласи параметрларини ўрганиб чиққанимизда кўпчилик пациентлар (80%) 25 балл ва ундан юқори 20% респондентлар 20 дан 25 баллгача йиғишди. ВАШ шкаласи бўйича ўртача оғриқ 20% беморларда, кучли оғриқ 62% ва жуда кучли оғриқ 18% беморларда кузатилди.

Хулосалар: Тригеминал невралгиялар кўпроқ ўрта ва катта ёшдаги беморларда учраб 70% ҳолатни ташкил қилади. Гендер таққослашда аёлларда 60% устунлик билан кузатилади. Тригеминал невралгия латерализацияси бўйича кўпроқ чап юзда учраши аниқланди.

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖНИНГ ВА ИНСУЛТНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ДОЛЗАРБ МУОММОЛАРИ

Хидоятова Д.Н., Абдужамилова Р.М.

Республика шошилинч тез тиббий ёрдам илмий маркази

Тошкент Давлат стоматология институти

Тиббиёт ходимларининг касбий ривожлантириш маркази

Dilbar.khidoyatova@mail.ru

Ismailova.rano@mail.ru

Мия қон томирлари инсулти муаммоси бутун дунёда фавқулодда ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда [1]. ТИХ, инсулт олди ҳолати бўлиб уни ривожланиш хавфини 30% гача оширади, бу умумий аҳоли

сонидан 9 барабар ошади [2]. Инсулт хавфини баҳолаш учун ТИХдан кейинги инсултни эрта ривожланиш хавфини баҳолаш ва шифохонага ётқизилиши керак бўлган беморларни аниқлаш учун фойдаланиладиган махсус ABCD 2 ўлчови таклиф қилинган. Ушбу ўлчов 60 ёшдан ошган, қон босими 140/90 мм симоб устунидан юқори бўлганлигини, клиник симптомларнинг мавжудлигини, 60 дақиқадан кўпроқ вақт давомида симптомларнинг давомийлигини, диабетни ҳисобга олади. ТИХ билан оғриган беморлар 2 ва ундан юқори балл билан кейинги текшириш ва даволаниш учун шифохонага ётқизилиши керак [5]. ТИХ сабаблари кўп қиррали. Бунга қуйидагилар киради: артериал гипертензия, юрак касаллиги, атриал фибрилляция, анамнездаги миокард инфаркти, дислиппротеинемия, қандли диабет, уйқу артерияларининг симптомсиз касаллиги, миянинг майда томирлари патологияси, бўйин остеохондрози, чап қоринча аневризмаси, юракнинг сунъий клапани, юрак клапанларнинг ревматик зарарланиши, бактериал эндокардит ва бошқалар. ТИХ ривожланишида турмуш тарзи билан боғлиқ хавф омиллари ҳам муҳим рол ўйнайди: тамаки чекиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш, ортиқча вазн, контрацептив воситалардан фойдаланиш, нотўғри овқатланиш, рухий стресс, мигрен [2,3,5,7].

Ҳозирги вақтда мияда қон айланиши бузилишини бирламчи ва иккиламчи олдини олишнинг мавжуд усуллари консерватив ва жарроҳлик турларига бўлиш мумкин. Кўп сонли тасодифий текширувларда каротид стенози, транзитор ишемик хуружлар ва кичик инсулт бўлган беморларда (60-70% дан ортиқ) мия қон айланиши бузилишини иккиламчи профилактикаси учун жарроҳлик йўли билан тузатиш самарадорлиги исботланди [8,9]. Кўпгина муаллифлар [8,9 ва бошқалар] ўзларининг тадқиқотларида атеросклеротик каротид стенозини жарроҳлик йўли билан тузатишнинг клиник неврологик ва нейрпсихологик функцияларга ижобий таъсирини қайд этдилар.

Жарроҳликдан олдин барча беморлар уйқу артерияларининг ултратовуш текширувидан ўтишлари керак, шундан сўнг жарроҳлик даволаш усулини танлаш масаласи ҳал қилинади. Жарроҳлик даволаш тўғрисида қарор қабул қилишда мия томирлари стенозининг даражаси, атеросклеротик жароҳатларнинг тарқалиши, беморнинг ёши ва ёндош соматик касалликларнинг мавжудлиги доимо ҳисобга олинади. Барча жарроҳликлар мия томирлари стенозини йўқ қилишга қаратилган ва 2 турга бўлинади: каротид эндартеректомия (КЭЭ) ва алтернатив равишда КЭ га муқобил стент жойлаштирилган минимал инвазив эндоваскуляр аралашувдир (Smout J., 2010) Ишемик инсултни олдини олиш учун каротид ангиопластика ва стентлаш. (КАС) 1980-йилларнинг ўрталаридан бери ишлатилади. КАС манипуляцияларнинг оғриғини ва шифохонада бўлиш муддатини пасайтиради, шунингдек, КЭЭ билан таққослаганда жарроҳликдан кейинги изларни қолдирмайди. Умумий беҳушликка эҳтиёжнинг йўқлиги эндоваскуляр техниканинг яна бир катта афзаллиги. Мия томирларини стентлашда замонавий рентгенологик эндоваскуляр ёндашувлар касаллик бошлангандан сўнг операцияларни иложи борича тезроқ амалга оширишга имкон беради ва беморларни синчковлик билан танлаш билан бу усул кекса беморлар учун жуда самарали [8,9]. Шундай қилиб, аҳолининг ТИХ белгилари тўғрисида

хабардорлигининг пастлиги унинг ривожланиши билан беморларни шифохонага кеч ётқизиш учун сабаб бўлиши мумкин ва шу билан инсултнинг пайдо бўлишига ёрдам беради ва даволаш самарадорлигини пасайтиради. Амалий қўлланишда содда бўлган ABCD2 шкаласидан фойдаланиш (ёши, артериал гипертензия, парезия ва афазия борлиги, аломатларнинг давомийлиги 60 дақиқадан кўпроқ, қандли диабет), ушбу беморларни касалхонага ётқизиш учун прогностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Инсултнинг иккиламчи профилактикасини иложи борича эрта бошлаш керак, чунки ТИХ билан оғриган беморларда ишемик инсултнинг кўпи касалликдан кейинги биринчи кунларда содир бўлади. Бундай чоралар дори терапиясига самарали муқобил эканлигини ҳисобга олиб, беморлар ва дори терапиясини олаётган беморларнинг ҳолатини динамик равишда ўрганиш билан солиштириш шубҳасиз қизиқиш уйғотади, қисқа ва узоқ муддатли таъсирларни ўрганиш керак, кейинчалик неврологик дефицит ва когнитив бузилиш динамикасини аниқлаштириш талаб этилади. ТИХ билан касалланганларни даволашнинг мақсади кейинги ТИХ ва инсульт ривожланишининг олдини олишдир. Ушбу муаммони ўрганиш инсультга чалинган беморларни аниқ диагностика қилиш, профилактика қилиш ва даволашнинг замонавий мақбул усуллари танлаш учун аниқроқ мезонларни тақдим этиши мумкин.

Адабиётлар:

1. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю. Лечение и профилактика ишемического инсульта- достижения и перспективы. М. Журнал Доктор РУ. 2013;5:7-12.
2. Ганнушкина И.В. Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. М. Медицина. 1987;224.
3. Гафуров Б.Г. Клинические лекции по неврологии. 2016;160.
4. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М. Медицина. 1997;228.
5. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения профилактики. М. Медицина. 2002;208.
6. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии М. Медицина. 1997;228.
7. Падабед Д. А. Оценка состояния когнитивных функций больных, перенесших реконструктивные операции на сонных артериях. Дисс. ... канд. мед.наук. Челябинск. 2008;117.
8. Скворцова В.И., Шамалов Н.А. Современные подходы к ведению больных со стенозами сонных артерий. Consilium medicum. 2007;9(8):11-14.
9. Скворцова В. И., Стаховская Л.В. Современные подходы к профилактике инсульта. Журн. «Качество жизни». 2004;4(7):45.

БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИДА УЧРОВЧИ КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

Хикматуллаева Ш.Ш., Хайдаров Н.К., Абдуллаева М.Б., Актамова М.У.

Тошкент давлат стоматология институти

Кириш. Цереброваскуляр касалликлар ичида бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши яъни бош мия инсульти алоҳида ўринга эга. Инсулт бу аҳолининг меҳнатга лаёқатини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализациясига олиб келувчи беморларнинг турғун ногиронлигига, уларнинг оилаларида ҳаёт сифатининг пасайишига ва давлатни сезиларли иқтисодий харажатларига сабаб бўлувчи паталогиядир. Бош мия қон айланиши ўткир бузилиши содир бўлган беморларни даволашда нейропротекция катта аҳамият касб этиб, даволашнинг ҳамма босқичларида амалга оширилиши мумкин. БМКАЎБларни даволашда кўплаб ноотроп препаратлар қўлланилади. Шулардан бири Трикортин дори воситаси бўлиб, унинг таркибий қисми чўчка мияси фосфолипидлари ва цианкоболаминдан иборат. Фосфолипидлар бош мия хужайралари мембрана метаболизмини фаоллаштиради, нейротрансмиттер алмашинувини тезлаштиради ҳамда эндоген фосфолипидлар ва глюкоза метоболизмини яхшилади.

Тадқиқот мақсади: БМКАЎБ билан касалланган беморларнинг когнитив бузилишларини баҳолаш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Клиник тадқиқотда 30 ёшдан 73 ёшгача ўртача $59,3 \pm 6,58$ ёш бўлган 80 нафар бемор (34 нафар эркак ва 46 нафар аёл) иштирок этди. Инсулт билан хасталанган беморларда когнитив бузилишларни объективлаштириш учун руҳий статусни баҳолаш шкаласи MMSE (Mini-Mental State Examination) ни қўллаш билан майда қисмларгача ўрганилган ва Монреалкогнитив баҳолаш шкаласи (MoCA-тест) нейропсихологик текширишлари ўтказилди. Тадқиқотда иштирок этган барча беморларга ИИ ташхиси невровизиуализацион текширишларга (магнит резонанс томографи ва компьютер томографи) асосланиб қўйилган ва икки гуруҳга бўлинди. Биринчи асосий гуруҳ беморлари (40 нафар) инсултнинг ўткир даврида Трикортин 1000 мг дозада мушак орасига 10 кун давомида қабул қилишди ва кейинчалик препарат йил давомида бир неча курсларда ҳар 3,6,9 ойда аналогик схема асосида қабул қилишди. Иккинчи гуруҳ назорат гуруҳи беморларимиз комплекс даво билан бирга трикортин қабул қилишмади ҳамда асосий гуруҳ беморлари каби бир хил тартибда кузатилди. Барча беморлар ИИ гомеостазни нормаллаштирувчи ва церебрал гемодинамикани яхшиловчи базис терапияси қабул қилишди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Тадқиқотда иштирок этган барча беморларнинг соматик ва неврологик статуслари тўлиқ текширилди. Қўлланилган дори воситасининг самарадорлигини текшириш учун комплекс нейропсихологик тестлар (MMSE (Mini-Mental State Examination), 10 та сўзни эслаб қолиш тести, Монреалкогнитив баҳолаш шкаласи (MoCA-тест) инсултнинг 1—7-чи суткалари (ташриф 0), сўнг 3 (ташриф 1), 6 (ташриф 2), 9 (ташриф 3) ва 12 ой (ташриф 4). Тадқиқот давомида беморларнинг ҳаётий функциялари (қон босими, электрокардиография) ва лаборатория параметрлари (гемоглобин, эритроцитлар миқдори, креатинин, билирубин, глюкоза, жигар трансaminaзалари, оксил, коагулограмма) ноҳўя ҳодисалар ва ноҳўя таъсирларини баҳолаш учун кузатилди.

Хулосалар: МоСА тести бўйича когнитив ҳолатни баҳолаш усули энг маълумотли бўлиб, у ўртачава аҳамиятсиз даражадаги когнитивдисфункцияларни тасхислашда ўзиниижобий исботлади.(масалан, MMSE билан солиштирганда). Ушбу синов усули янада сезгир бўлиб чикди ва тадқиқотдаиштирок этаётган беморларни текшириш натижасига мос келадиган маълумотни кўрсатди. МоСА тестига кўра,когнитив бузилишлар асосий ва назорат гуруҳларига мос равишда 27 (68%) ва 32 (80%) беморларда кузатилган. Инсултни ўткир давридаги одамларнинг умумий сонидан аниқланди.Трикортинни кўллаш фонида 1чи гуруҳ беморларида когнитив бузилишларнинг регрессияси йил давомида, эрта тикланиш даврида интенсивроқ кузатилади. 6 ойлик кузатувдан сўнг асосий гуруҳдаги 18 (45%) беморларда ва назорат гуруҳидаги 33 (83%) беморларда когнитив бузилишлар аниқланди. Йил охирига келиб,асосий гуруҳдаги 24 (60%) беморда когнитив бузулишлар регрессияга учради. Назорат гуруҳида деярли ижобий динамика кузатилмади,тадқиқот даври охирига келиб,когнитив бузилишлар 34 (85%) беморда кузатилди, бундан ташқари, иккинчи ташрифдан бошлабкогнитив ҳолатнинг бироз регрессияси кузатилди. Гуруҳлараро ташрифлар (2-4 ташрифларда) таққослашлар статистикаҳамиятга эгаэканлигини кўрсатди.Шундай қилимб, Трикортин препарати мия қон томир касалликлари жумладан ишемик инсултларни даволашда истиқболли бўлиб,таъсирланган нейронларни ҳимоя қилишга, шикастланган тўқималарнинг метоболизмини нормаллаштиришга олиб келади.Препаратни эрта кўллаш неврологик ҳолатни тезроқ ижобий динамикасига ёрдам беради, беморларнинг функционал мустақиллигини оширади ва Трикортиннинг такрорий курслари когнитив функцияларни барқарорлаштириш ва тиклашга ёрдам беради. Нейронлар зарарланишида цитопротекцияни таъминлайди, эрта тикланиш даврида хужайра метоболизмини яхшилайдива хужайралараро алоқаларни тиклашга ёрдам беради.Кеч тикланиш даврида ва миянинг сурункали қон айланиш бузилиши касалликларида нейрон хужайраларининг метоболизмини ва ремиелинизация жараёнларини сақлашга ёрдам беради.

Тадқиқотимиз Трикортин препаратини ИИнинг ўткир,эрта ва кеч тикланиш даврларида самарадорлигини кўрсатди.Трикортин препаратини бир йил давомида 4 марта такрорий курслар (10 кунлик курслар) билан қабул қилиш инсултдан кейин кузатиладиган когнитив бузилишларга қарши сезиларли профилактик таъсир кўрсатади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С. Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. ХГБ — одно из самых распространенных неврологических заболеваний. ХГБ значительно влияет на качество жизни пациента, сказывается на работоспособности и материальных затратах. Кроме того, является и фактором риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Отсутствие приверженности к лечению — нередкое явление среди пациентов с ХГБ. Таким

образом можно сказать, что существует потребность в нефармакологических методах терапии ХГБ.

Цель исследования: Оценить эффективность иглотерапии на частоту приступов и количество используемых анальгетиков у больных с хронической головной болью.

Материал и методы: Исследования проводилось среди 60 пациентов, 45(75%) женщин, и 15 мужчин (25%) в возрасте 18-60 лет с диагнозом «хроническая головная боль». Пациенты были разделены на 2 группы: в группе иглотерапии 30 пациента и в группе контроле 30. Первая, контрольная группа пациентов продолжала принимать обычные лекарственные препараты. Второй группе кроме препаратов, проводились сеансы иглоукалывания. Состояние пациентов оценивали до лечения, через 4 и 16 недели от его начала.

Результаты: выяснилось, что частота и интенсивность приступов мигрени, у пациентов которым было добавлено в лечения иглоукалывания, была меньше на 43%, чем в контрольной группе. У пациентов, которые продолжали лечиться таблетками, интенсивность головной боли уменьшилась всего лишь на 16%. Достаточно важным побочным результатом этого исследования стало более редкое обращение пациентов, принимавших сеансы иглоукалывания к врачам, чем в группе сравнения.

Выводы: Анализ полученных результатов показал, что регулярное применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении различных хронических головных болей вызывает значительное улучшение состояния пациента. Особенно это касается мигрени, а также головной боли напряжения. Также важен и фармако-экономический итог этого исследования. Иглоукалывание, конечно, требует времени, и соответствующей квалификации специалистов. Но при этом – это более дешевый метод, и что очень важно, лишённых побочных эффектов, свойственный практически всем лекарственным препаратам.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ТАШКЕНТЕ

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С. Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается самой высокой по сравнению с экономически развитыми странами, как среди мужчин, так и среди женщин. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является, исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность ХСН в общей популяции составляет 1,5-2,0%, однако среди лиц старше 65 лет она достигает 61%. Несмотря на значительные достижениям лечения сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность ХСН не только не снижается, но неуклонно возрастает. Отчасти это связано с постарением населения развитых стран мира в связи с увеличением продолжительности жизни. Ожидается, что в ближайшие 20-30 лет распространенность ХСН возрастет на 40-60%. За последние годы

распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Узбекистане существенно не изменилась, в то же время уровень эмоционального стресса существенно увеличился. Ф. В. Погосова (2002) подчеркивает, что депрессия - это новый фактор риска и предиктор коронарной смерти. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации человека. Их сочетание является достаточно известным в клинической практике фактом и подтверждено многочисленными популяционными исследованиями. По данным ряда авторов, у пациентов с ХСН, обследованных амбулаторно, распространенность депрессии колеблется от 24 до 40%. При этом у 19% больных с выраженной ХСН обнаруживается большое депрессивное расстройство и у 9% - менее выраженное депрессивное расстройство.

Цель. Изучить распространенность депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп на фоне хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 200 пациентов старших возрастных групп, страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III ФК по NYHA. Возраст исследуемых пациентов: 60–87 лет. С целью выявления депрессивных расстройств, всем пациентам было назначено исследование с применением психометрических шкал HADS и шкалы Бэка. Кроме того, для подтверждения диагноза депрессии были проведены консультации психотерапевта. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК и ОССН. Для определения функционального класса ХСН и оценки толерантности к физической нагрузке использовался тест 6-минутной ходьбы.

Результаты. Депрессивные расстройства были выявлены у 48,5% обследованных пациентов. Данные нашего исследования подтвердили широкую распространенность депрессивных расстройств у лиц старших возрастных групп, описываемую в различных отечественной и зарубежной литературы. Это говорит об актуальности исследуемой проблемы и необходимости своевременного выявления данной патологии у пациентов старших возрастных групп с целью последующей коррекции.

Выводы. Выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих ХСН II–III ФК по NYHA. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм исследования пожилого пациента диагностические шкалы, которые могли бы выявить наличие тревожно-депрессивных расстройств на уровне поликлиник и стационаров. Для выявления депрессий мы рекомендуем использовать диагностические шкалы: HADS – для скрининга депрессии и шкалу Бэка – для подтверждения диагноза. При выявлении депрессивных расстройств по результатам данных шкал, рекомендуется направить пациента к психотерапевту для подтверждения диагноза депрессии назначения соответствующей медикаментозной терапии.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Шамсиев Д.Ф., Рахимова Г.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

dfshamsiev@mail.ru

Физиологические процессы в организме беременных, связанные с изменением гормонального статуса, могут влиять на активность некоторых медиаторов, участвующих в развитии воспалительной и аллергической реакций. При этом по литературным данным каждая пятая беременность сопровождается ринитом. Однако не всегда заложенность носа при беременности должна интерпретироваться как ринит беременных, так как может быть вызвана заболеваниями околоносовых пазух, глотки или аллергическими реакциями. Главная причина развития вазомоторного ринита при беременности – изменение гормонального фона женщины.

К другим причинам, способствующим развитию ринита относится экологический фактор: женщины, которые живут в местах высокого промышленного загрязнения, используют моющие средства, косметику или бытовую химию с агрессивным составом, больше подвержены заболеванию. Еще одна причина это еда и напитки: выраженная реакция может возникнуть в ответ на действие пряностей, консервантов, алкоголя и усилителей вкуса. Лекарственные препараты: во время приема анальгетиков, сосудосуживающих капель, препаратов для снижения кровяного давления, жаропонижающих и противовоспалительных средств существует высокая вероятность развития вазомоторного насморка. Также метеочувствительность: если до зачатия женщина реагировала на изменения погоды, в период беременности эта чувствительность может обостряться. Анатомические особенности строения носовой полости: искривления и повреждения носовой перегородки, аденоиды, полипы и кисты провоцируют развитие патологии. К развитию специфических форм вазомоторного ринита могут приводить изменения фонового уровня различных эндогенных гормонов (половых, гормонов щитовидной железы, гипофиза и т. д.), участвующих в регуляции кровотока в сосудах полости носа. Наиболее известной и широко распространенной формой такого ринита является ринит беременных. Предполагают, что эстрогенные гормоны, ингибируя ацетилхолинэстеразу, повышают в крови уровень ацетилхолина, воздействие которого в итоге и проявляется дилатацией и переполнением кавернозной ткани носовых раковин, отеком и гиперсекрецией слизистой оболочки носа. Кроме того, повышенная продукция эстрогенов снижает метаболический клиренс глюкокортикостероидных гормонов, в результате чего уровень свободного кортизола в крови возрастает в 3–4 раза, и этот фактор теоретически может подавлять симптомы аллергических заболеваний во время беременности. Изменения гормонального статуса могут влиять на активность некоторых медиаторов, участвующих в осуществлении воспалительной и аллергической реакций. Известно, что в I триместре беременности плацента способна вырабатывать большие количества диаминооксидазы (гистаминазы), в результате чего в этот период снижается содержание сывороточного гистамина,

но пока не совсем ясно, каким образом этот механизм может быть связан спатогенезом ринита беременных. Результатом этого могут стать резкая манифестация назальной гиперреактивности, приводящая к быстрому развитию тахифилаксии даже при кратковременном использовании сосудосуживающих капель, и усиление симптомов уже имеющегося аллергического ринита. Аллергические заболевания являются актуальной медико-социальной проблемой во всем мире, что обусловлено высокой распространенностью, необходимостью проведения адекватной терапии и постоянного мониторинга состояния пациента с целью профилактики обострения. Немаловажной является проблема аллергических заболеваний у беременных.

Цель работы. Определить причины возникновения и особенности течения ринита беременных.

Материал и методы. Группу исследования составили 40 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели с симптомами ринита, которые возникли впервые при беременности и прошли в течение 2 недели после родов.

Группу сравнения составили 20 здоровых беременных женщины в возрасте от 20 до 30 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели без симптомов ринита.

Всем пациенткам проводился: сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, клинический анализ крови, цитологическое исследование назального секрета, определение времени мукоцилиарного транспорта назального секрета с помощью сахаринового теста, микробиологическое исследование отделяемого из полости носа, а также анализ катamnестических данных путем телефонного опроса.

Результаты. В группе больных с ринитом беременных жалобы на заложенность носа возникали в среднем с 2-й по 30-ю неделю беременности, в среднем на сроке $10,4 \pm 3,2$ недели. При этом у 16 женщин (53,3%) — в первом триместре, у 8 женщин (26,6%) — во втором триместре, а у 4 женщин (20%) — в третьем триместре и беспокоили на момент обращения к врачу на протяжении в среднем $3,7 \pm 0,8$ месяца.

Среди обследованных женщин (33,3%) использовали интраназальные деконгестанты в среднем на протяжении $8,4 \pm 2,1$ недели. Длительное использование α_2 -адреномиметиков вызвало развитие медикаментозного ринита, что затрудняло дифференциальную диагностику ринита при беременности. Однако при катamnестическом исследовании выявлено, что симптомы ринита купировались самостоятельно в течение 2 недели после родов, что подтверждает наличие у пациенток ринита беременных, а развитие медикаментозного ринита явилось следствием неконтролируемого использования лекарственных средств при беременности.

При эндоскопическом осмотре ЛОР-органов в группе беременных женщин с ринитом отмечалась гиперемия слизистой полости носа и отек слизистой нижних носовых раковин. При этом эти показатели превышали данные показатели в контрольной группе. Таким образом, получены достоверные различия выраженности изменений в полости носа в группе исследования и в контрольной группе: $3,7 \pm 0,6$ и $0,8 \pm 0,4$ балла по визуальной аналоговой шкале

соответственно. Искривление перегородки носа наблюдалось у 8 женщин (26,6%) случаев и достоверно превышало данный показатель в группе исследования 3 женщины из 20 (15%) случаях в контрольной группе.

Выводы. Возникновение симптомов ринита беременных чаще наблюдалось в I триместре беременности, в среднем на $11,9 \pm 2,1$ неделя беременности и в большинстве случаев не имело очевидной причины, что требует анализа влияния различных факторов на появление ринита. Во всех случаях беременных женщин беспокоила заложенность носа различной степени выраженности, как правило, на протяжении всего дня, с усилением выраженности жалоб в горизонтальном положении. Заложенность носа приводит к затруднению носового дыхания и дыханию через рот, что обуславливает сухость слизистых и першение в горле. Назальная обструкция может являться причиной головной боли, дневной усталости и нарушения сна. Все это способствует снижению качества жизни у беременных

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У НОВОРОЖДЁННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенческого филиала

Одна из ведущих причин экстренной госпитализации новорожденных – острые процессы в брюшной полости. В отделение хирургии новорожденных Ташкентская городская детская хирургическая клиническая больница № 2, ежегодно госпитализируется 12–17 детей с осложненным течением некротического энтероколита. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 77 новорожденных с клиникой энтероколита (за 2018–2021 годы). У 61 ребенка была выявлена перфорация различных отделов кишечника. Основную группу составили 16 детей с неперфоративным перитонитом, из них в возрасте до 7 дней – 10 (63%), в возрасте 1–3 нед – 6 (37%). У 1 ребенка масса тела при рождении составляла <1 кг, у 4 – от 1 до 2 кг, а у 11 новорожденных – более 2 кг; 75% детей имели гестационный возраст более 32 нед. У большинства детей (88%) процесс локализовался в тонкой кишке, причем в 13% случаев выявлено изолированное поражение тощей кишки, в 6% – подвздошной, в 37% – тотальное поражение тонкой кишки, а в 19% – сочетанное поражение дистального отдела подвздошной кишки и илеоцекального угла. Воспаление меккелева дивертикула наблюдалось в 13% случаев, а в 12% была поражена толстая кишка. Во всех случаях в брюшной полости обнаружен воспалительный выпот. Хирургическая тактика была следующей: 4 детям был наложен прямой межкишечный анастомоз, 2 – дистальная илеостома, 2 – аппендикостома, 1 – гастростома, 1 (по тяжести состояния) – лапаростома. В 3 случаях произведено рассечение спаек. Удаление меккелева дивертикула в одном случае произведено лигатурным способом, в другом – путем резекции с наложением прямого анастомоза. На основании проведенного ретроспективного анализа можно сделать вывод, что у новорожденных детей с осложненным энтероколитом возможно лечение путем одномоментного

восстановления целостности кишечной трубки с декомпрессией пораженной кишки.

СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенчского филиала

Актуальность: Лечение переломов проксимального конца плечевой кости у детей представляет собой один из актуальных вопросов современной травматологии.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения переломов проксимального конца плечевой кости у детей на основе усовершенствования методов диагностики и внедрения в клиническую практику методов металло остеосинтеза.

Материалы и методы исследования: За период с 2016 по 2020 годы в отделение травматологии, ортопедии и последствий травм областной больницы г. Ургенча находились на лечение 25 больных с переломами проксимального конца плечевой кости у детей. Из них от 5 до 7 лет, больных детей 2 (8%); от 7 до 11 лет- 7 (28%) больных; и в возрасте от 11 до 14 лет 16 (64%) больных.

Всем больным проведено клиническое, рентгенологическое и антропометрическое исследование до и после лечения на различных сроках.

Для оперативного лечения больных была разработана методика стабильно-функциональный остеосинтез при сохранности движение сустава.

После вскрытия области перелома, освобождается поверхность *костных отломков от* мягких тканей и сопоставляются. В сагиттальной плоскости под углом 120° перекрестно проводится 2 спицы, а третья спица проводится по направлению с верхом вниз интрамедуллярно. После определения стабильности фиксации, кожа и мягкие ткани послойно сшиваются. От верхне-средней и средней трет плечевой кости во фронтальной плоскости параллельно с расстоянием 5-6 мм проводится 2 спицы и закрепляется на 2 полукольца аппарата Иллизарова. После чего перекрестно, интрамедуллярно проведенные 2 спицы дугообразно сгибая закрепляется на спиц натягиватель.

Результаты: При повторном исследовании на рентген снимке наблюдалось: у 15 больных полное сращение костных отломков, у 8 больных сращение удовлетворительно, и у 2 больных медленное сращение костных отломков.

Применение функционального без иммобилизационного способа лечения с индивидуальным остеосинтезом спицами, введенными через надмышечки плечевой кости позволяет совместить по времени консолидацию перелома с восстановлением функции плечевого сустава, получить хорошие анатомические и функциональные результаты в 96% случаев, значительно сократить длительность стационарного лечения.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГАНГРЕНЫ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенческого филиала

Введение. Представлен клинический случай лечения пациента с критической ишемией левой нижней конечности, осложненной гангреной, с применением междисциплинарного подхода в виде совместного ведения больного врачами от-деления сосудистой и гнойной хирургии.

Цель. Продемонстрировать возможности междисциплинарного подхода к лечению пациента с критической ишемией левой нижней конечности, приведшей к развитию гангрены.

Материалы и методы. Мужчина 68 лет поступил в клинику сосудистой хирургии с жалобами на боль в левой нижней конечности. Данные объективного осмотра: гиперемия кожных покровов левой голени, некроз мягких тканей нижней трети левой голени, сухая гангрена левой стопы. Пульс на левой наружной под-вздошной артерии ослаблен, на бедренных и подколенной артериях отсутствует. Данные инструментальных методов исследования: при аортоартериографии слева наружная подвздошная артерия окклюзирована на протяжении 6 см, общая бедренная, глубокая бедренная артерии с неровными контурами, бедренная артерия окклюзирована от устья до нижней трети бедра. Диагноз: облитерирующий атеро-склероз артерий нижних конечностей, подвздошно-бедренная окклюзия слева, IV стадия заболевания. Проведенное лечение: гибридное оперативное вмешательство – реканализация, баллонная ангиопластика, стентирование наружной подвздошной артерии слева, аутовенозное реверсивное бедренно-подколенное шунтирование слева выше щели коленного сустава. На шестые сутки после реконструкции на фоне компенсации кровообращения в отделении гнойной хирургии пациенту была выполнена трансметатарзальная ампутация левой стопы с некрэктомией. Проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.

Результаты и их обсуждение. На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика в виде компенсации кровообращения в конечностях и состоятельности культи левой стопы. Лабораторные показатели за время лечения находились в допустимых диапазонах, явлений клинически значимых печеночной либо почечной недостаточности не отмечалось.

Выводы. Междисциплинарный подход к лечению гангрены вследствие критической ишемии нижних конечностей является эффективным, позволяет избежать высокой ампутации и сохранить опорную функцию стопы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОТЕХНОЛОГИЙ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.

Ташкентской Медицинской Академии Ургенческого филиала

Введение. Обследовано 115 больных с верифицированным диагнозом желчнокаменная болезнь от 35 до 80 лет. Основная группа – 55 человек, прооперированных лапароскопически; контрольная – 60 человек, прооперированных лапаротомически. Проведен анализ результатов

оперативного лечения и послеоперационного периода. Выявлено, что эндовидеохирургические вмешательства – метод выбора при холедохолитиазе.

Цель. Анализ ценности эндовидеохирургии при холедохолитиазе.

Материалы и методы. 115 больных с диагнозом ЖКБ разделены на основную группу (55 человек, прооперированных лапароскопически) и контрольную (60 человек, прооперированных лапаротомно). Критерии анализа: продолжительность операции; послеоперационный болевой синдром; длительность назначения анальгетиков; длительность пребывания в стационаре.

Результаты и их обсуждение. Болевой синдром в течение 6 часов после операции составил 2,41 балла в основной группе и 6,98 балла в контрольной. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). Длительность назначения анальгетиков в днях: основная группа – наркотические 1,37 и ненаркотические 1,98; контрольная – 3,36 и 4,17 соответственно. Пребывание в стационаре после лапароскопии – 7,1 дней, после лапаротомии – 10,96 дней. Длительность операции – 101,27 минут основной группы против 96,7 мин у контрольной.

Выводы. После лапароскопической операции менее выражен болевой синдром, сокращена длительность назначения анальгетиков и срок пребывания в стационаре. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). На продолжительность операции вид доступа не влияет. Эндовидеохирургия имеет преимущества и даёт хорошие результаты после операции, что даёт возможным считать их методом выбора у пациентов с ЖКБ.

ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ.

Юнусова Л.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
lolita_yunusova@mail.ru*

В мире также проводится ряд научных исследований, направленных на совершенствование магнитно-резонансной томографии и мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике кистозных образований шеи. Однако, необходима оценка и уточнение показаний к применению МСКТ и МРТ при кистозных образованиях шеи.

Цель исследования: определение роли МСКТ и МРТ в выявлении кистозных образований шеи.

Материал и методы. Нами обследованы 27 больных с кистозными образованиями шеи в возрасте от 26 до 45 лет ($12 \pm 0,4$), подвергнутые комплексному лучевому исследованию в филиале Многопрофильной клиники ТМА в период с 2017 по 2019 годы. По распределению пола: женщины – 12 (44,4%), мужчин - 15 (55,6%). Нозологические формы кистозных образований

шеи диагностированы и гистологически верифицированы у 27 больных, среди которых кистозный лимфаденит - 7(25,9%), ларингоцеле - 4(14,8%), паратиреоидные кисты - 2(7,4%), лимфангиома (кистозная гигрома) - 3(11,1%), киста тимофарингиального протока - 1(3,7%), а также у 10 больных (37%), симулирующих истинные кисты шеи гистологически доказаны карцинома щитовидной железы - 6(22,2%) больных, бронхиогенный рак- 4(14,8%). В рамках использованного протокола комплексного лучевого исследования проведены следующие модальности визуализации: МСКТ и МРТ.

Результаты. При помощи МСКТ были выявлены кистозные образования шеи такие, как: кистозный лимфаденит - 4, ларингоцеле - 4, паратиреоидные кисты - 2, лимфангиома (кистозная гигрома) - 6, киста тимофарингиального протока - 1. Но, из вышеперечисленных кистозных образований шеи КТ диагностировала лишь 17 случаев из 27, подтвержденных гистологической верификацией. При МРТ также дано заключения нозологических форм кистозных образований шеи в 27 случаях, что и нашло свое подтверждение при гистологической верификации. Их составили: кистозный лимфаденит - 11, ларингоцеле - 4, паратиреоидные кисты - 2, лимфангиома (кистозная гигрома) - 9, киста тимофарингиального протока - 1.

Выводы. КТ имеет высокое значение также в определении локализации, в меньшей степени распространенности кистозного образования шеи, тактики лечения, объема хирургического вмешательства. Однако, намного уступает магнитно-резонансной томографии в выявлении кистозных образований шеи.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ИСТИННЫХ КИСТ ШЕИ.

Юнусова Л.Р., Валиев Ш.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
lolita_yunusova@mail.ru*

В мире также проводится ряд научных исследований, направленных на совершенствование ультразвуковой диагностики, магнитно-резонансной томографии и мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике кистозных образований шеи. Но, необходима оценка и уточнение показаний к применению МСКТ и МРТ в дополнение к УЗИ.

Цель исследования: определить показания к применению МСКТ и МРТ в дополнение к УЗИ.

Материал и методы. Обследованы 121 больной с кистозными образованиями шеи в возрасте от 6 до 52 лет подвергнутые комплексному лучевому исследованию в филиале Многопрофильной клиники ТМА в период с 2017 по 2019 годы. Большинство обследованных больных составили женщины – 72. Истинные кистозные образования шеи гистологически подтверждены у 94 из 121 обследованных больных, в том числе у 49 тиреоглоссальные кисты шеи, боковые кисты у 31, дермоидные кисты у 14 больных. В рамках использованного протокола комплексного лучевого исследования проведены следующие модальности визуализации: серошкальная сонография, МСКТ и МРТ.

Результаты. Из 94 больных с гистологически верифицированными кистозными образованиями шеи, истинные кисты шеи УЗИ выявлены у 66 больных (70,2%). В том числе тиреоглоссальные кисты сонографически диагностированы у 32 больных (48,5%), боковые кисты у 20 больных (30,3%), дермоидные кисты у 14 больных (21,2%). С помощью МСКТ и МРТ истинные кисты шеи диагностированы у 94, в т.ч. у 51 (54,3%) -тиреоглоссальные кисты шеи, боковые кисты - у 29 (30,8%), дермоидные кисты - у 14 больных (14,9%).

Выводы. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность ультразвукового исследования в дифференциации истинных кистозных образований шеи составила 66,7%, 56% и 56,2% соответственно. МСКТ оказалась более чувствительной в выявлении срединных кист, в частности локализации тиреоглоссальных кист по отношению к подъязычной кости. Чувствительность, специфичность, прогностическая точность МСКТ составила 81,0%, 74,0% и 83,4% соответственно. Чувствительность, специфичность и прогностическая достоверность МРТ составили 91,7%, 79,1% и 89,2 % соответственно.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРОВАННОГО
АЛЛОГЕННОГО СУХОЖИЛЬНОГО БИОМАТЕРИАЛА ПРИ
ЗАМЕЩЕНИИ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ**

Анваров З.Л., Тастанова Г.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
zafar_anvarov07@gmail.com*

Современная пластическая хирургия нуждается в самых различных видах трансплантационных материалов, удовлетворяющих достаточно жестким требованиям, предъявляемым к их структуре, источникам получения и замещению в организме после пересадки. Несмотря на значительное распространение в пластической хирургии биополимеров и синтетических материалов, многие из них не могут заменить соединительнотканые трансплантаты из-за наличия осложнений после их применения, таких как нагноение, гематомы, гранулемы, дегенеративные изменения и т.п. Кроме того, пересаживаемые биоматериалы должны длительно сохраняться в организме реципиента, полностью заполнять объем дефекта ткани и замещаться полноценным регенератом, не вызывая вышеуказанных осложнений. Поэтому, поиск оптимальных биологических материалов для пластической и реконструктивной хирургии по-прежнему остается актуальной задачей теоретической и практической медицины.

Известно, что всеми описанными свойствами в полной мере обладают аллогенные соединительнотканые биоматериалы. К настоящему времени изучены закономерности перестройки и замещения трансплантатов фасций, дермы, подкожно-жировой клетчатки, сухожилий. Данные биоматериалы после пересадки полностью резорбируются и замещаются по законам репаративного гистогенеза.

Сегодня определенный интерес представляют трансплантаты сухожилий, находящие все более широкое применение в различных областях хирургии. Сухожилия обладают наибольшим пределом прочности, определенным модулем упругости и длительно резорбируются в тканевом ложе организма реципиента. После пересадки аллосухожилия не вызывают выраженной воспалительной реакции окружающих тканей и постепенно замещаются собственной соединительной тканью реципиент, сохраняя фиброархитектонику идентичной трансплантату сухожилия. Однако анатомически сложные, определенные размеры сухожилий не позволяют применять их при восстановлении обширных по площади или объему тканевых дефектов.

Поэтому, для увеличения объема сухожильного биоматериала была разработана технология получения физико-химической модификации сухожилий, что позволяет получить пористый сухожильный биоматериал значительно большего объема по сравнению с исходным.

Цель исследования: дать экспериментально-морфологическое подтверждение применения модифицированного сухожильного биоматериала в пластической и реконструктивной хирургии.

В процессе изготовления модифицированной формы сухожильного аутоотраспланта была выявлена значительная трансформации фиброархитектоники коллагеновых волокон с формированием микропористой структуры. Однако, как показали исследования, выявленный процесс модификации не влияет на структуру коллагеновых волокон, увеличивает их устойчивость к действию коллагенолитических ферментов. Сухожильный модифицированный биоматериал после имплантации замещается более длительно по сравнению с аллогенным сухожилием, что позволяет в отдаленные сроки сохранить достигнутый в результате операции объем замещаемой ткани, при этом происходит замещение функционально полноценным регенератом в виде плотной неоформленной волокнистой соединительной ткани.

Таким образом, использование модифицированного сухожильного биоматериала позволит значительно улучшить процессы восстановления длительно незаживающих раневых поверхностей.

ИЗУЧЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ И ПОСТВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ НА ОСНОВЕ МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ. ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ.

Анваров З.Л., Тастанова Г.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
zafar_anvarov07@gmail.com*

Актуальность. Потеря целостности, поражение пульпы в структуре болезней зубов занимает высокую степень, поэтому актуальна и проблема подборки новых материалов для сохранения жизнеспособности. В настоящее время ведутся активные исследования по применению различных биоматериалов и разработке специальных способов воздействия на ткани, позволяющих комплексно в процессе лечения оказывать влияние на метаболические и регенераторные процессы в тканях пульпы. Нынешняя технология терапевтического лечения справляется с инфекцией, но нарушает минеральный баланс зубов, делая их более хрупкими. Исследования доказали, что после введения стволовых клеток в зубо-десневой канал, вероятность восстановления тканей пульпы и дентина прогрессировали. Но к сожалению, эти работы остаются на ступени исследовательских из-за их высокой технологической сложности, в то же время невероятной стоимости.

Цель. Наиболее главной задачей нашей работы это разработка комплекса мероприятий, сконцентрированных на поддержание жизнеспособности и морфоллаксиса пульпы, на экспериментальной основе. После, достигь стабильного исхода лечения пациентов в клинических условиях, прямое воздействие на будущее отношение к такой структуре как пульпа.

Материалы и методы. Утвержденные на сегодняшний день методы терапии пульпитов путём экстракции или ампутации пульпы приводит к распространению в них инвазии и развития осложнений в виде периодонтитов введением в нее инородного тела (целлоидинового штифта). При лечении

пульпитов мы разработали метод который заключался в нанесении на ампутированную пульпу дентинных опилок. Следующее это наблюдения над течением воспалительной реакции пульпы животных рентгеновскими лучами. В более поздних экспериментах использовались уже цилиндры из дентина для создания наиболее близких к системе корневого канала условий. Эта конструкция вживлялась мышам и уже через некоторое время наблюдалось образование пульпоподобной ткани, а также наличие одонтобластоподобных клеток, которые продуцировали тубулярный дентин.

Результаты. После предварительного тотального облучения их рентгеновыми лучами, является резко выраженная отёчность пульпы, зависящая от увеличения проницаемости сосудистых стенок, в то же время являющейся результатом гибели одонтобластов. В более поздние сроки опыта (15—30 дней) в окружности инородного тела наряду с соединительнотканной капсулой было отмечено образование предентина. Таким образом, экспериментальное воспаление пульпы, вызванное введением инородного тела, закончилось не только полным выздоровлением, но и образованием в пульпе в окружности этого тела вторичного дентина. Этим самым пульпа приобретает свойственную ей в норме структуру. Более активно процессы регенерации проходили при использовании в качестве лечебной прокладки гидроксиапатита высокой дисперсности Biodentin.

Выводы. Наши результаты показали, экспериментальное изучение морфологических изменений в тканях пульпы зуба крыс, которым в комплекс лечебных мероприятий включались разные виды ранее сказанных манипуляций, показало, что процессы регенерации у них протекают быстрее. В этой группе исчезали признаки воспаления в пульпе, а также активное образования заместительного дентина. Результаты исследования могут служить экспериментально-теоретическим аспектом для разработки и внедрения новейших методов лечения.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ТАШКЕТА

Ашуров Т.А., Тулеметов С.Х., Туймачев У.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
tulkin_ashurov@mail.ru, tulemetov12@mail.ru, mr.tuymachev@mail.ru*

Актуальность темы. Рост и развитие детей является главным индикатором состояния здоровья. Снижение скорости роста, изменения соотношений антропометрических параметров тела ребенка могут быть и единственным проявлением хронических болезней. В то же время определение нормативных показателей антропометрических параметров может служить основой прогнозирования патологии.

Цель и задачи исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров конечностей детей школьного возраста г.Ташкента.

Материалы методы исследования. Проведен анализ динамики роста антропометрических параметры конечностей более 2000 детей школьного

возраста г.Ташкента в возрасте от 7 до 16 лет. В каждую возрастную группу учащихся входило более 100 мальчиков и девочек. Был использован метод параметрической статистики с вычислением таких показателей, как среднее арифметическое (M), ее ошибка (m), СКО (δ). Показатель $M \pm \delta$ – область средних величин свойственный параметрам нормальных значений. При этом $M + 1\delta$ является верхней границей нормы, $M - 1\delta$ соответствует нижней границе нормы.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что длина верхней конечности у девочек с 7 до 16 лет увеличивается на 46,8%, у мальчиков на 47,1%. Установлено ускорение роста длины верхней конечности у девочек в возрасте 8-9 и 11-12 лет (на 6,0 и 6,4% соответственно), у мальчиков – 7-8 и 10-11 лет (на 7,1 и 10,6%). Замедление роста размеров верхней конечности у девочек определяется в 9-10 и 13-14 лет, у мальчиков в 8-9 и 15-16 лет. Длина кисти у девочек с 7 до 16 лет увеличивается на 61,3%, у мальчиков на 65%. Выявлено ускорение роста длины кисти у девочек в возрасте 7-8 и 9-10 лет (на 11,8 и 14,1% соответственно), у мальчиков – 7-8 и 10-11 лет (на 13,7 и 19,7%). Замедление роста размеров кисти у девочек отмечается в 8-9 лет и 11-12 лет, у мальчиков в 8-9 лет и 15-16 лет. Длина нижней конечности у девочек с 7 до 16 лет увеличивается на 42,7%, у мальчиков на 42,3%. Выявлено ускорение роста длины нижней конечности у девочек в возрасте 8-9 и 12-13 лет (на 7,0 и 6,7%), у мальчиков – 7-8 и 8-9 лет (на 10,9 и 7,8%). Замедление роста размеров нижней конечности у девочек определяется в 9-10 и 13-14 лет. У мальчиков в 9-10 и 15-16 лет. Обхват бедра растет более быстрыми темпами и увеличивается на 45,3%. Наибольший прирост у девочек отмечается в 9-10 лет и 12-13 лет (10,5% и 9,0%). У мальчиков в 10-11 лет и 12-13 лет (10,5% и 9,0%).

Заключение. Таким образом нами обнаружена корреляционная связь между увеличением параметров конечностей с показателями роста детей. Установлены периоды ускорения и замедления роста антропометрических параметров конечностей.

СИНТЕЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТИОМОЧЕВИНЫ НА ОСНОВЕ α -АМИНОКИСЛОТ

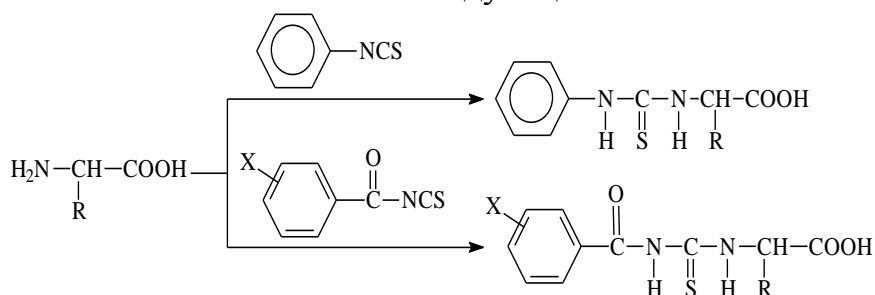
Балтабаев У.А., Абдувакилов Ж.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: В последние годы во всем мире интенсивно развивается производство аминокислот. Основным их потребителем, обеспечивающими постоянный спрос, является пищевая промышленность, где глутамат натрия, лизин, орнитин, гистидин, аргинин, аспарагиновая кислота, аланин, валин, лейцин, изолейцин и пролин могут служить активными ингредиентами различных дезодорантов для пищевых продуктов.

Материал и методы: Учитывая выше изложенные, мы решили разработать новый метод синтеза производных тиомочевин на основе реакции ароматических изотиоцианатов с α -аминокислотами, в целях повышения выхода продуктов реакции, сокращения времени реакции и получить экологически чистые, биологически активные вещества.

Результат и их обсуждение: Нами проведены реакции фенил- и ароил-изоотиоцианатов с α -аминокислотами по следующей схеме:



где $\text{X} = 2-\text{NO}_2, 3-\text{NO}_2, 4-\text{NO}_2, 2-\text{Br}, 3-\text{Br}, 4-\text{Br}$;

$\text{R} = \text{H}-, \text{CH}_3-, \text{HOOC}-\text{CH}_2-, \text{HOOC}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-, \text{H}_2\text{N}-\text{CO}-\text{CH}_2-, \text{CH}_3-\text{S}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-, \text{SH}-\text{CH}_2-$

Реакция протекает в щелочной среде по механизму нуклеофильного присоединения.

При исследовании этих реакций выявлено, что реакционная способность α -аминокислоты в определенной степени зависит от строения и химической природы радикала (R) и его расположения в молекуле.

Выводы. Нами впервые синтезированы с высоким выходом экологически чистые производные фенил- и бензоил-тиомочевина. Строение полученных соединений подтверждено данными элементного анализа, ИК-, ПМР-, масс-спектроскопией. Данные элементного анализа соответствуют вычисленным значениям. Выявлено биологическая активность среди синтезированных соединений, установлено зависимость биологической активности полученных соединений от их химического строения.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И МОРФОМЕТРИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛОКАЦИЯМИ СУСТАВНЫХ ДИСКОВ (ПО ДАННЫМ МРТ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Бейнарович С.В., Филимонова О.И.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

stasstom@mail.ru

Дисфункции ВНЧС составляют от 70 до 95% случаев всех заболеваний ВНЧС. Нарушения функциональной окклюзии являются основной причиной дисфункции ВНЧС, в частности, проявляющейся дислокациями суставных дисков. Следует подчеркнуть, что патология окклюзии зубных рядов встречается только у 27% пациентов с дисфункциями ВНЧС и у 10% с дисфункциями жевательных мышц. Таким образом, нарушение окклюзии влияет на развитие дисфункций ВНЧС значительно меньше, чем считалось ранее. Указанные данные указывают на необходимость выявлять другие факторы риска развития дисфункции ВНЧС. Стоит отметить, что отдельного внимания заслуживает вопрос анатомических предпосылок развития

дисфункции ВНЧС (тип строения ВНЧС, тип прикуса). Известно, что проф. Рабухина Н.А. по данным рентгенологических исследований выделяла 3 наиболее часто встречающихся типа ВНЧС (2000 г.):

1 тип - умеренно вогнутый сустав, характеризующийся средними размерами нижнечелюстной ямки, средней высотой суставного бугорка; данный тип соответствует ортогенетическому прикусу; наблюдается наиболее физиологичное сочетание шарнирных (ротационных) и скользящих (трансляционных) движений в суставе;

2 тип - «плоский» сустав, характеризующийся уплощенной широкой нижнечелюстной ямкой, уплощенным суставным бугорком; данный тип суставов чаще встречается при прямом прикусе; в суставе преобладают трансляционные движения;

3 тип – «вогнутый» сустав, характеризующийся глубокой и узкой нижнечелюстной ямкой, высоким суставным бугорком; в суставе преобладают ротационные движения; чаще встречается при глубоком резцовом перекрытии.

Цель исследования – изучить морфологические особенности ВНЧС по данным МР исследований у взрослых пациентов с нарушениями окклюзии фронтальных зубов и дислокациями суставных дисков.

Материал и методы. В клиническое исследование был включен 51 пациент в возрасте от 17 до 47 лет (средний возраст $28,12 \pm 7,44$ лет): 14 мужчин и 37 женщин. На основании клинического обследования и результатов МР исследования ВНЧС у 30 пациентов (средний возраст $26,77 \pm 7,48$ лет; 8 мужчин и 22 женщины) была подтверждена дисфункция ВНЧС в виде дислокации суставных дисков. У 21 пациента (средний возраст $30,05 \pm 7,12$; 15 женщин, 6 мужчин) была подтверждена дисфункция ВНЧС без дислокации суставных дисков. У пациентов измеряли величину вертикального резцового перекрытия. Анализируя данные МР исследований ВНЧС, мы измеряли следующие величины обоих ВНЧС каждого пациента: глубина и поперечный размер суставных ямок, высота суставных бугорков и поперечный размер головки нижней челюсти. Для определения Положение суставного диска определяли по разработанной нами для практического применения методика (патент на изобретение RU 2708982 C1). Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием статистической программы «SPSS Statistic 17.0». Нормальность распределения определяли критерием Колмогорова-Смирнова. Для показателей с нормальным распределением вычисляли среднее значение и его ошибку ($M \pm m$). Для показателей с ненормальным распределением вычисляли медиану и ее квартили первого и третьего порядка (Me ; $Q1$; $Q2$). О достоверности различий показателей в сравниваемых группах судили по критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Сравнительное измерение вертикального резцового перекрытия у пациентов обеих групп указывает на статистически достоверное увеличение этой величины ($p < 0,01$) у пациентов с дислокациями суставных дисков. У данной группы пациентов средняя величина резцового перекрытия равнялась $5,7 \pm 0,14$ мм. Данная величина у пациентов с дисфункцией ВНЧС без дислокации суставных дисков равнялась $2,9 \pm 0,17$ мм.

У всех обследованных пациентов наблюдалась вентральная дислокация суставных дисков ВНЧС.

Таким образом, у пациентов с дисфункцией ВНЧС в форме дислокаций суставных дисков мы наблюдали достоверное увеличение вертикального резцового перекрытия. ВНЧС у данной группы пациентов имели морфологические особенности: достоверное увеличение глубины нижнечелюстных ямок и высоты суставных бугорков, достоверное уменьшение поперечных размеров нижнечелюстных ямок и головок нижней челюсти. Данные морфологические особенности суставов позволяют отнести их к 3 типу (по Рабухиной). Это тип ВНЧС с преобладанием ротационных движений головок нижней челюсти. Есть основания предполагать, что такие факторы, как перечисленные выше особенности морфологии ВНЧС, преобладание шарнирных движений в суставе, тенденция к глубокому резцовому перекрытию могут служить предпосылкой к появлению и развитию дислокаций суставных дисков. Это предположение требует проведения дополнительных клинических исследований с целью его подтверждения или опровержения.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРАЗОЛ КАРБАМАТОВ Джураева М.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Воспалению принадлежит ведущая роль в патогенезе многих заболеваний и патологических процессах. Для его профилактики и лечения используют противовоспалительные средства – производные пиразол салициловой кислоты, индола, антраниловой, пропионовой кислот, кортикостероиды и др. Из названных препаратов широкое применение получили производные пиразол, которые, однако, так же как и препараты других классов аналогичного действия, не отвечают полностью предъявляемым к ним требованиям и часто вызывают побочные эффекты и осложнения со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, кроветворной и других систем.

Исходя из вышеизложенного нам представлялось интересным синтезировать новые хлорсодержащие производные пиразол карбаматов.

Материалы и методы исследования. Синтез хлорсодержащих производных пиразол карбаматов проводили взаимодействием хлорсодержащих пропаргильных эфиров производных карбаматов с фенилазидом. Строение синтезированных соединений доказано снятием ИК-спектров, в которых отсутствует полоса поглощения соответствующая валентным колебаниям ацетиленовой связи, в области 1720см^{-1} имеется полоса поглощения характерная для сложно-эфирной группы, в области 3270 см^{-1} появляется полоса поглощения, соответствующая валентным колебаниям пиразольного кольца, а колебания в области 3020 см^{-1} характерны для C-H связи.

Синтезированные соединения были исследованы на противовоспалительную активность. По предварительным полученным данным

установлено, что хлорсодержащее соединение обладает большей активностью по сравнению с остальными соединениями.

Действие препаратов изучали на модели воспаления, вызываемого формалином, который вводили под апоневроз голеностопного сустава в количестве 0,2 мл 1% раствора. Объем лапок подопытных животных измеряли онкометрически до и через 3, 6, 24, 48 и 72 ч. После введения формалина. Испытуемые вещества вводили в виде суспензии *per os* с помощью металлического зонда. Каждое соединение испытывали не менее чем в 3 дозах, 2-5% растворы препаратов вводили из расчета 0,1мл на 100г массы в дозах от 100 и 200 мг/кг.

Испытуемые вещества и амидопирин вводили по определенной схеме 3 раза до появления воспаления, т.е. за 48, 24 ч и 30 мин до введения формалина. Контрольные животные получали в эквивалентном объеме дистиллированную воду и суспензию аравийской камеди по той же схеме. Для сравнения был взят известный противовоспалительный препарат -амидопирин, являющийся в химическом отношении близким к испытуемым соединениям. Его вводили в дозе 100мг/кг, так как, по литературным данным, в этой дозе он оказывает выраженный противовоспалительный эффект.

Установлено, что все соединения в той или иной степени обладают противовоспалительной активностью. Выраженное противовоспалительное действие оказывает хлорсодержащее соединение, которое в дозе 100 мг/кг подавляет развитие отека на 72% и по своей активности оно в 4,5 раза превосходит амидопирин.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТРЕВОЖНОСТЯМИ

Мадазизова Д.Р., Усанова С.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания зубочелюстной системы значительно влияет на здоровье человека и несмотря на попытки сократить такую заболеваемость, она охватывает основной контингент населения нашей планеты.

Возникновению таких заболеваний подвергаются в основном молодые (студенты), которые перегружены, а также на протяжении всей своей учебной деятельности испытывают чувство тревоги.

Заболевания зубочелюстной системы очень распространены и оказывают существенное влияние на общее состояние всего населения и качество ее жизни, являясь одной из более актуальных проблем во всем мире. Исследования заболеваний зубочелюстной системы в разных странах мира показали, что основной контингент школьного возраста и взрослого населения имеют такие поражения. Высокая распространенность заболеваний зубочелюстной системы чаще наблюдается среди студентов.

Они испытывают напряжение нервно-психического характера, а также состояние тревоги на протяжении всей своей учебной деятельности, особенно во время сессии. Тревожность - это психологическая особенность индивидуального характера, которая проявляется склонностью переживать

сильную тревогу по незначительным поводам. Рассматривается либо как личностное образование, либо как связанная со слабостью нервных процессов особенность темперамента, либо как и то, и другое одновременно. Тревожность являясь состоянием человека, вызывающей беспокойство, не несет только негативный оттенок. В любых жизненных ситуациях тревожное состояние может выполнять защитную функцию и стимулировать активность личности, которая в основном направлена на самосохранение. Тревожность может быть личностной и ситуативной. Они могут быть низкого, среднего и высокого уровня. Ситуативная тревожность это состояние человека в настоящее время и проявляется обычно беспокойством, напряжением, нарушением внимания, снижением работоспособности, повышенной утомляемостью и быстрой истощаемостью организма. Такой тип тревожности отличается ситуативными проявлениями, связанными с обстоятельствами, выбивающими личность из привычного ритма жизни. Ситуативная тревожность не приводит к личностной деформации в отличие от личностной тревожности. Личностная тревожность-свойство личности, обуславливающее ее поведение в различных ситуациях. Таким образом, вопрос проявления тревожности в юношеском возрасте в практике врача-стоматолога на сегодняшний день является актуальным.

Повышенный уровень тревожности порождает более халатное отношение к собственному здоровью, что обусловлено рядом факторов: откладыванием дел, вызывающих неприятные переживания, на потом; избеганием травмирующих ситуаций (в частности, похода к стоматологу); вялостью, усталостью. При среднем уровне тревожности возникает нервное состояние у человека, посещающего стоматолога. Такие студенты неспешно принимают решения, обеспокоены возможностью неудачного лечения, пасуют перед трудностями. Однако подобное поведение не препятствует желанию человека повысить качество своей жизни и сохранить физическое здоровье.

Студенты с низким уровнем тревожности более уравновешены, чувствуют бодрость и прилив сил, вовлечены в различные виды активности. Для них очень важно сохранить уверенность в себе и своих силах, чувствовать себя свободно. Также, забота о здоровье, о красоте своих зубов имеет существенное значение для личности. Но есть и другое: люди, разных профессий, которые ведут активный образ жизни, не всегда распределяют свои временные ресурсы корректно, и посещение стоматолога может откладываться по обстоятельствам, не связанные с тревогой или нервно-психическим напряжением.

Таким образом, мы можем отметить важность и значимость интеграции медицинского и психологического знания, которое направлено на улучшение качества жизни студентов.

ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Мадазизова Д.Р., Рахманова Ш.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Важную роль в формировании у студентов правильных привычек в отношении к своему стоматологическому здоровью в детском возрасте играют

социально поведенческие факторы, которые закладываются в семье, поскольку именно родители и старшие члены семьи являются основными примерами для подражания, в связи с этим большое значение имеет уровень знаний и осведомленность родителей о гигиене рта.

На состояние здоровья студентов влияют многие факторы: социальная политика, общественно-политический строй, современный уровень санитарно-гигиенической культуры, обычаи и традиции различных групп населения, бытовые условия, уровень благосостояния, уровень социального обеспечения, характер межличностных отношений, состояние окружающей среды, развитие здравоохранения и медицины. Также, кроме социальных и биологических факторов здоровье населения, а особенно молодежи определяется субъективным отношением человека к своему здоровью и здоровью окружающих людей, его образом жизни.

Важнейшим показателем благополучия общества и государства является физическое и психическое состояние здоровья студентов. Здоровье каждого человека проверяется различными диагностическими методами и средствами и характеризуется полнотой проявления жизненных сил, ощущением жизни, всесторонностью и долговременностью социальной активности, целостностью и гармоничностью развития личности.

Стоматологическое здоровье отражается в определенной степени на качестве жизни, более всего относясь к психическим компонентам здоровья. Нарушение стоматологического здоровья способно вызвать цепь определенных видов патологии в зубочелюстной системе, ограничивает выполнение повседневных обязанностей, связанных со снижением коммуникативных возможностей (приобретенные дефекты речи, эстетические дефекты).

Низкий уровень гигиены ротовой полости, как правило, связан с общим неудовлетворительным состоянием органов и тканей в ротовой полости. «Не обращение» к стоматологу и самолечение приводит к большему проценту выявления злокачественных новообразований в полости рта, особенно, на запущенных стадиях, что является актуальнейшей медико-социальной проблемой.

Жизнедеятельность организма человека - сложный физиологический процесс, происходящий в нашем организме, который позволяет сохранить здоровье и работоспособность. Важным и обязательным условием протекания биологического процесса является активная деятельность. В широком смысле это слово означает разносторонний процесс создания человеком условий для своего существования и всестороннего развития.

Основными видами деятельности человека являются труд, обучение, игра. Различные другие виды деятельности - военная, педагогическая, общественно-политическая и т.д. возникли благодаря физическому труду, который всегда носил общественный характер для человека и общества в целом. Физическое здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего нашего общества. При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это - основное условие и залог полноценной и счастливой жизни.

Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно выполнять основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Хорошее здоровье, которое разумно сохраняется и укрепляется самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека (т.е. как он растет, радуется жизни, выглядит, говорит, питается, чувствует вкус пищи), так и на его социальное благополучие. Стоматологические заболевания влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют рацион питания человека, его речь, благополучие, т.е. на его качество жизни.

Отсутствие понимания приводит к ухудшению состояния полости рта, недоверию к специалисту, самолечению или, в лучшем случае, к пассивному и неосознанному выполнению обоснованных стоматологических рекомендаций.

Установлено, что наиболее основные стоматологические заболевания «программируются» задолго до рождения или в первые годы жизни ребенка. В детском возрасте они чрезвычайно агрессивны. В нынешней современности особую остроту эта проблема получила в связи с подорожанием стоматологических услуг.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА ХАЛҚУМ СОҲАСИ ЎСМАЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ВА ДАВОЛАШДА ПАТОФИЗИОЛОГИЯНИ АҲАМИЯТИ

Миртурсунов О.Р., Турдалиев К.М., Оғаниёзов Б.Б.

*Тошкент Давлат Стоматология институти
obidmirtursunov@gmail.com, doc.koma0706@mail.ru,
bekzodoganiyov@gmail.com*

Оғиз бўшлиғи ва халқум соҳаси касалликларини келиб чиқиши, ривожланиши ва оқибатларини ўрганишда патофизиология фанини алоҳида ўз ўрни бор.

Амалиёт стоматолог врачлари турли оғиз бўшлиғи ва халқум соҳаси ўсмаларини бир биридан каёсий ташхис куйиш керак булади. Стоматолог врач касалликни келиб чиқиши, этиологияси, типик жараёнларни кечишини, аъзо ва тўқималрни типик функцияларини бузилишини ва организм реактивлини билишлари муҳим ҳисобланади.

Бош ва бўйин соҳаси ўсмалари – анатомик жиҳатдан томоқ, халқум, бурун, синуслар ва оғиз бўшлиғида ёки унинг атрофида ривожланувчи ўсмаларни тавсифлаш учун ишлатида.

Ўсма – бу организмдаги хужайраларни назоратсиз купайиши булиб, хужайранинг генетик апаратини ва хужайранинг вазифа ва фаолиятини бошқарилишини бузилиши билан таърифланади. Ўсмаларни ривожланиши канцерогенез ёки онкогенез деб аталади. Канцерогенезни келтириб чиқарувчи омиллар канцерогенлар деб аталади. Хозирги кунда бир неча хилдаги канцерогенлар маълум. Шунингдек, канцерогенезнинг ривожланиш механизмларини тарифлашда бир неча хил назариялар маълум. Масалан: мутацион, эпигеном, верус-геном, эндоген вируслар, ДНК репарацияси

етишмовчилиги, ўсма протовирус генларини шакллантириш ва бошқа назариялар мавжуд.

Концерогенез 3 босқичдан иборат

1. Бошлангич босқичи-онкогенларни хужайра ривожланиши ва кўпайишини назорат қилувчи ДНКни локусларига таъсири, окогенларни фаоллашиши ва антиокоген механизмни сусайиши кузатилади. Ўсма хужайралари ҳосил бўлмаса ҳам генотипи ва фенотипи ўзгарган қайтмас жараён юзага келади. Бу жараён кўшимча таъсирларсиз ривожланмайди.

2. Рағбатлантирилган босқичи – бунда промоторлар таъсирида хужайралар фенотипи ўзгарган яшовчан хужайралар пайдо булади. Хайфлик чегараси йуқолади. Бироқ хали метастаз бериш хусусияти йўқ. Жараён қайтар ҳисобланади.

3. Ривожланиш босқичи- кўшимча генотипик ўзгаришларга учраган инвазив қобилияти бўлган, клонлар ҳосил қиладиган ва метастаз берадиган хужайралар ҳосил бўладиган босқич. Бу босқич қайтмас босқичдир.

Оғиз бўшлиғи ва халқум ўсмалари сифатида таснифланадиган ўсмалар турларига қуйидагилар ҳам мисол бўлади:

-Лабларда.

-Милкларда.

-Тил юзасида.

-Янок ичида.

-Оғиз тубида (тил остида).

Ташқи кўринишига кўра таснифи: тугунчали, ярали, папилляр.

Этиологияси: -Турли хил оғиз бўшлиғи шикастлари (ноқулай протезлар, ўткир қиррали пломбалар).

-Папиллома вируси.

-Оғиз бўшлиғига кимёвий моддаларнинг таъсири.

- Озиқ овқат таркибида антиоксидант махсулотларни мавжуд ёки етарли эмаслиги (С, А, Е витаминлар)

-Асбест билан оғиз бўшлиғи шиллик қаватини қайта-қайта таъсири.

Диагностика: Бемор билан суҳбат. LISOD ўсма сиптомлари ва анамнез йиғилади.

Инструметал ва лаборатор текширувлар (цитологик, биопсия, умумий қон тахлили, кўкрак қафаси рентгени, МСКТ)

Симптомлари: Оғиз бўшлиғида узоқ муддатли тузалмас яраларни пайдо булиши. Тил мушакларида бўлса нутқ ва ютишни бузилиши кузатилади. Қулоқ олди безига томон ўсган бўлса без каналини обструкцияси ва оғриши кузатилади. Нервларни босиши ҳисобига қулоққа узатилувчи ёки нерв йўналиши бўйича оғриқни иррадиацияланиши кузатилади.

Даволаш: хирургик, нур терапия ва кимё терапия.

ПЕРЕМЕННОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ КАК ФИЗИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Нурматова Ф.Б., Мирзахмедова Г.Р., Абдуганиева Ш.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Известно, что магнитные поля, как постоянные так и переменные обладают важными лечебными свойствами, связанных с их природой и параметрами. Биологические эффекты при действии МП чрезвычайно разнообразны. МП могут вызывать существенное ускорение диффузии в тканях, влияет на размножение клеток. На стенках сосудов вследствие электромагнитной индукции возникает разность потенциалов, являющаяся действующим началом последующих трансформаций, суть которых заключается в перемещении ионов и скоплении их у поверхности клеточных мембран. МП с успехом применяются при лечении стоматологических заболеваний, туберкулёза, заболеваний ЛОР-органов, при инфекционных заболеваниях и т.д. Однако, механизм действия МП на жизненно важные процессы протекающие в организме, до конца не раскрыт

Целью настоящей работы является стимуляция восстановительных процессов в тканях слизистой оболочки полости рта (СОПР) магнитным полем слабой индукции

Материал и методы исследования: Критерием биологической эффективности МП взяты два объективных показателя – митотический индекс (МИ) и площадь воспалённого вследствие протезного стоматита очага. Для подсчета митозов забор материала проводился под местной анестезией у части больных, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи. У 20 больных, в возрасте от 20 до 45 лет обнаружена очаги протезных стоматитов, при пользовании съёмных пластиночных зубных протезов. Воздействие МП проводилось на фоне традиционной терапии (обработка слизистой полости рта растворами перекиси водорода, перманганата калия и 0,2% водного раствора хлоргексидина). Для определения площадей воспаленных участков использовался планиметрический метод. Материал фиксировался в смеси фармалино-спиртово-уксусной кислоте и окрашивался гематоксилин-эозином. Площадь воспаленных участков, их контуры обрисовывались на прозрачной бумаге и планиметрировались с помощью прибора ПП-2К в различные сроки проведения процедур. Диапазон изученных индукций МП составляет 5,15 и 25мТ при экспозиции 15 мин.

Результаты: Воздействие полем 5мТ вызывает у больных с воспаленной слизистой оболочкой альвеолярного гребня повышение МИ. С увеличением индукции до 25мТ интенсивность пролиферации определяется снеженной сравнительно с предыдущим значением, однако выше, чем в отсутствие действия физического фактора. При повторных воздействиях в течение 5-7 дней уровень митозов заметно не увеличивается, т.е. накопления не происходит. Переменное магнитное поле (ПеМП) при одной и той же индукции и экспозиции способствует более выраженному МИ сравнительно с постоянным МП ($5,8 \pm 0,12\%$ против $5,3 \pm 0,14\%$) ($P < 0,01$). Максимум пролиферации определяется при действии ПеМП индукцией 15мТ. Поэтому именно это поле частотой 50Гц использовалась в дальнейших исследованиях. Курс магнитной терапии (МТ) составил 7 дней.

Заклучение: Таким образом, изученные значения индукций при местном действии физического фактора обладают митогенным эффектом на эпителиоциты десны. Воздействие МП на очаги воспаления при протезных стоматитах оказывает выраженное терапевтическое действие, однако, наиболее эффективным является его сочетание с ТЛ. При этом становится более выраженной не только динамика процесса, но существенно укорачивается время выздоровления.

АНАТОМИЯ ФАНИДАН МУСТАҚИЛ ИШНИ ЎТКАЗИШДА ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Олимхўжаев Ф.Х.

Тошкент давлат стоматология институти

faol2122@mail.ru

Тошкент Давлат стоматология институти анатомия кафедрасида талабалар мустақил ишини тизимли тарзда, белгиланган муддатларда ўзлаштиришни ташкил қилиш, уларда кўникмаларини ривожлантириш, ахборот манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш ўз самарасини бермоқда. Мустақил ишни ўтказишда педагогик технологиялардан фойдаланиш таълим тизимида муҳим аҳамиятга эга(1). Талабаларда мустақил тарзда Интернет ва кўшимча адабиётлар билан шуғулланишига шароит яратиш, адабиётлардан керакли маълумотларни ажрата олиш, мавзуларни яхши ўзлаштиришга ёрдам беради(2). Чунки талабаларни зарур ахборот манбаъларини топиш, улардан кенг фойдаланиш кўникмаларини хосил қилиш, келажакда юқори малакали, жаҳон талабларига жавоб бера оладиган мутахассисларни тайёрлашда катта имкон яратади.

Маълумки, анатомия, оператив жаррохлик ва топографик анатомия фанлари заминий фанлардан бўлиб, мурдалардан фойдаланиш чекланганлиги учун, талабаларда уни ўзлаштиришда баъзан қийинчиликлар пайдо бўлади. Кафедрада фаннинг ҳар бир амалий машғулоти мавзусига мос равишда ТМИ мавзулари тайёрланган бўлиб, у талабанинг тайёргарлиги, билими ва укувларини аниқлаб боришни кўзда тутаяди, ҳамда амалий машғулотларда уларни баҳолаш амалга оширилади. Баҳолашда талабанинг билим даражаси, ТМИ мавзусини ўзлаштириши, муҳокамаси ва янги маълумотларни келтириш даражаси ва тақдирот қилиш қобилиятлари ҳисобга олинади.

Талабалар мустақил ишини ташкил қилишда педагогик технологияларнинг турли усулларида кенг фойдаланиш мустақил ишларни янада юқори, янги даражага кўтараяди(3). Биз кейс-стади технологиясининг мустақил ишда самараси юқорилигини ҳисобга олиб, унинг асосий қисмлари ҳақида тўхталиб ўтмоқчимиз. Кейс-стади технологиясининг асосий қисмлари:

- I. Кейсдаги асосий муаммо мавзуси берилаяди.
- II. Муаммоли вазиятни ечиш йўллари кўрсатилади.
 1. Кейс ва унинг ахборот таъминоти.
 2. Берилган вазият билан танишиш ўтказилади.
 3. Муаммоли вазиятнинг таҳлили.

Мазкур ҳолатда қабул қилиниши мумкин бўлган муаммонинг барча ечимларини топиш:

Муаммоли вазият Муаммоли вазиятнинг келиб чиқиш сабаблари Вазиятдан чиқиб кетиш ҳаракатлари

4. Ўтказилган таҳлиллар ва натижалар

Муаммонинг ечимини аниқ вариантлардан танлаб олиб, “Т - схема” жадвалини тўлдирамиз.

III. Яқуний хулоса.

Муаммоли вазиятларни ҳал этиш бўйича амалий машғулотда ўқитиш технологиясига қуйидагилар киради: (4.1. Таълим технологиясининг модели.

4.2. Амалий машғулотнинг технологик харитаси. 1-Илова Блиц-сўров савол ва жавоблари. 2-Илова 1 – топшириқ “Муаммоли вазият” жадвалини тўлдириш. 3-Илова 2 – топшириқ “Т-схема” жадвалини тўлдириш).

Ўқув-услубий ҳужжатлар

Амалий машғулот учун ягона методик тизим матни, Одам анатомиясидан маърузалар тўплами, компьютер технологияси («Одам анатомияси 1.2» электрон мультимедиа дарслиги), «Морфология» электрон атлас, кафедра тематик хонаси, Интернет маълумотлари, ТДСИ кутубхонаси.

Талаба кейс-стадини, Microsoft Power Point дастуридан фойдаланиб, презентацияни тайёрлаб, фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан холда оғзаки, презентация ва ёзма холда кўргазмали расмлар, видеосюжетдан ва анимациялар, ҳамда уларнинг комбинацияси шаклида амалга оширилади.

Мустақил ишни бажаришда қуйидагиларга эътибор бериш зарур: Мустақил иш презентация кўринишда топширилиши керак (ўқитувчи ролини бажариши лозим), презентация режаси, тарқатма материаллари, назорат саволлари, тест саволлари, вазиятли масалалар, бу материалларни файл қилиб топширилади. Баҳолаш мезонида алоҳида педагогик маҳорат учун баҳолаш чегараларини кўрсатиш керак. Талабаларнинг баҳолаш мезонлари рейтинг низоми 2.3 бандида кўрсатилган.

Талабалар ТМИ мавзусини ўзлаштириши кейсдаги асосий муаммони кўрсатиб, унинг муаммоли вазиятни ечиш йўллари кўрсата олса, мавзу доирасидаги муаммоли вазиятни ечиш мумкин бўлган, муаммонинг барча ечимларини топа олиши мумкин. Кейснинг муҳокамаси ва янги маълумотларни келтириш даражаси ва тақдирот қилиш қобилиятлари талабада мавзудан келиб чиққан холда тафаккур қилиш, клиник фикрлаш, ўз фикрини мукамал баён қилиш ва аниқ хулосалар чиқаришга ёрдам беради.

Анатомияда муаммоли вазиятни таҳлил қилиш кўникмаси, муаммоли вазиятнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва вазиятдан чиқиб кетиш ҳаракатларини ўрганиб, келажакда клиник фикрлаш, турли клиник вазиятлардан тўғри ва аниқ чиқиш, ҳамда аниқ хулоса чиқариш кўникмасига эга бўлади.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, талабалар мустақил ишини ташкил қилишда педагогик технологиларнинг фойдаланиш, мустақил ишларни янада юқори, янги даражага кўтаради. Бизнинг фикримизча, кейс-стади

технологиясининг мустақил ишда самараси юқорилиги амалда тасдиғини топмоқда.

ТИББИЁТДА МАСОФАВИЙ ЎҚИТИШНИНГ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Олимхўжаев Ф.Х.

Тошкент давлат стоматология институти

faol2122@mail.ru

Замонавий таълим тизими ўқитувчидан масофавий ўқитиш тизимига тайёр бўлмоғини, яъни илғор ўқитиш технологияларни (Internet, Кейс, ТВ – технологиялар ва ҳ.к.) ўзлаштирган бўлишини тақозо этмоқда.

Масофавий ўқитиш – бу ўқув машғулотларининг барчаси ёки кўп қисми телекоммуникацион ва замонавий ахборотлаштириш технологиялар асосида масофадан туриб ўқитиш олиб борилишидир.

Илмий техник тараққиётнинг хусусиятлари мустақил ишлаш кўникма ва малакаларини шакллантириш ва узлуксиз, ижодий билимларни эгаллашни талаб қилади. Бундай таълим хизматларини кўрсатиш истиқболли, замонавий ўқув тизимлари учун қуйиладиган талаблардан биридир.

ЮНЕСКО «Таълимни ахборотлаш институти» мутахассисларининг фикрича, таълим жараёнини ривожлантиришнинг асосий йўналишларидан бири дунё аҳолисига ахборотлаштириш ва телекоммуникация технологиялардан фойдаланган ҳолда, масофавий ўқитиш ва мустақил ўқиш имкониятларидан кенг фойдаланиш таъминотини яратишдир.

Масофавий ўқитиш, айниқса қуйидаги ҳолларда:

- ўқитишнинг анъанавий усулларида фойдаланиш имкониятига эга бўлмаган, бу жараён имкониятларининг чегараланганлиги туфайли ўқиш ва ишлашни биргаликда амалга ошира олмайдиганлар учун;

- турғун шароитда ўқиш имкониятларига эга бўлмаган, имкониятлари тиббий шарт- шароитлар туфайли чегараланганлар учун;

- ўқитувчилар ва бошқа соҳа мутахассисларининг қайта тайёрлаш ва малакасини оширишда;

- чет эл ўқув муассасаларида таълим олишни истайдиганлар учун;

- иккинчи мутахассисликни эгаллашни истайдиганлар учун жуда долзарбдир.

Истиқболли замонавий ўқитиш тизимлари ҳар бир шахснинг ўзи истаган таълим олиш ҳуқуқидан фойдалана олиш имкониятини бериши керак. Масофавий ўқитиш айнан шундай ўқитиш шакли бўла олади.

АҚШ да 1 млнга яқин одам масофавий ўқитиш тизимида ўқимокда. Бу тизимда телевидение имкониятларидан кенг фойдаланилмоқда. Испанияда масофавий ўқитиш Миллий университети фаолият кўрсатмоқда. Франциядаги масофавий ўқитиш Миллий Маркази 120 давлатдаги 35 000 истеъмолчини қамраб олган.

Масофавий ўқитиш технологияси бўйича барча топшириқлар масофадан туриб бажарилади, имтиҳонлар эса олий ўқув юртида топширилади.

Алоҳида тижорат компаниялари (масалан IBM, General Motors, Ford ва бошқалар) билан миллий таълим тизимлардаги масофавий ўқитиш бирга ривожланмоқда. Масофавий ўқитиш илмий-техникавий тараққиёт даврининг маҳсулидир ва айти вақтда унинг ривожланиш катализатори ҳамдир.

Масофавий ўқитишнинг дидактик тизими таркиби:

Ўқитиш мақсади давлат таълим стандартлари асосида шакллантирилиб, билим, кўникма ва малакалар ҳамда шахсий фазилатлар тизимини ўз ичига олади. Бу иерархик тизим бўлиб: ўқитиш мақсади, ўқув фани мақсади, мавзунинг ўқув мақсади, мавзунинг таянч тушунчалари ўқув мақсадидан шаклланади.

Ўқитиш мазмуни анъанавий ўқитиш тизимига тўғри келади.

Масофавий ўқитишда барча мутахассисликлар бўйича тайёрлаш имконияти йўқ. Ўқитишнинг бундай турида ўқитилиши тақиқланган йўналишлар рўйхати қонун далолатномалари билан тасдиқланиб, бу йўналишларда ушбу тизимни қўллаш тақиқланади.

Таълим олувчилар. Масофавий ўқитиш тизимида таълим олувчиларнинг номланиши ҳали аниқланмаган. Баъзан уларни тингловчилар деб атайдилар. Масофавий ўқитиш тизими таълим олувчиларнинг етарли тайёргарлигини ва иш ўринларининг техник таъминотини талаб этади.

Ўқитадиганлар. Бу ўқитувчилар, асосан таълим жараёнини ташкил этиш самарадорлиги булардан боғлиқ бўлади. Аммо масофавий ўқитишнинг дидактик тизими хусусиятлари ўқитувчилар бажарадиган фаолиятларини турли туман вазифаларни, серқирралигини ва бажарадиган ролларининг хилма-хиллигини талаб этади. Айтиан шунинг учун чет давлатларда ўқитувчилар тавсифланиши кенгайтирилган:

- ўқитувчи – ўқув – услубий қўлланмаларнинг ишлаб чиқувчиси;
- ўқитиш услублари бўйича маслаҳатчи (фасилитейтер);
- ўқув курсларининг интерфаол услублари бўйича мутахассис (тьютер);
- ўқиш натижаларини назорат қилиш бўйича мутахассис (инвигилатор);
- интерфаоллик; индивидуаллик; идентификацияланганлик;
- таълим-тарбия вақтининг чегараланганлиги;
- янги ахборот технология воситаларини қўллашнинг педагогик мақсадга мувофиқлиги; таълимнинг ошкоралик ва ўзгарувчанлиги.

Ўқитиш методлари (усуллари). Масофавий ўқитиш тизимида, худди анъанавий ўқитиш тизимидагидек, ўқитишнинг беш методи қўлланилади: ахборот – рецептив, репродуктив, муаммоли баён, эвристик ва тадқиқот.

Ўқитиш воситалари. китоблар (қоғоз ва электрон шаклда); тизимдаги ўқув материаллар; компьютер ўқув тизимлари оддий ва мультимедиа вариантда; аудио ўқув ахборотлари; видео ўқув ахборотлари; Масофавий лаборатория амалиётлар ва виртуал стендлар; тренажёрлар; масофавий билим базалари; геоахборот ва баҳолайдиган ўқитиш тизимлари асосида дидактик материаллар. Ўқитиш воситалари - ўқитишнинг техник воситалари: магнитофон, видеоманитофон, кинопроектор, диапроектор, кодоскоп, видеопроектор, компьютерлар орқали амалга оширилади.

Илмий ўқув материал базаси. Анъанавий ўқув муассасасининг ўқув материал базаси ўқув жараёни учун керак бўлган барча моддий ва техник воситалар мажмуасини ўз ичига олади. Булар: ўқув ва ёрдамчи бинолар, лаборатория анжомлар, асбоб ускуналар, ўқитишнинг техник воситалари, дарсликлар, ўқув-услубий материаллар.

Идентификацион-назорат тизими. Масофавий ўқитиш тизимида назорат қилишнинг хусусияти, ўқитиш тизимида ўқувчи шахсини аниқлаш – идентификация қилиш ва фальсификация (бошқа шахс ўрнида фаолият кўрсатиш) учун имконият бермасликдир.

Ўқитиш шакллари. Бу ўқитишнинг ташкилий шаклини танлашдир. Ўқитиш шакллариининг қуйидагилари ривожланган: маърузалар, семинарлар, лаборатория машғулотлари, курс ишлари, синовлар, имтиҳонлар, маслаҳатлар, мустақил иш.

Ўқитиш шакллариининг барча турлари, ўқув жараёни мулоқотда бўлиш даврида ва мулоқотда бўлмаган даврида ўз хусусиятига кўра қўлланилади.

Молиявий-иқтисодий тизим. Бу масофавий ўқитиш тизимида энг аҳамиятли омиллардан бири бўлиб, бозор иқтисоди шароитида у фақат ўз-ўзини моддий таъминлаб қолмай, балки, ўқув тизимини ривожлантириш ва такомиллаштиришга олиб келади. Шунинг учун ҳар бир ўқитувчи ўқитиш тизими иқтисодиёти билан таниш бўлиши керак.

Меъёрий-ҳуқуқий тизим. Ўқитиш тизимининг ривожланиш асоси сифатида бу соҳадаги қонунчиликнинг ривожланиши ва мукамаллиги хизмат қилади. Ўқитиш муассасасининг фаолияти «Таълим тўғрисидаги қонун», Низом, Давлат таълим стандартлари, намунавий ўқув дастурлар, режалар, йўриқномалар, буйруқлар, коллегия ва илмий кенгаш қарорларига асосланади.

Маркетинг тизими. Бозор иқтисоди шароитида тизим самарадорлигини таъминлаш учун, ҳар бир муассаса, шу жумладан ўқув муассасаси ҳам маркетинг хизматини ташкил қилиши керак. Ҳар бир муассаса, шу жумладан ўқув муассасасининг маркетинг хизматини ташкил қилиш бозор иқтисоди шароитида самарали фаолият қилиш учун керак.

Масофавий ўқитишнинг ўзига хос принциплари қуйидагилардан иборат:

Интерфаоллик принципи. Бу принцип тингловчи ва ўқитувчи ўртасидаги алоқани таъминлаб қолмай, балки тингловчилар ўртасидаги алоқани ҳам таъминлайди. Тажрибалар тингловчи ва ўқитувчи ўртасидаги алоқадан кўра тингловчилар ўртасидаги алоқалар кўпроқ эканлигини кўрсатади.

Бошланғич билимлар принципи. Масофавий ўқитиш тизимида тингловчининг олдиндан тайёргарлик кўриши ва аппарат-техник воситалари билан таъминланганлик даражаси, компьютерга эга бўлиши ва интернетга уланиши, ҳамда бу тизимда ишлай олиш малакаларига эга бўлиши лозим.

Индивидуаллик принципи. Реал ўқув жараёнида кириш ва оралиқ назорат ўтказилади. Булар натижасини таҳлили асосида индивидуал ўқув режалар тузилади.

Идентификацион принцип. Мустақил ўқишни назорат шакли бўлиб, билим сифатини назорат қилишда бевосита мулоқот видеоконференциялар каби турли техник воситаларини қўлланилади.

Ҳозирги кунда ривожланган мамлакатлардаги олий таълим муассасаларида ҳам масофавий ўқитиш марказлари мавжуд. Республикамизда масофавий таълим бўйича “Истеъдод” марказида, Тошкент ахборот технологиялари университетида қилинаётган ишларнинг аҳамияти катта. Масофали ўқитишни кундузги ўқитиш тизими билан бирга олиб бориш лозим, бундай аралаш услубдан фойдаланиб, ўқитишни ташкил қилиш талабаларни билим олиш жараёнини янада яхшилади. Бунда талабаларга керакли маълумотлар, маърузалар, тақдимотлар, топшириқлар электрон почта орқали жўнатилади. Moodle тизими орқали барча фанлардан курслар университет сайтига жойлаштирилади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб айтиш мумкинки, масофавий ўқитиш Ватанимизда педагоглари қайта тайёрлаш тизимида йўлга қўйилгани тахсилга лойиқдир. Бу тизимда ўқиб ўз малакасини ошираётганларнинг фикрича бу тизим иқтисодий, ижтимоий ва маърифий томондан ўзининг ижобий натижаларини бермоқда. Бу тизимни янада кенгайтириб сиртқи таълим ва малака оширишнинг бошқа соҳа вакилларига ҳам жорий қилинса мақсадга мувофиқ бўлар эди.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СОПР ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС НА ФОНЕ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Ахмедов А.А., Исаев У.И.

Самаркандский государственный медицинский институт

alisherxazratov@mail.ru

Заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это в значительной степени обусловлено морфофункциональным единством слизистой оболочки рта и всего пищеварительного тракта. Согласно многочисленным публикациям последних лет, в конце XX -начале XXI столетия отмечается существенное увеличение числа страдающих раком ободочной и прямой кишки. Данная локализация составляет 15% от всех первично диагностированных опухолей всех локализаций (30% из их числа представлено раком прямой кишки).

Канцерогенез - процесс многофакторный и многостадийный, включающий в себя цепь генетических и негенетических повреждений клетки, обратимый на ранних стадиях и прогрессирующий лишь у людей, подверженных риску.

Искусственно индуцированные с помощью определенных канцерогенов опухоли у лабораторных животных создают возможность для исследования различных аспектов канцерогенеза, которые не могут быть эффективно изучены непосредственно на человеческом организме. На сегодняшний день разработано значительное количество экспериментальных моделей инициации опухолевого роста в различных органах. Одной из них является диметилгидразинная модель. Метаболические изменения, возникающие при индукции опухолевого процесса с помощью ДМГ, близки к тем, которые имеют место у человека при развитии рака толстой кишки (Лисничук Н.Е. 2020).

Цель исследования: комплексное, морфологическое исследование тканей полости рта у крыс при экспериментальном канцерогенезе.

Материал и методы. Исследование выполнено на 168 половозрелых беспородных белых крысах-самцах с массой тела ($175,0 \pm 4,2$) г., которые содержались в стандартных условиях вивария.

Подопытные животные были разделены на следующие группы: контрольная группа животных – 84 особи; опытная группа животных со смоделированным аденокарциноматозом толстой кишки – 84 особи. Через каждые 30 суток эксперимента из контрольной и опытной группы было выведено по 12 животных.

Канцерогенез моделировали путем введения 1,2-диметилгидразина дигидрохлорида (ДМГ) (фирмы Sigma-aldrich chemie, Япония), предварительно разведенного изотоническим раствором натрия хлорида. Канцероген вводили подкожно в межлопаточный участок в дозе 7,2 мг/кг 1 раз в неделю в течение 30 недель, четко по массе животного из расчета 0,1 мл раствора ДМГ на 10 грамм массы тела. Гистологическое исследование производили бинокулярным микроскопом Leika, (Германия), увеличением объектива 10x, 40x, фотодокументирование производили цветной Веб камерой МД130.

Результаты исследования. Проведенные гистологические исследования СОПР животных в динамике формирования хронической неопластичной интоксикации, индуцированной введение диметилгидразина, установили развитие деструктивно-дегенеративных и склеротических изменений СОПР, выраженность которых нарастала соответственно сроку наблюдения.

В результате проведенного исследования слизистой оболочки полости рта и окружающих тканей в экспериментальном канцерогенезе кишечника у крыс были выявлены следующие изменения; в первые 2 месяца изменений характерных для опухолевого поражения не наблюдалось. На 3 месяце были явные признаки полиморфизма ядер атипических полиморфных клеток. На 4 и 6-м месяце отмечался ангиоматоз слизистой и окружающих тканей с паретическим расширением их просвета. На 7 месяце экспериментального канцерогенеза в слизистой оболочке полости рта были отмечены признаки метастазирования опухолевых клеток с элементами костного мозга в прилегающие ткани, что свидетельствует о высоком риске действия канцерогенных веществ, в частности, введения 1,2-диметилгидразина дигидрохлорида (ДМГ), не только на кишечник, но и на весь желудочно-кишечный тракт, включая слизистую оболочку полости рта и окружающие ткани.

Заключение и выводы. Вышеуказанные изменения в толстой кишке и слизистой оболочке полости рта, вызванные смоделированным химическим канцерогеном, свидетельствует о высоком риске развития злокачественной опухоли с распространением во все отделы желудочно-кишечного тракта, в том числе и СОПР. Полученные результаты экспериментальной научной работы является предпосылкой для разработки профилактических мер направленных на снижение риска распространения неопластического процесса на СОПР необходимости разработки алгоритма оказания стоматологической помощи.

ЗУБОЧЕЛЮСТНАЯ СИСТЕМА НЕКОТОРЫХ ЖИВОТНЫХ И ПРИЧИНА ИЗУЧЕНИЯ КАРИЕСА НА ЗУБАХ КРЫС

Саидов Д.Д., Тастанова Г.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Аргументом сторонников экзогенной теории кариозной болезни являются результаты экспериментальных исследований на животных, которыми служили белые крысы, мыши и хомяки. Но такой избирательности ни в одном случае не приводятся обоснования. Почему, например, для этих целей не использовались такие вполне доступные лабораторные животные, как кролики? Ведь у них есть то преимущество, что их зубы более крупные и, стало быть, более удобные для визуализации признаков кариозного поражения.

Цель работы. Исходя из вышесказанного, нами была поставлена цель изучить в сравнительном аспекте особенности зубочелюстной системы экспериментальных животных- белых крыс и кроликов и специфики микроскопического строения их зубов.

Принято считать, что зубы грызунов относятся к длиннокоронковому типу, что было несправедливо по отношению к некоторым животным.

С учетом проделанных нами опытов представляется возможность это объяснить. У разных видов млекопитающих зубочелюстные системы отличаются в основном по наличию в них зубов двух типов, что обусловлено характером потребляемой пищи.

Установлено, что у данных видов грызунов зубочелюстные системы имеют свои биологически значимые особенности, которые в основном заключаются в морфофункциональной разнородности их коренных зубов. Если у кролика все зубы относятся к длиннокоронковому типу, то у крысы такими являются только резцы, в то время как коренные зубы представлены типичными короткоронковыми образованиями, которые по строению сходны с коренными зубами человека. Поэтому крыс можно считать наиболее приемлемыми животными для экспериментального моделирования кариозной болезни.

Кажется, этого вполне достаточно, чтобы понять, почему для экспериментального моделирования кариеса предпочтение отдаётся названным выше видам грызунов, однако существенным недостатком является малый размер их коренных зубов, которая затрудняет визуализацию морфологических признаков их кариозного повреждения. Но в наши дни проблема размера решается просто, применением микроскопов и тому подобных увеличивающих устройств.

Материал и методы. Объектами исследования служили черепа 5 половозрелых кроликов породы шиншилла массой от 2 до 3 кг и 10 половозрелых белых крыс массой 160-200 г.

После фотодокументации тотальных препаратов черепа из них были выделены отдельные челюстные кости, которые помещали в кюветы и заливали эпоксидной смолой. По завершении полимеризации из них были изготовлены шлифы в нужной плоскости сечения, которые после полировки подвергали

поверхностному травлению в хелатообразующем агенте и окрашивали 1% раствором метиленового синего на 1% растворе буры.

Изучение и фотодокументация препаратов осуществлены бинокулярной лупой.

Результаты. По общей внешней конфигурации череп крысы представляет пропорционально уменьшенным примерно в три раза череп кролика. Заметен также между ними и совпадающий общий принцип устройства зубочелюстной системы. Очень сходными между ними по форме и строению являются верхнечелюстные отделы, в задних частях которых находятся коренные зубы. Остальная передняя часть, составляющая 2/3 верхнечелюстного отдела, имеет клинообразно суженую кпереди форму, которая заканчивается дугообразно наклонной вниз резцовой частью.

Несмотря на этот общий позиционный план коренные зубы кролика и крысы имеют существенные отличия по количеству, форме и строению. У кролика их насчитывается по 5 единиц с каждой стороны верхнего и нижнего зубных рядов, тогда как крысы - по 4.

Коренные зубы крысы относятся к квадритуберкулярным, трехкорневым зубам, у которых четко определяется граница между коронкой и корнем в виде пояса, где эмалевое покрытие сходит на нет. Их внешняя форма и внутреннее строение очень сходны с коренными зубами человека.

Заключение. Полученные нами результаты восполняют пробел, имеющийся в литературе по морфологии зубочелюстной системы чаще всего используемых в экспериментальной медицине лабораторных животных кроликов и белых крыс. Установлено, что у данных видов грызунов при общем сходстве анатомического устройства их зубочелюстные системы наделены биологически значимыми особенностями, которые в основном заключаются в морфофункциональной разнородности их коренных зубов. Если у кролика все зубы относятся к длиннокоронковому типу, то у крысы только резцы являются таковыми, а коренные зубы представлены типичными короткоронковыми, которые по строению приближенно сходны с коренными зубами человека. Именно поэтому крысы могут считаться наиболее приемлемыми животными в целях экспериментального моделирования кариозной болезни.

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШНИНГ АХЛОҚИЙ ЖИХАТЛАРИ

Туймачев У.А., Тастанова Г.Е., Ашуров Т.А.

Тошкент давлат стоматология институту

mr.tuymachev@mail.ru, tastanovag@bk.ru, tulkin_ashurov@mail.ru

Қириш. Бутун дунёда биология ва тиббиётдаги ахлоқий муаммоларни таҳлил қиладиган биоэтика кенг ривожланмоқда. Жумладан, Рим клуби каби етакчи илмий марказларда ҳам фан этоси бугунги куннинг энг долзарб мунозара мавзусига айланган. Тадқиқотни ташкил қилиш жараёнида ахлоқий тамойилларга риоя қилишга катта эътибор қаратиш лозим, чунки кўп ҳолларда ахлоқий ва психологик оқибатлар, шунингдек, улардан олинган шахсга доир маълумотларнинг махфийлиги таъминланмаслиги кўпчиликни ташвишга

солади. Бундан ташқари ҳар бир халқнинг ўзигагина тегишли ахлоқий кодлар бўлиб, уларнинг табиатини билиш муҳимдир.

Ҳозирги вақтда инсон иштирокида тиббий тадқиқотлар ўтказиш учун бир нечта ахлоқий тамойиллар ишлаб чиқилган, масалан, Бельмонт ҳисоботи (1978), Ньюнберг кодекси (1949), Хельсинкий декларацияси (1964) ва бошқалар.

Ҳар бир тадқиқотчи шахсга доир маълумотларнинг махфийлигини таъминлаш учун, биринчи навбатда, ушбу маълумотларни шифрлаш тизимини ишлаб чиқиши керак. Албатта респондентнинг исмлари ёки алоқа маълумотлари бундан мустасно.

Иштирокчининг тадқиқотда қатнашишга розилигини олиш жуда муҳим, бу респондентнинг тадқиқот тўғрисида маълумот олгандан сўнг, тадқиқотда қатнашишга ихтиёрий розилиги билан тасдиқланади. Шу муносабат билан тадқиқотчилар томонидан иштирокчининг розилик беришини тасдиқловчи ҳужжат шакли ишлаб чиқилди.

Ушбу ҳужжат 2 қисмдан иборат: 1-қисм маълумот берувчи ва 2-қисм розиликни тасдиқловчи

1-қисм қуйидаги бўлимларни ўз ичига олади: Тадқиқотчи респондентларни тадқиқот мақсади, тадқиқот аспекти ва тадқиқотдан кутилаётган натижалар билан таништиради.

Тадқиқот методологияси бўлимида ушбу тадқиқотда қатнашувчиларни танлаш усуллари, антропометрик параметрларни ўлчаш усули, иштирокчилар сони, уларнинг ҳудудий ва демографик хусусиятлари ҳақида қисқача маълумот берилади. Бу маълумот респондентга ва унинг ота онасига, унинг тадқиқотга қандай мезонлар асосида танлаб олинганлиги ва бу тадқиқотда ундан нима кутилаётганлигини тушунишга ёрдам беради.

Ҳужжатнинг асосий қисмида тадқиқотда иштирок этиш тартиби, сўровномани тўлдириш, тадқиқотда қатнашишнинг аҳамияти, шахсга доир маълумотлар махфийлиги ҳақида тушунтирилади. Бундан ташқари, ушбу тадқиқотда иштирок этиш мутлақо ихтиёрий ва респондентлар рози бўлгандан кейин ҳам, тадқиқотдаги иштирокини тўхтатишлари мумкин.

Тадқиқотда иштирок этишга розилик ҳақидаги ҳужжатнинг якуний қисмида респондентларнинг тадқиқот натижалари ҳақида қисқача маълумот олиш ҳуқуқлари баён этилган. Агар респондент лозим топса ўзи ҳақидаги шахсий маълумотларни тадқиқот натижаларидан чиқариб ташлаш имконига эга. Ва бунинг учун тадқиқотчи билан боғланиш маълумотлари келтирилади.

Ҳужжатнинг иккинчи қисмида респондент ўз ҳуқуқлари ва имкониятлари тўғрисида хабардор қилинганини ёзма равишда билдиради ва тадқиқотга ўз ихтиёри билан рози бўлганлигини шахсий имзоси билан тасдиқлайди.

Шундай қилиб, илмий тадқиқотларни режалаштириш ва ўтказишда ахлоқий тамойилларга риоя этиш тадқиқотларнинг жуда муҳим қисмидир. Ва олимлар инсон иштирокида тадқиқот олиб боришда бу тамойилларни ҳурмат қилишлари ва уларга риоя қилишлари керак. Ахлоқий тамойилларга риоя қилиш, тадқиқот иштирокчиларини зарарлардан ҳимоя қилиш, ихтиёрий ёзма розилик олиш, уларга тадқиқотда қатнашишдан воз кечиш ҳуқуқини

тушунтириш, шахсга доир маълумотлар махфийлигини таъминлаш ва химоя қилишга ёрдам беради.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ НА ПАРОДОНТ У КРЫС

Тулеметов С.К., Халиков А.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
tulemetov12@mail.ru*

Введение. Проблема воспалительных заболеваний пародонта до настоящего времени остается в центре внимания многочисленных исследований и является актуальной для современной стоматологии, что обусловлено широкой распространенностью, многообразием клинических проявлений, сложностями диагностики, трудностями в профилактике и лечении данной группы заболеваний [2]. Влияние стальных протезов на течение пародонтита изучено недостаточно. До сих пор в практике ортопедического лечения применяется нержавеющая сталь. Важнейшим пусковым механизмом воспаления является повреждение ткани независимо от вида повреждающих агентов – инфекция, механическая травма - в клетках и субклеточных структурах обнаруживаются общие неспецифические изменения или нарушения, характерные для повреждения ткани. Травма металлическими зубными протезами тканей пародонта способствует попаданию инфекции в зубодесневые карманы [1].

Цель исследования - провести морфологическую оценку гистологических препаратов процесса регенерации тканей пародонта после воздействия механической травмы (цельнометаллической иглой) на модели хронического пародонтита у крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 15 крысах средней массой 200-250г в стандартных условиях вивария. Моделирование хронического пародонтита у животных выполнялось путем длительного (в течении недели) нанесения механической травмы цельнометаллической иглой [3,4]. После извлечения травмирующего фактора на 10, 15, 20, 25, 30 сутки производилась декапитация крыс под легким эфирным наркозом по 3 особи соответственно. Сразу после декапитации производилась резекция переднего отдела нижней челюсти, который фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, для изготовления декальцинированных срезов толщиной 3-5 мкм. Окраска препаратов выполнялась по стандартной методике гематоксилином и эозином для дальнейшего гистологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. На 10 сутки на гистологических препаратах были обнаружены единичные эозинофилы, сохранялся процесс аллергизации в тканях пародонта. Имело место разрастание грануляционной ткани, наличие сети молодых кровеносных сосудов, вокруг которых выстилкой располагались клетки фибробластического ряда. При этом в мягких тканях пародонта присутствовали клетки лимфоидного ряда и

клеточные детриты. Место травматизации было инфильтрировано лейкоцитами, в альвеолярной кости отмечен процесс образования каверн. На 15 сутки эксперимента отмечена выраженная инфильтрация эозинофилами при небольшом количестве тучных клеток в слизистой оболочке десны. Произошло разрастание грануляционной ткани, истончение стенок сосудов. На фоне присутствия остеокластов наблюдался выраженный лизис альвеолярной кости. В эпителии десны происходил процесс метаплазии. На 20 сутки исследования отмечалось усиление лейкоцитарной реакции в мягких тканях пародонта. Стенки сосудов были разрушены, периваскулярно отмечался диapedез как эритроцитов, так и лейкоцитов. В просвете сосудов были обнаружены аргирофильные волокна. В месте воздействия металлической иглы произошла секвестрация альвеолярной кости. Наблюдалось разрушение базальной мембраны эпителия десны и ее слущивание. На 25 сутки на гистологических препаратах в костной ткани альвеолярной части были обнаружены как остеокласты, так и остеобласты, что свидетельствовало о процессе регенерации. Кость окружена зрелой тканью с организованными кровеносными сосудами без воспалительного инфильтрата в мягких тканях пародонта. Вокруг места травматизации отмечен процесс формирования грубой соединительной ткани. К концу исследования, т.е. на 30 сутки гистологически отмечалось наличие зрелой костной ткани, при этом наблюдался очаг инфильтрации в тканях слизистой оболочке десны с преобладанием лейкоцитарной и единичной лимфоидно-клеточной реакцией в месте воздействия травматического фактора. Под базальной мембраной эпителия десны наблюдается образование плотной соединительной ткани с хорошо выраженной васкуляризацией (рубцовая ткань).

Заключение. Таким образом, в тканях пародонта наблюдается процесс сенсibilизации к травмирующему фактору. После устранения травмирующего фактора из тканей пародонта, наблюдаются процессы регенерации альвеолярной кости и соединительнотканной структуры. Регенерация мягких тканей пародонта происходит по типу образования грубой волокнистой ткани (рубца).

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Тулеметов С.К., Мавлонкориева С.Д.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
tulemetov12@mail.ru*

Имеется тесная взаимосвязь больших слюнных желез (БСЖ) с репродуктивной системой. БСЖ способны не только к экзокринной (пищеварительные ферменты и муцины слюны), но и эндокринной (эпидермальный фактор роста, фактор роста нервов, глюкагон, калликреин, ренин, паротин, сиалорфин и др.) секреции. Биологически активные факторы БСЖ обладают пара- и эндокринным действием на различные органы и системы, в том числе на репродуктивную систему. С другой стороны активность

клеток стенок выводных протоков БСЖ находится под контролем половых гормонов. Введение тестостерона вызывает гипертрофию протоков подчелюстных СЖ. Восстановление нормальной структуры протоков зависит от мужских половых гормонов. Аналогичные изменения возникают при кастрации. Одновременно с этим в клинической практике выявлено, что у мужчин с заболеваниями мочеполовой сферы (изменением количества мужских половых гормонов) нередко встречается интерстициальный сиаладеноз.

Цель исследования. Изучить влияние тотальной сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников неполовозрелых крыс.

Материалы и методы. Исследование проводилось на неполовозрелых (21 дней, $40 \pm 8,0$ г) белых беспородных крысах-самцах, которые были разделены на 3 группы: 1-ая - 10 интактных (ИН), 2-ая - 10 ложнопериоперированных (ЛО) и 3-я - 10 сиалоаденэктомированных (СЭ) животных. Крысам СЭ группы проводили двустороннюю тотальную сиалоаденэктомию - удаление околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных желез. Экспериментальных животных забивали через 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 и 12 недель после операции под легким эфирным наркозом. Для светооптических исследований семенники крыс фиксировали в жидкостях Карнуа и Буэна, после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета измеряли в поперечно срезанных канальцах при помощи окуляр микрометра об.20 ок.10. Индекс сперматогенеза рассчитывали на 50 извитых семенных канальцев. Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверными считались различия, удовлетворяющие $P < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Сиалоаденэктомия у неполовозрелых крыс вызывает структурные изменения семенников. Просвет извитых семенных канальцев крыс всех групп обнаруживается с 1 недели эксперимента. У крыс ИН и ЛО групп сперматогонии и сперматоциты выявляются в составе сперматогенного эпителия с 1 недели, поздние сперматиды – со 2 недели, сперматозоиды – с 3 недели эксперимента, тогда как у животных СЭ группы поздние сперматиды определяются с 3 недели, а сперматозоиды – лишь с 6 недели эксперимента. В составе сперматогенного эпителия крыс СЭ группы на 2-4 неделе после удаления БСЖ наблюдаются клетки с морфологическими признаками гибели и крупные многоядерные сперматиды. На 4 неделе после сиалоаденэктомии наблюдаются утолщение и извилистость контуров базальной мембраны извитых семенных канальцев. Появление гибнущих клеток и многоядерных сперматид свидетельствует о нарушении мейотического деления I и II в ходе сперматогенеза, что может быть следствием как прямого влияния сиалоаденэктомии на половые клетки, так и опосредованного через sustentocytes (клетки Сертоли). Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета у крыс СЭ группы с 3 по 6 неделю эксперимента меньше, чем у животных 1-ой и 2-ой групп. Уменьшение просвета извитых семенных канальцев может быть связано с угнетением выработки внутриканальцевой жидкости клетками Сертоли. Индекс сперматогенеза у крыс СЭ группы на 1-3 неделе также снижен по сравнению с таковым животных ИН и ЛО групп.

Таким образом, удаление БСЖ у неполовозрелых крыс вызывает замедление становления сперматогенеза в извитых семенных канальцах. Влияние сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников, вероятно, опосредовано недостатком биологически активных веществ БСЖ, в частности, эпидермального фактора роста [4].

Заключение. Тотальная сиалоаденэктомия приводит к замедлению роста семенников и задержке сперматогенеза. Описанные структурные изменения семенников неполовозрелых крыс, подвергшихся сиалоаденэктомии, нивелируются к 8 неделе эксперимента.

РОЛЬ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ СТОМАТОЛОГОВ – ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Шарипова П.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
postumiya_1952@gmail.com*

Патофизиология является связующим звеном теоретической (фундаментальной) науки с практической медициной. Патофизиология вооружает практических врачей кардинальными обобщениями и теоретическими знаниями и положениями, необходимыми для правильного понимания сущности болезней.

Подготовка клиницистов-стоматологов, отвечающих международным стандартам, диктует необходимость непрерывного преподавания предметов от фундаментальных основ (общая и частная патофизиология) до прикладных аспектов (клиническая патофизиология) в пред- и постдипломном периодах.

Требования государственного образовательного стандарта последнего поколения для высшей медицинской школы, появление новых учебных программ для студентов по специальности «Стоматология» предполагает внедрение современных фундаментальных, научных, клинических данных в преподавательский процесс. Материалы, изложенные на лекциях и практических занятиях, должны отвечать запросам медицины к предмету «Патофизиология», которые необходимы не только студентам, но и врачу-стоматологу в повседневной практической деятельности.

Многие конкретные задачи стоматологов-клиницистов были решены и успешно решаются патофизиологами через проведение экспериментов на лабораторных животных, обобщении и анализе клинических и лабораторных показателей. Основные положения и выводы, полученные патофизиологами в результате экспериментов, внедряется в практическое здравоохранение и помогают врачам в постановке ранней диагностики, терапии и профилактике различных стоматологических болезней у детей и взрослых.

Современные представления о реактивности организма и местной резистентности ротовой полости и их роли в развитии стоматологической патологии, причинах и механизмах развития типовых патологических процессов, таких как, воспаление, лихорадка, опухоли, гипоксия, патология клетки, типовые нарушения обмена веществ имеют большое прикладное значение в ежедневной практике. Раскрытие особенностей развития типовых

патологических процессов при стоматологических заболеваниях по патофизиологии помогает стоматологам в понимании не только сущности болезни, но и определить дальнейшую тактику ведения лечебных мероприятий. Современные молекулярные механизмы повреждения клетки, а также особенности реакции клеток пульпы, слизистых оболочек и костной ткани на повреждение, особенности течения сахарного диабета, воспалительных процессов и типовых нарушений обмена веществ, понимание роли гипоксии в развитии воспалительных и дистрофических поражений тканей челюстно-лицевой области являются основой понимания течения патологии в ротовой полости. Развитие клинического мышления врача-стоматолога при изучении патофизиологии, рассмотрение вопросов патогенеза типовых патологических процессов и их роли в развитии стоматологических заболеваний, современных аспектов развития данных синдромов и патологических процессов, их клинической значимости способствует разработке новых способов диагностики и терапии.

Учитывая достижения патофизиологии и потребность клинических дисциплин, а также особую роль патофизиологии среди медико-биологических наук и ее интеграцию с клиническими дисциплинами, необходима реализация инновационной идеи Центра развития медицинского образования Минздрава республики, посвященная улучшению качества подготовки специалистов в постдипломном образовании по патофизиологии. Требуется разработать учебную типовую и рабочую программу по «Патофизиологии для клинических ординаторов» с включением современных актуальных вопросов по патофизиологии для стоматологов – врачей общей практики. Эта программа должна быть включена в группу обязательных смежных дисциплин для прохождения клиническими ординаторами, которая даст свои положительные результаты.

На наш взгляд, в подготовке магистров по специальности «стоматология», необходимо предусмотреть введение предмета в группу обязательных или элективных для их прохождения, аналогичного с клиническими ординаторами, курса «Патофизиологии для магистров», в которую необходимо включить современные материалы по вопросам клинической патофизиологии, что, несомненно, будет способствовать поднятию уровня знаний как по клиническим, так и фундаментальным дисциплинам будущих специалистов.

ФОРМЫ КОНТРОЛЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Эшмуротов С.Г., Сафарова С. Ч., Усанова С. Т., Самерхонова Е.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Добиться качественного преподавания дисциплины невозможно без постоянного контроля знаний обучающихся. Существуют различные формы контроля, начиная с тестового контроля первого уровня с однозначными ответами типа «да» - «нет» и кончая трехступенчатым государственным экзаменом.

Основными формами контроля знаний на кафедре патофизиологии являются входной тестовый контроль первого-второго уровней на каждом заня-

тии, итоговые занятия по окончании изучения крупных разделов патофизиологии и курсовой экзамен, включающий тестовый контроль проверки знаний, ответ на вопросы билета и разбор задачи.

Особенно хотелось бы остановиться на значении итоговых занятий, как основной форме промежуточного контроля усвоения знаний студентами. Поскольку итоговые занятия проводятся по практическому, а не теоретическому курсу дисциплины, мы отказались от обычного контрольного опроса или подготовки ответов по билетам, включающим вопросы по лекционному курсу. Основным практическим навыком, которым студенты должны овладеть в ходе изучения нашей дисциплины, является патофизиологический анализ результатов экспериментов на животных и клинических ситуаций, поэтому итоговые занятия проводятся в форме решения ситуационных задач. Каждый студент в письменной или устной форме разбирает от трех до пяти задач, в зависимости от объема изученного раздела. За каждую задачу студент получает от 0 до 5 баллов. Полученные баллы суммируются и делятся на количество задач. Раздел считается усвоенным, если студент получил средний балл

3 и выше. Предложенная система оценки знаний на итоговых занятиях в дальнейшем может быть использована для рейтинговой системы оценки знаний.

На итоговых занятиях используется три типа задач. Первый тип задач - это патофизиологический анализ результатов экспериментов, которые студенты проводили в ходе изучения данного раздела, причем в условия эксперимента могут быть внесены некоторые изменения и дополнения, что заставляет студентов творчески подходить к выполнению задания и демонстрировать владение теоретическим материалом. Второй тип задач - заданий предусматривает патофизиологический разбор данных лабораторных анализов. При выполнении данного задания студент должен строго следовать алгоритму разбора, который использовался для решения аналогичных задач на занятиях с акцентом на патогенез выявленных нарушений. Третий тип задач - это патофизиологический анализ клинических ситуаций. При решении данного типа задач студент должен указать вид патологического процесса или состояния и полностью его охарактеризовать, используя все принципы классификации, объяснить этиологию и патогенез выявленной патологии у данного больного и патогенез всех указанных симптомов, объяснить принципы диагностики и патогенетической терапии.

Предложенный подход к проверке знаний с одной стороны способствует формированию клинического мышления и умению находить причинно-следственные связи в клинических проявлениях болезней и патологических процессов, а с другой стороны позволяет достаточно объективно оценить степень усвоения теоретических знаний студентами и умение применять их на практике.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,2,3-ТРИАЗОЛ КАРБАМАТОВ

Якубходжаева М.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Воспалению принадлежит ведущая роль в патогенезе многих заболеваний и патологических процессах. Для его профилактики и лечения используют противовоспалительные средства – производные 1,2,3-триазол салициловой кислоты, индола, антраниловой, пропионовой кислот, кортикостероиды и др. Из названных препаратов широкое применение получили производные 1,2,3-триазола, которые, однако, так же как и препараты других классов аналогичного действия, не отвечают полностью предъявляемым к ним требованиям и часто вызывают побочные эффекты и осложнения со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, кроветворной и других систем.

Исходя из вышеизложенного нам представлялось интересным синтезировать новые хлорсодержащие производные 1,2,3-триазол карбаматов.

Материалы и методы исследования. Синтез хлорсодержащих производных 1,2,3-триазол карбаматов проводили взаимодействием хлорсодержащих пропаргиловых эфиров производных карбаматов с фенилазидом. Строение синтезированных соединений доказано снятием ИК-спектров, в которых отсутствует полоса поглощения соответствующая валентным колебаниям ацетиленовой связи, в области 1720см^{-1} имеется полоса поглощения характерная для сложно-эфирной группы, в области 3270 см^{-1} появляется полоса поглощения, соответствующая валентным колебаниям триазольного кольца, а колебания в области 3020 см^{-1} характерны для CH_2 связи.

Синтезированные соединения были исследованы на противовоспалительную активность. По предварительным полученным данным установлено, что хлорсодержащее соединение обладает большей активностью по сравнению с остальными соединениями.

Действие препаратов изучали на модели воспаления, вызываемого формалином, который вводили под апоневроз голеностопного сустава в количестве 0,2 мл 1% раствора. Объем лапок подопытных животных измеряли онкометрически до и через 3, 6, 24, 48 и 72 ч. После введения формалина. Испытуемые вещества вводили в виде суспензии *per os* с помощью металлического зонда. Каждое соединение испытывали не менее чем в 3 дозах, 2-5% растворы препаратов вводили из расчета 0,1мл на 100г массы в дозах от 100 и 200 мг/кг.

Испытуемые вещества и амидопирин вводили по определенной схеме 3 раза до появления воспаления, т.е. за 48, 24 ч и 30 мин до введения формалина. Контрольные животные получали в эквивалентном объеме дистиллированную воду и суспензию аравийской камеди по той же схеме. Для сравнения был взят известный противовоспалительный препарат -амидопирин, являющийся в химическом отношении близким к испытуемым соединениям. Его вводили в

дозе 100мг/кг, так как, по литературным данным, в этой дозе он оказывает выраженный противовоспалительный эффект.

Установлено, что все соединения в той или иной степени обладают противовоспалительной активностью. Выраженное противовоспалительное действие оказывает хлорсодержащее соединение, которое в дозе 100 мг/кг подавляет развитие отека на 72% и по своей активности оно в 4,5 раза превосходит амидопирин.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ФИОЛ И ФЕМТОЛАСИК

Салиев И.Ф, Мухамедова Н.И.

ЧП «SAIF-OPTIMA» клиника микрохирургии глаза. Узбекистан.

Актуальность. Рефракционная хирургия-повышает не только зрение, но и улучшает качество жизни. В связи более точной предсказуемостью рефракции и визуальных результатов, удовлетворенность пациентов и управление ожиданиями становятся основными в современной офтальмологии. Коррекция аномалий рефракции — это не единственная задача, пациенты, особенно в трудоспособном возрасте, ожидают, что процедура положительно повлияет на качество их жизни.

Цель работы – исследование послеоперационного качества жизни и различий в удовлетворенности между ФемтоЛАСИК и Имплантацией ФИОЛ у пациентов с миопией высокой степени

Материал и методы: В исследование вошли 59 пациентов (86 глаз) в возрасте от 20 до 43 лет. В группу ФИОЛ вошли 31 пациент (26 глаз) I группа. Во II группу включили 27 пациентов (24 глаза), которым был проведен ФемтоЛАСИК- (ФЕМТО группа).

I группу составили пациенты с миопией до от -9 до -22 дптр и ЦТР от 465 до 591 мкм. II группу составили пациенты с миопией до -7 до 11 дптр с ЦТР от 517 до 586 мкм. Всем пациентам проводилось стандартное и специализированное офтальмологическое обследование.

Изучалась мотивация пациента к данному виду лечения. Основные мотивы были аффилиционного свойства (активное участие в деятельности общества, расширение выбора профессии, получение прав на вождение автомобиля, желание избавиться от контактной и очковой коррекции, стремление к повышению качества жизни). А также непереносимость контактных линз в связи Синдромом сухого глаза разной степени.

Всем пациентам после операции через 3 года проводилось исследование качества жизни на основании сокращённого руссифицированного варианта опросника VFQ-25. Опросник включает 25 вопросов, разделенных по 12 основным разделам: общая оценка зрения (ООЗ), глазная боль (ГБ), зрительные функции вблизи (ЗФБ), зрительные функции вдаль (ЗФД), социальное функционирование (СФ), психическое здоровье (ПЗ), ролевые трудности (РТ), зависимость от посторонней помощи (ЗПП), вождение автомобиля (ВА),

цветовое зрение (ЦЗ), периферическое зрение (ПЗр), дисфотопсии (ДФ). В каждой из шкал числовой показатель выражался в пределах от 0 до 100 баллов и тем самым отражал процентное отношение к максимально возможному позитивному результату. Исследования выполняли спустя 3 года после операции

Результаты и обсуждение. Показатели качества жизни у пациентов после имплантации ФИОЛ и ФемтоЛАСИК через 3 года после операций. Показатели оценивали от 0 до 100 баллов, чем выше балл, тем больше была удовлетворенность пациента качеством жизни.

У пациентов обеих групп удовлетворенность качеством жизни после операций была достаточно высокой. Общая оценка зрения у пациентов группы ФИОЛ в среднем составляла 89.21 ± 1.38 баллов ($p < 0.05$ t-test) и была на 2.2 % выше чем в группе ФемтоЛАСИК средний балл 87.22 ± 1.95 ($p < 0.05$ t-test). Глазная боль зрения у пациентов группы ФИОЛ в среднем составляла 85.26 ± 1.68 баллов ($p < 0.05$ t-test) и была менее выражена на 2.9% по сравнению с группой ФемтоЛАСИК средний балл 82.78 ± 1.77 ($p < 0.05$ t-test), это связано с большей выраженностью симптомов сухого глаза.

Показатели удовлетворенности пациентов зрительными функциями вблизи (средний балл в I группе 90.26 ± 1.03 , во II группе 95.00 ± 1.21) ($p < 0.05$ t-test) и вдаль (средний балл в I группе 86.58 ± 1.57 , во II группе 91.11 ± 1.79) ($p < 0.05$ t-test), социальное функционирование (средний балл в I группе 89.74 ± 1.28 , во II группе 94.44 ± 1.45) ($p < 0.05$ t-test), психическое здоровье (средний балл в I группе 87.89 ± 1.61 , во II группе 93.33 ± 1.14) ($p < 0.05$ t-test), ролевые трудности (средний балл в I группе 88.16 ± 1.35 , во II группе 90.56 ± 1.71) ($p < 0.05$ t-test), зависимость от посторонней помощи (средний балл в I группе 89.47 ± 1.60 , во II группе 96.67 ± 1.14) ($p < 0.05$ t-test) были выше на 2.7%-7.4% в группе ФемтоЛАСИК, в связи с преобладанием в группе ФИОЛ пациентов с миопией очень высокой степени и различной степенью амблиопии.

Однако показатели комфортности вождение автомобиля, (средний балл в I группе 85.79 ± 1.54 , во II группе 82.22 ± 1.52) ($p < 0.05$ t-test), периферического зрения (средний балл в I группе 89.47 ± 1.51 , во II группе 82.22 ± 1.73) ($p < 0.05$ t-test) были выше на 4.1%-7.25% в группе ФИОЛ, выраженность дисфотопсий (средний балл в I группе 87.63 ± 1.70 , во II группе 78.89 ± 1.96) ($p < 0.05$ t-test) была на 9.97% меньше также в группе ФИОЛ. Это связано с отсутствием изменений профиля роговицы в данной групп.

Заключение. При оценке удовлетворенности качеством жизни через 3 года после операций общая оценка зрения у пациентов группы ФИОЛ в среднем составляла на 2.2 % выше, чем в группе ФемтоЛАСИК. Такие показатели комфортности как вождение автомобиля, периферическое зрение были выше на 4.1%-7.25% в группе ФИОЛ, выраженность дисфотопсий была на 9.97% меньше также в группе ФИОЛ. Результаты исследования показали высокую удовлетворенность пациентов обоими методами, однако удовлетворенность качеством жизни, связанной со зрением, была выше и лучше в группе ФИОЛ.

СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ ПРЕДМЕТЫ

TIBBIYOTNI RAQAMLASHTIRISHNING AYRIM JIHATLARI **Abduganieva SH.X., Nurmatova F.B., Fazilova L.A, Kasimov M.M**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Abduganieva72@mail.ru, feruzanurmatova_tdsi@mail.ru,

fazilova1972@umail.uz, kasimov.mirkhodi@mail.ru

Kalit soʻzlar: Raqamli tibbiyot, kasalliklarni aniqlash, tashxislash, sunʼiy intellekt, raqamli axborot, raqamli javobgarlik, platforma, texnologiya, tizim.

Zamonaviy dunyoda sunʼiy intellekt va intellektual texnologiyalarni ishlab chiqish sohasi mavzusi ilmiy jamoatchilik eʼtirofiga aylandi. Zarur va etarli darajada faoliyat koʻrsatuvchi sunʼiy intellekt tizimini yaratishning ahamiyatiga ortiqcha baho berib boʻlmaydi, buning uchun intellekt mavjudligini tan olish kifoya. Sunʼiy intellekt ishlab chiquvchilar, neyrobiologlar, psixologlar, fiziklar va boshqa mutaxassislarning hamkorlikda yaratgan sunʼiy intellekti bugungi kunda fanlararo integratsiya maxsulidir. Davr talabi asosida masofaviy maʼlumot almashish, holatni baholash, tashxis qoʻyish, davolash va natijalarni bashorat qilish kabi vazifalarni hal etishdek vazifani echishda raqamli tibbiyot keng koʻlamda faoliyat yuritmoqda. Uning rivojlanish tamoyillari bugungi kunda sogʻliqni saqlash tizimidagi oʻrni va vazifasini belgilab beradi.

SHunday ekan, avvalo, raqamli tibbiyot nima va uning vazifasi nimadan iborat degan savolga javob berishdan ishni boshlasak. **Raqamli tibbiyot** - kasalliklarni tashxislash, davolash va oldini olish, odamlar salomatligi va ish qobiliyatini saqlash va mustahkamlash, hayotni uzaytirish, shuningdek, insonlarning jismoniy va ruhiy kasalliklardan azob chekishini toʻplangan raqamli sogʻliqni saqlash platformasiga asoslangan holda bartaraf etish, tibbiy, axborot hamda kommunikatsiya texnologiyalariga asoslangan tibbiy xizmatlarga kirish sohasidagi ilmiy bilimlar tizimini qoʻllab-quvvatlaydi va rivojlantiradi. Kasalliklarni aniqlash va davolash usullari sunʼiy intellekt yordami hamda shifokor bilan masofaviy maslahatlashish imkoniyatidan foydalanilmoqda, yaʼni anʼanaviy sogʻliqni saqlash tizimi oʻzgarmoqda. Asrimiz vabosi boʻlgan Koronavirus pandemiyasi esa bu raqamlashtirish jarayonini qisqa vaqt ichida tezlashtirdi. Ayni vaqtda, tobora oʻzgarib borayotgan insoniy qadriyatlar va zamonaviy sogʻliqni saqlash tizimining biznes-modellari oʻrtasida tafovutlar ortib bormoqda, yaʼni zamonaviy axborot tizimlarining samaradorligini anglagan bemorlar oʻzlarining mahfiy maʼlumotlarining ommalashishi, yaʼni havfsizlik xavfining tugʻilishidan havotirdalar. Texnologiyalarning sogʻliqni saqlashga taʼsirini koʻraylik.

Dunyo miqyosida masofadan turib tibbiy yordam olish, yaʼni teletibbiyot xizmatlari keskin tarzda 15-20 marotaba ortdi.

Accenture Digital Health Technology Vision kompaniyasi yaqin 3 yillikda shifokorga amalga oshiriladigan tashriflarning uchtasidan 1 tasi virtual boʻlishini prognoz qilgan xolda, raqamli axborotning rivojlanishini 5 ta tamoyilini koʻrsatib berdi:

1. Sunʼiy intellekt - bugungi kunda tibbiy tashkilotlar uchun koʻp vaqt talab qiladigan vazifalar, masalan, bemor maʼlumotlarini yigʻish va qayta ishlashga

qaratilgan insonning o'zini istisno qilmagan holda bir qator sog'liqni saqlash vazifalarini bajarishda insonning o'rnini bosadi;

2. "Oquvchan" mehnat resurslari - sog'liqni saqlashning ortib borayotgan virtualizatsiyasi va markazlashtirilmaligini hisobga olgan holda, sog'liqni saqlash provayderlari geografik jihatdan turli joylardan turib ishlashi mumkin, bu esa tibbiy kompaniyalarga ko'proq xodimlarni yollash va qo'shimcha sheriklarni ulashi imkonini yaratadi. Kompaniya fikriga ko'ra, tibbiy tashkilotlar xodimlarining taxminan 42% frilaksyor, ya'ni, shartnoma asosida yoki vaqtinchalik yollangan xodimlar bo'lishi mumkin. Masalan, bir shahardan jalb etilgan shifokor-mutaxassis yoki shifokorlarni o'rgatishga, malakasini oshirishga jalb etilgan; bemorga maslahat berish bilan vaqtincha shug'ullanuvchi mutaxassis shifokorlar.

3. Platformada tejash – ish urinlari va mehnat resurslariga bo'ladigan sarf harajatlarni kamaytirish bilan birga bemorlarning barcha birlamchi ma'lumotlarini qisqa vaqtda yagona platformada jamlashini ta'minlaydi. Kompaniya tomonida so'rovnoma ishtirok etgan tibbiyot muassasalari rahbarlarining 40% i o'z muassasasida onlayn xizmatlarni joriy etish ishtiyoqini bildirganlar.

4. Ishni tashkil etishdagi o'zgarishlar – yangi texnologiyalarning qo'llanishi o'z navbatida ihtiyoriy soxadagi ishni yuritishga o'z yangiliklarini olib kiradi. Bu yangiliklar eski tizimni tashqaridan qanday yuq qilsa huddi shunday ichidan ham emirilishiga olib keladi. Biroq bu o'zgarishlar soxaning rivojlanishini ta'minlaydi. Faoliyatning izdan chiqarilishi kabi yangi imkoniyatlarga yo'l ochib beradi.

5. Raqamli javobgarlik - Ushbu tamoyil bemorlarning shaxsiy ma'lumotlari bilan bog'liq. Tizimga kiritilgan ma'lumotlarning havfsizligini ta'minlash katta mas'uliyat. Tizim xodimlari nafaqat platformadagi ma'lumotlar, balki, endi u bilan ishlaydigan qurilmalar xavfsizligini ham ta'minlash borasida bosh qotirishlariga to'g'ri keladi.

Ushbu 5 ta tamoyilga asoslangan sog'liqni saqlashni rivojlantirishning bunday strategiyasi, insonning ustunligini hisobga olgan holda, shifokorning professional bilimlaridan eng yaxshi va samarali foydalanish uchun keraksiz funksiyalardan ozod qilish imkonini beradi.

Sog'liqni saqlashda shaxsiy raqamli tajriba bugungi kunda hamma uchun juda muhimdir. Inson o'z ahamiyatini his qilishni va shifokordan to'liq ma'lumotni olishni xohlaydi. SHifokorlar esa, o'z navbatida, bemorlar bilan yaqindan ishlash, ularni yanada moslashtirilgan va shaffof ma'lumotlar bilan ta'minlash muhim ahamiyatga ega.

Turli gadgetlar bo'lmish aqlli soatlar, fitnes-bilakuzuklar tufayli bulutli saqlash sig'implariga katta miqdorda tibbiy ma'lumotlar to'planadi. Ular orasida yurakning urish tezligi, kislorodning to'yinganlik darajasi va boshqa parametrlar mavjud. Sog'liqni saqlash tizimi integrallashgan tajriba asosida bemorlarning ehtiyojlarini qondirish, kasalliklarning oldini olish va jarrohlik aralashu bilan davolash, bemorlar uchun g'amxo'rlikning yangi yo'llarini amalga oshirishni bashorat qilish ma'lumotlar xavfsizligi haqida o'ylash mumkin.

Tibbiy tashkilotlar bemorlar bilan hamkor bo'lib, ushbu tajribadan foydalanishi kerak. IT-echimlar ishlab chiqaruvchilar esa, har ikki tomon foydalanuvchilariga 5G

texnologiyalarni tavsiya etadilar. Bunda har uch tomon xam “hammuallif” bo‘lgan holda tizimning hamoxang ishlashini ta’minlaydi.

Tibbiyotga keng ko‘lamda kirib kelayotgan yana bir raqamli axborotning ko‘rinishi – bu sun’iy intellekt. Sun’iy intellekt texnologiyalari sog‘liqni saqlash tizimini tubdan o‘zgartirib, tibbiy diagnostika tizimini tubdan qayta ishlab chiqish, yangi dori-darmonlarni ishlab chiqish va odatda tibbiy klinikalar uchun xarajatlarni kamaytirish imkonini beradi. Fundamental texnologiya sifatida sun’iy intellektning vazifasi yil sayin ortib borayotgan sog‘liqni saqlash tizimidagi o‘zgaruvchan yangi yondashuvlarni yoritib berishdir.

Sun’iy intellekt bilan bog‘liq ilovalar va tizimlar bir qator ajoyib afzalliklarga ega:

hisoblash samaradorligining oshishi ma’lumotlarni tezroq yig‘ish va qayta ishlashga olib keladi;

shifokorlar va bemorlarning shaxsiy va tibbiy qurilmalaridan olinadigan sog‘liq bilan bog‘liq ma’lumotlar hajmini oshirish;

genomik tartiblash bazalarining o‘sishi;

elektron tibbiy ma’lumotlarni qayd qilish tizimlarini keng joriy etish.

Tadqiqotlar sog‘liqni saqlash holati, turmush tarzi, atrof-muhit, shuningdek, ijtimoiy va iqtisodiy holat o‘rtasidagi munosabatlarni ko‘rsatishga qaratilgan bo‘lib, olingan ma’lumotlar sun’iy intellekt yordamida qayta ishlanadi. Tibbiyotda sun’iy intellektning qo‘llanish ko‘lami keng:

* tibbiy tasvirlarni o‘qish uchun ilovalar va dasturiy mahsulotlar (MRT tasvirlar, ultratovush tasvirlar, kardiogrammlar, kompyuter tomografiya natijalari);

* dori vositalarini ishlab chiqish bo‘yicha startaplar (mikroskopik tahlil, dori vositalari samaradorligini o‘rganish, viruslarni o‘rganish va samarali vaksinalarni qidirish);

* protez sohasida mashinasozlik texnologiyalaridan foydalanish (insonning anatomik xususiyatlarini hisobga olgan holda qulay protezlarni ishlab chiqarish);

Masofadan bemorni parvarish qilish uchun ilovalar (ularning yordami bilan umumiy amaliyot shifokorlari shamollash yoki boshqa hayot uchun xavfli sharoitlarni davolash uchun tavsiyalar berishlari mumkin).

SHuningdek, ko‘plab kompaniyalar yurak kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni reanimatsiya qilish imkonini beruvchi tizimlarni ishlab chiqmoqda.

Tizimning bemorlarni farqlovchi (birlamchi skrining) chat-botlar yoki koronavirus pandemiyasi tufayli buzilgan dori ta’minot zanjirlarini tezda tiklashga yordam beradi.

Raqamli yordamchilari shifokorlarga asosiy vazifalari, bemorlarparvarishi uchun ko‘proq vaqt ajratish imkonini berib, tibbiy hujjatlarni to‘ldirishning muntazam tartibli amalga oshirishni ta’minlash bilan birga aksar muammolarni masofaviy echgan holda ish tamoyillarini o‘zgartiradi.

Datchiklar bilan jihozlangan smartfonlar bemorning sog‘lig‘ini, shu jumladan nafas yo‘llari kasalliklari

THE CULTURE OF USING SCIENTIFIC MEDICAL TERMINOLOGY

Abidova M.I.

Tashkent state dental institute

abidova 0657@ gmail.com

The search for effective methods of teaching foreign languages has been troubling both scientists and teachers for a long time. The public demand in the present and the course of Uzbekistan for the linguistic euro integration cause the emergence of new tasks, among which the following stand out: knowledge of a foreign language (mainly English) is a prerequisite for the entry of education in Uzbekistan into a single European and world educational and scientific space; the mobility of citizens (students, specialists, etc.) in the international intellectual market and the construction of the European Higher Education Area are possible only on condition of fluency in the international language of communication, which in fact has become English.

We, the teachers of TSDI, are also concerned about this problem. For us, teaching is a dynamic process, or better to say, a life consisting of searches, creativity and self-improvement. In the educational process, in the light of modern requirements, the department is constantly busy with the work of intensive teaching of a foreign language. Particular attention is paid to intensive teaching methods, all the time explanatory work is carried out among students to increase the motivation for studying medical terminology in the English language.

Terms (from Lat. *Terminus* - limit, border) are words that give an exact designation of objects, phenomena, processes in a specific area, for example, in medicine. The indispensable requirements for them are complete certainty of the meaning and stability of the definition.

The use of terms is a prerequisite for language and science. Their development proceeds in parallel, since each new concept must be precisely fixed by a word-term.

Modern medical science uses mainly Latin terms or lexical elements of the Greek language. Some medical terms are outdated and out of use, others change their meaning, and new terms appear to express new scientific concepts.

The basis of medical terminology are Greek terms dating back to Hippocrates (5-4 centuries BC) and Claudius Galen (3-2 centuries BC), as well as Latin terms from Aulus Cornelius Celsus (1 century BC) AD

Greek medical terms were influenced by the Latin language, which affected their transcription, stress and endings.

In English medical texts, the Latin spelling has retained about 40% of the terms (vertebra, dermatitis), the anglicized spelling has about 60% of the terms borrowed from the Latin language (incision, muscle).

When forming new terms, Latin terms are usually attached to Latin, and Greek to Greek, but there are exceptions (for example, in endocervical, the prefix of *endo* is of Greek origin, and the root is Latin).

In each term, it is customary to consider its etymology (origin) and semantics (semantic meaning). The modern semantics (interpretation) of a medical term often does not coincide with its etymology.

Medical terminology is the language used by doctors of various specialties. It should be clear to the reader and listener in relation to the concepts. The most acceptable for existence in medical terminology should be considered those words that are accepted by the majority of specialists, are understandable to everyone and reflect the essence of a phenomenon or an object. The semantic meaning of a term in medicine only then becomes common property when it is fixed by an exact term that does not allow for various interpretations, simple, unambiguous.

The pain and indignation of a number of scientists is caused by the copying of foreign terms in the scientific medical literature, the so-called Europeanisms, most often borrowed from the English language. So, in the work "Why" coping "when there is sovladenie?". Special literature repeats the words "coping behavior", "coping strategy", "coping resources", "coping prevention", "coping development" and other "coping". Isn't it heavy? But "it" is fashionable! "

The number of transcriptions of foreign words, the so-called Europeanisms, has been steadily growing in recent years, primarily due to borrowings from the English language. Certainly, the terms "precise" (English precise – tochniy, opredelenny), "verified" (English verify - proveryat) will not raise doubts among those who know English. Having become widespread, they could become understandable for most doctors, acquiring Russian synonyms. But more often the opposite happens. Inaccuracy, ambiguity in the interpretation of little-known English transcriptions (sometimes just "cripples" from English words and expressions) bring controversy to the understanding of a particular scientific work. Therefore, in most cases, it is advisable to replace little-known transcriptions of a particular term with exactly corresponding and equivalent in meaning to them Russian synonyms.

A number of terms can be cited as an illustration:

"Defines" - instead of "opredelyat";

"Can be perceived" - in Russian "mojet vosprinimatsya";

"Simultaneous" - in Russian "odnovremenny";

"Denotes" - instead of "oboznachayet";

"Interaction" - instead of "vzaimodeystviye";

"Causal link" instead of "prichinnaya";

"Replicate" - instead of "vosproizvodit";

"Prediction" - instead of "predskazaniye".

In some cases, the authors, without inventing new words, give new concepts. For example, "additive and less than additive effect." An additive (from the English addition - pribavleniye) effect is a kind of synergy in which the effect of the action of medicinal substances together is equal to the sum of the effects of the action of each separately.

Authors should also remember that in different sciences the same words can have different lexical meanings. So, if in biochemistry there is a "coefficient of molar extinction, then in physiology" extinction "is a weakening of the conditioned reflex in the absence of its fixation.

We are fully in solidarity with those scientists who systematically and persistently fight for the culture of the language, since it is about the self-respect of the people, their morality and spiritual growth. In this regard, I would like to wish all

chief and scientific editors of printed publications more attentive and demanding approach to the language of publications, otherwise we will never achieve the desired result.

PROS AND CONS OF ONLINE TEACHING

Ismailova M.B.

Tashkent state dental institute.

muhayyoismailova@gmail.com

One of the most oft-used terms after the pandemic is the term “new normal.” The new normal in education is the increased use of online learning tools. The COVID-19 pandemic has triggered new ways of learning. All around the world, educational institutions are looking toward online learning platforms to continue with the process of educating students. The new normal now is a transformed concept of education with online learning at the core of this transformation. Today, digital learning has emerged as a necessary resource for students and schools all over the world. For many educational institutes, this is an entirely new way of education that they have had to adopt. Online learning is now applicable not just to learn academics but it also extends to learning extracurricular activities for students as well. In recent months, the demand for online learning has risen significantly, and it will continue doing so in the future.

As with most teaching methods, online learning also has its own set of positives and negatives. Decoding and understanding these positives and negatives will help institutes in creating strategies for more efficiently delivering the lessons, ensuring an uninterrupted learning journey for students.

What Are The Advantages Of Online Learning?

1. **Efficiency.** Online learning offers teachers an efficient way to deliver lessons to students. Online learning has a number of tools such as videos, PDFs, podcasts, and teachers can use all these tools as part of their lesson plans. By extending the lesson plan beyond traditional textbooks to include online resources, teachers are able to become more efficient educators.

2. **Accessibility of Time and Place.** Another advantage of online education is that it allows students to attend classes from any location of their choice. It also allows schools to reach out to a more extensive network of students, instead of being restricted by geographical boundaries. Additionally, online lectures can be recorded, archived, and shared for future reference. This allows students to access the learning material at a time of their comfort. Thus, online learning offers students the accessibility of time and place in education.

3. **Affordability.** Another advantage of online learning is reduced financial costs. Online education is far more affordable as compared to physical learning. This is because online learning eliminates the cost points of student transportation, student meals, and most importantly, real estate. Additionally, all the course or study materials are available online, thus creating a paperless learning environment which is more affordable, while also being beneficial to the environment.

4. **Improved Student Attendance.** Since online classes can be taken from home or location of choice, there are fewer chances of students missing out on lessons.

5. Suits a Variety Of Learning Styles. Every student has a different learning journey and a different learning style. Some students are visual learners, while some students prefer to learn through audio. Similarly, some students thrive in the classroom, and other students are solo learners who get distracted by large groups. The online learning system, with its range of options and resources, can be personalized in many ways. It is the best way to create a perfect learning environment suited to the needs of each student.

What Are The Disadvantages Of Online Learning?

1. Inability to Focus on Screens. For many students, one of the biggest challenges of online learning is the struggle with focusing on the screen for long periods of time. With online learning, there is also a greater chance for students to be easily distracted by social media or other sites. Therefore, it is imperative for the teachers to keep their online classes crisp, engaging, and interactive to help students stay focused on the lesson.

2. Technology Issues. Another key challenge of online classes is internet connectivity. While internet penetration has grown in leaps and bounds over the past few years, in smaller cities and towns, a consistent connection with decent speed is a problem. Without a consistent internet connection for students or teachers, there can be a lack of continuity in learning for the child. This is detrimental to the education process.

3. Sense of Isolation. Students can learn a lot from being in the company of their peers. However, in an online class, there are minimal physical interactions between students and teachers. This often results in a sense of isolation for the students. In this situation, it is imperative that the school allow for other forms of communication between the students, peers, and teachers. This can include online messages, emails and video conferencing that will allow for face-to-face interaction and reduce the sense of isolation.

4. Teacher Training. Online learning requires teachers to have a basic understanding of using digital forms of learning. However, this is not the case always. Very often, teachers have a very basic understanding of technology. Sometimes, they don't even have the necessary resources and tools to conduct online classes. To combat this, it is important for schools to invest in training teachers with the latest technology updates so that they can conduct their online classes seamlessly.

5. Manage Screen Time. Many parents are concerned about the health hazards of having their children spend so many hours staring at a screen. This increase in screen time is one of the biggest concerns and disadvantages of online learning. Sometimes students also develop bad posture and other physical problems due to staying hunched in front of a screen. A good solution to this would be to give the students plenty of breaks from the screen to refresh their mind and their body.

In conclusion online learning should be seen as a complement and extension of classical forms of learning. Not even the best online course can fully replace the personal contact with a teacher, or the human relationships that develop in a group. So, traditional classes shouldn't be replaced with online learning.

THE USE OF DENTAL TERMS IN THE ENGLISH LESSONS.

Sagatova Sh.B., Muhtarov S.A.

Tashkent state dental institute.

shakhnoza.sagatova@gmail.com, mukhtarovislom@mail.ru

Modern medicine is developing very quickly. And this is one of those areas where the exchange of knowledge and experience is of great importance. Students learn professional vocabulary, expand their lexicon with medical terms, read original literature in English.

This begs the question of the essence of learning English by medical students. The answer is straightforward suggesting that knowledge of English can unlock myriad of opportunities for students of medical universities like studying abroad, undergoing an internship in foreign clinics, and working abroad to name a few. As a consequence, medical English involves not only the development of general conversational skills, but also the study of highly specialized lexical material and grammatical constructions. Moreover, the task of a foreign language teacher is to ensure that students learn the definitions and word forms of these terms and can masterly apply them in speech.

Learning professional terminology can prove particularly difficult for students since the terms enter into different semantic relations in other words-terms and have limited lexical compatibility, meaning that there are various ways of teaching professional vocabulary of the English language. The main unit of information in professionally oriented training is text. Working with authentic professionally oriented texts in the specialty helps students to accumulate and systematize a lexical minimum sufficient for the ability to work with professionally relevant information.

Working with terminological lexical material involves familiarization with new words and terms, their primary consolidation, and, finally, the development of skills and abilities to use new vocabulary in different types of speech activities and in various communication situations.

The problem of studying physical terms in English can be solved by using heterogeneous tasks for students with individually distinct perception of information, by introducing an element of the game into the lesson at the stage of studying terms. Psychologists say that there are no pure types, all of us are mixed, but some are more expressed through separate channels of perception, so we came to the conclusion that when studying and fixing the material, we should influence all channels of perception and sometimes offer students tasks to choose from, which involve their most developed channel of perception more actively.

As a teacher I try to make sure the students have absorbed the material at an elite level by considering their speech and pronunciation literacy. Furthermore, I personally tend to study dental terms with them as I firmly believe that this could bring about invaluable contribution to their further development especially facilitate the fulfillment of their possible aspirations to study abroad,

Of course, certain dental problems have never brought pleasure to anyone. Maybe for a ten-year-old hooligan or an "overgrown" punk, a knocked out or broken tooth may be a reason for pride temporarily, indicating his superior position in a fight. However, in a few years it is highly likely to pose lots of risks and problems.

Regardless of gender and field of activity, an individual may start feeling shy of any defects in the dentition. It should be noted that the core concern is not merely in any kinds of inconvenience during the food consumption process or speech defects, but rather in the indirect negative impact it may exert on one's self-esteem due to the gaps in the dentition.

In addition, the dynamics of our world and the basic ideas about human beauty now imply the vitality of not only the presence of all teeth, but also their aesthetic component in terms of an even location, snow-white color, and, most importantly, one's health. That is why modern dentistry sets the treatment of teeth as its salient objective - regardless of the complexity of the problem and the volume of destruction, teeth must always be preserved! By any means! This suggests that in case of that teeth being lost for one reason or another, then modern methods of implantation and prosthetics will definitely help to restore it, regardless of the time length since its removal. Thanks to the latest techniques, the clinic equipped with all the necessary equipment can perform operations to restore bone tissue if it has resorbed since the tooth was removed.

Thus, today's technologies and techniques allow individuals to completely restore lost teeth, and the appearance of prostheses, crowns and implants will not differ from one's own "native" teeth. The ability to install prostheses for a while, regardless of the number of missing teeth, makes this procedure available for both adults and elderly people, as well as for children for the period of bite change.

As I have already mentioned, the main task of dentistry today is to preserve the teeth of each patient, regardless of one's age. Importantly, back a few decades ago doctors could offer to remove even perfectly healthy teeth, if they interfered with the installation of a bridge structure or a chip prosthesis, today no one practices such techniques anymore! Highly qualified specialists are ought to assess the condition of the patient's oral cavity, if necessary, send him for an X-ray or tomographic examination, and only after drawing certain conclusions, professionals can state the expediency of this or that type of treatment.

In addition to the higher-quality and modern equipment that dental clinics have today, the technologies of various treatment methods have also changed. Filling materials are becoming more perfect, they look no different from the tone of natural teeth, and with a high-quality installation, they are highly likely to easily stay in the teeth for many years. Modern technologies allow for treatment of any complexity, regardless of the degree of tooth destruction: if it is impossible to restore it with filling materials, then a crown can be installed on it even if only the root remains of the tooth. As for modern technologies in the restoration of removed teeth, dentistry has stepped far ahead here: implantation allows dentists to completely restore lost teeth, and with the help of new methods of prosthetics, they can eliminate any shortcomings of the dentition. With the help of new braces, any malocclusion pathologies can be cured, while older technologies could not guarantee such a result.

What can be said about the fact that "insufficiently" serious malocclusion pathologies could be considered a norm, and they neglected them, trying to fix it except in childhood. And, no less important: high-quality anesthesia! If literally thirty years ago even tooth extraction was carried out without anesthesia, then today

dentistry can rightfully be recognized as "dentistry without pain" - high-quality anesthetics completely relieve the painful sensations from any operations, whether it is tooth filling, canal treatment or implant placement.

In conclusion, if it had not been for the state of the art dentistry methodologies, it would have not been possible to neither cure teeth diseases and oral cavity of any levels of complexity nor to restore lost teeth, achieve perfectly even dentition and snow-white glow.

PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS IN THE USE OF WORDS IN DENTISTRY IN THE ENGLISH LESSON.

Sagatova Sh.B.

Tashkent state dental institute.

shakhnoza.sagatova@gmail.com

The international growth of English in academic areas has increased the number of English for academic purposes (EAP) courses at universities worldwide). Following this trend, different universities in Uruguay provide EAP courses as students will need English to access information in their field, carry out research, and participate in different academic events. The present research was carried out in 2017-2018 within the MA in English language teaching program at Southampton University (UK); and it took place at the Dental School of the Universidad de la República, in Uruguay, where a reading comprehension in English course was developed for students in the career of dentistry. This course had two main aims: (a) developing academic reading comprehension strategies that allowed students with basic levels of English to read academic books and research papers within their field; and (b) promoting acquisition of both general academic lexis and specific vocabulary related to the field of dentistry. I analyzed whether these two aims had been accomplished and the extent to which dentistry students with a basic or pre-intermediate level of English could understand academic articles while they started acquiring basic lexis from the field of dentistry. I also tried to fill a knowledge gap regarding the teaching of English as a foreign language (EFL) within the specific academic field of dentistry as, although there are studies in this field, these are not focused on the understanding of academic texts in relation to the acquisition of dental terminology.

By using a combination of qualitative and quantitative research tools, data were collected and triangulated to determine what may help students understand academic texts in such a short period of time. Apart from this, I also analyzed existing knowledge regarding the teaching of reading comprehension of academic texts in ESL/EFL courses.

According to reading comprehension is "the product of two main clusters of skills: word recognition and language comprehension skills" (p. 338). Given the elementary levels of English of the Dental School university students who take the course, teaching reading comprehension strategies in English to them is highly challenging. To fully understand the aims of the reading comprehension course and this research, some key concepts must be defined. According to Richards (1976, as cited in knowing a word in depth means:

a) knowing the degree of probability of encountering the word in speech or print; b) knowing the limitations imposed on the use of the word according to function and situation; c) knowing the syntactic behaviour associated with the word; d) knowing the underlying form of a word and the derivations that can be made of it; e) knowing the associations between the word and other words in the language; f) knowing the semantic value of the word; and g) knowing many of the different meanings associated with the word. (p. 46)

There are two different yet interconnected perspectives regarding vocabulary acquisition in second language learners and, as Schmitt and McCarthy (1997) point out, both positions must be considered during lessons as they complement each other to maximize language learning. One of the positions states that vocabulary is widened through incidental exposure to written texts and promotes “reading as one route to acquiring a nativelike vocabulary in a target L2” especially when there are time constraints. However, this perspective is questioned by researchers as who states that “experimental evidence in support of this claim is weak [and] learners in these experiments typically acquire very few words” (p. 112). This has given place to the other perspective that proclaims that vocabulary must be explicitly taught.

Regarding the teaching of lexis and criticize the fact that, despite the importance lexical knowledge has, explicit vocabulary teaching approaches are generally neglected during language lessons preventing further improvements regarding language acquisition. This leads to what highlight in the sense that “limited lexical knowledge can lead EFL learners to frustration and demotivation” (p. 205) as they feel they cannot understand texts. Nevertheless, at present, complex approaches to language teaching, focused on meaning and lexical development, are considered effective and recommended during lessons “grammaring” approach to language, Lewis’ (2002b) lexical approach, or Carter and McCarthy’s (2006) promotion of the use of corpora, highlight the importance of using authentic texts and of analyzing different lexical aspects in them during teaching. As Carter and McCarthy suggest, apart from teaching specific vocabulary, teachers should regularly highlight word clusters and collocations which appear in authentic texts. [Language games are a kind of analytical method (a set of techniques) for clarifying a language, highlighting its functions, work. It is thought of as a search for ways out of all sorts of conceptual dead ends that abound in philosophical tradition.]

Krashen (1985) elaborated the “input hypothesis” that states that language learners acquire language when they receive what he calls “comprehensible input.” He highlighted that students learn best when the linguistic input they receive is a little beyond their comprehension. For him, when students face both comprehensible and new input, they learn following a “natural order” that allows them to understand structures beyond their level by using and deriving information from context. He maintains that by providing adequate input, teachers can scaffold and challenge students towards learning; what students already know helps them understand and incorporate new knowledge.

Regarding the course’s approach, all participants highlighted that the course was highly meaningful because it was focused on the career of dentistry. This shows that both the course’s program and interactions during class were focused on learners’

interests and needs. Therefore, language and knowledge were constructed in a dialogical way during lessons where students discussed and put into practice different reading comprehension skills while analyzing the structure and language used in academic texts.

In conclusion, as results show, the reading comprehension in English course being taught at the Dental School is highly meaningful as it allows students with basic and pre-intermediate levels of English to acquire the necessary skills to read and understand different texts from their technical field. Future courses may also incorporate genre analysis and study the rhetorical patterns that appear in academic texts.

PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS IN THE USE OF MEDICAL TERMINOLOGY IN THE ENGLISH LESSONS.

**Sagatova Sh.B., Abdulhayeva K., Ibodullaeva M., Rahimova R.,
Abduraufzoda Z.**

*Tashkent State Dental Institute
shakhnoza.sagatova@gmail.com*

Medical language is based on terminology describing the condition of the body, medications and their effects on a person, the technologies used in treatment, and much more, which is recorded in special publications, the content of which is related to human health. Such texts in need of translation, can be of any level: extracts from medical records, protocols, diagnostic investigations and operations carried out, results of medical reports, results of laboratory tests, information for patients and/or doctors, instructions for use of medicines, recommendations for treatment etc. Teaching a foreign language in a medical school has a number of peculiarities. Whereas at technical institutes the professional orientation of the language material studied is based on the knowledge of secondary school science subjects, at a medical institute begin to study professionally oriented material in foreign language even in the preclinical course. The difficulty of assimilating of learning material is due to the fact that students are forced to difficulty in assimilating educational material is due to the fact that students have to work with concepts that even in their native language do not seem quite clear. Therefore, the specifics of learning English at a medical school are a clear focus and subject matter. Students master language primarily as a way to get additional information on their specialty.

Teaching English at a medical University is based on a clear specific goal: communicative actions in professional conditions, based on the goal, English training is based on the professional orientation, inter — disciplinary and communicative-active approach and thus achieved the introduction of the educational process of professionally directed competence

Today, specialists from different countries try to communicate with each other, publish journals and exchange experiences. Most of this interaction takes place in English. However, a lot of doctors, even young ones, do not know the language even at an intermediate level and do not consider it a priority to learn. So, why knowing medical English is important?

It is generally known that English for Specific Purpose (ESP) is different from other general vocabulary courses in many ways. In order to carry out the study, subjects comprised students who attended a professional development/training course on the medical terminology. The location of the training course was University which was attended by professional English teachers and trainees. Apart from the personal experience in the past and the current 3 hour-training, a self- developed questionnaire was also used to elicit required data. The results of the survey indicated that most of the trainees faced difficulties due to: difficulties in English, Latin borrowing, difficult word-structure and lack of opportunities to practice. Based on the findings, it could be suggested that the learners should apply some strategies to pursue self-learning via web resource and peer learning.

Different kinds of courses are required in all the professional institutions/organizations, therefore medical colleges and hospitals are no exception. The fact that all the medical institutes offer specific course for medical terminology, however, the level of difficulties does not usually allow the learners to attain the conceived targets. Many reasons can be attributed to such learning difficulties. Vocabulary size and variation can be considered as one of the most prominent factors. Difficulties related to learning or using medical terms may be observed in each and every element and skill of English language. It may be connected to the sound system, spelling, grammar(morphology), structure(syntax), vocabulary (lexicon) or meaning (semantics).

Translation of medical texts is one of the most difficult types of translation, requiring from the translator not only excellent knowledge of the language, but also understanding of medical processes. In the process of translation the medical student faces a number of difficulties:

- not always accurate and competent application of appropriate medical terminology;
- the problem of "translator's false friends";
- incorrect construction of a phrase and the whole sentence;
- errors in the translation of abbreviations in medicine.

According to the classification of medical translation, it could be divided into written and oral. Interpretation is represented by professional, semiprofessional and naive communication languages, for which the nature of the situation, special education of communication participants and knowledge of terminology is important. For the professional level the use of certain lexical units and syntactic constructions, characteristic also for the written medical translation, is inherent. This is the language of conferences, consiliums, presentations, reports, etc. At a semi-professional level (communication of the doctor with the patient) the efficiency of communication is reduced by the fact that one of its participants does not concern medicine, and, accordingly, barriers to communication are established, among which include: semantic communicative, psychological, cultural, stylistic. The written translation is subdivided into the translation of medical documentation, such as medical history or case report, medical certificate, prescription, outpatient records, referrals, etc., and translation of scientific research, i.e. documents such as articles, reviews, descriptions of research, case studies in specialized literature, reports, textbooks, etc.

Today's reality is that most research is printed in English. A doctor who wants to keep up to date with world experience is obliged to speak the language. As a result, doctors are cut off from information about the latest research and discoveries in their professional field. Over the years, this leads to backward and less effective diagnostic methods and prevents patients from receiving the level of treatment they might have hoped for. Not to mention the fact that often many English-speaking patients read medical journals themselves and often know more about their ailment than their general practitioner does.

Increasing and maintaining networking helps you to stay up-to-date, learn the latest news, and feel part of the community. Diagnostic and treatment methods vary from country to country so by knowing people from all over the world, doctors can learn and adopt the best from their foreign colleagues. Also, the worldwide license of a medical doctor, the exam USMLE should be taken by medical workers. This exam is also held in English.

Moreover, studying scientific articles, research analysis, taking courses and obtaining additional certificates - all these can be referred to as advanced training. Fluency in English actually gives doctors unlimited access to education. Medical professionals who speak English fluently have more choice about the time, format and cost of their training and are therefore more likely to find a suitable way to enhance their skills, be more professional and in demand.

In addition to, knowledge of foreign languages also helps to better understand and adopt foreign cultures, working standards and methodologies. Patients who go abroad for treatment have a lot to compare it with. They want the best service and know what it looks like in different countries. For any professionals, not only doctors, it is very useful to have a varied experience in order to take the best and raise their own standards of quality. Learning medicine English is a complex process that requires a lot of time and effort, so there are a number of difficulties. And everyone has their own solutions.

It is clearly seen that there are many reasons for a doctor to learn English. At the same time, the level of English proficiency to which one should aspire should be quite high. A doctor must be proficient in medical terminology, be able to read and fully understand even the most complex text on medical topics. And be able to hear English just as well, so you can communicate with your colleagues in other countries with ease. A doctor must be able to speak English clearly, so that the person he or she is talking to can understand every word, including medical terms that are difficult to pronounce.

For that reason, students must put a maximum of efforts in overcoming all the above mentioned difficulties. Avoidance of monotony and complication of teaching of language, carefully thought out organization of educational process in university conduces to the decision of overcoming of difficulties, promotes motivation of student for the study of English and converts him from the passive subject of perception of information in an active participant educational.

PERSPECTIVES OF MODERN TECHNOLOGY IN TEACHING MEDICAL TERMS

Sharipova N.E.

Tashkent state dental institute

sweetgirl01@mail.ru

The use of technology in medical education has been developing over many years. The trend in the use of technology has primarily developed in response to the challenges facing medical education. These challenges to medical education are numerous. The changing healthcare environment, with the movement of medical care from the traditional hospital setting to ambulatory medicine, has necessitated the ability to provide care in a much shorter period of time and requires changes in documentation with all information, including both health knowledge and medical records, becoming digital. Emphasis on cost-containment and evidence-based use of resources is a national imperative. There are changes in social expectations

a patient safety is a focus at all levels of medical education. This has also raised the ethical issues of learning interactions and procedures on live patients, with the long-standing teaching method of “see one, do one, teach one” no longer being acceptable.

The educational goals of using technology in medical education include facilitating basic knowledge acquisition, improving decision making, enhancement of perceptual variation, improving skill coordination, practicing for rare or critical events, learning team training, and improving psychomotor skills. Different technologies can address these goals. The task of medical educators is to use these new technologies effectively to transform learning into a more collaborative, personalized, and empowering experience. Bonk captures the essence of this new age of technology tools for education by stating “Anyone can learn anything from anyone at any time” [Bonk CJ. 2009.p234]

Education of undergraduate medical students can be enhanced through the use of computer-assisted learning. One example is the use of “flipped classrooms” in which students review an online lecture before the lecture session, and come to the classroom to have an interactive session with the teacher. This time can now be spent on further exploring complex issues or discussing and solving questions in a more personalized guidance and interaction with students, instead of lecturing. Research in this area has not been extensive. Although randomized trials in education suffer due to difficulty with standardization, contamination between two arms, inability to blind the participants, and difficulty measuring outcomes, a few randomized trials have been conducted asking outcome questions about flipped classrooms with some success. These studies showed a positive effect in the areas of student involvement, satisfaction, and knowledge acquisition. Bridge et al conducted a 5-year retrospective study of streaming video use at Wayne State.

University School of Medicine and found the student response to be overwhelmingly positive, with just a small percentage of students reporting that they rarely or never used streaming video of lectures.

Personal digital assistants (PDAs) are routinely used by students for medical questions, patient management, and treatment decisions. Medical apps for iPhones

and Android devices are numerous. Although many focus on anatomy and physiology, some address medical problem solving, diagnosis, and treatment.[
www.iMedicalApps.com]

The application of digital games for training medical professionals is on the rise. The so-called “serious” games provide training tools that provide challenging stimulating environments, and are often used for training for future surgeons. Use of serious games for surgical training improves eye-hand coordination and reflex times. At Florida State University College of Medicine, students in geriatric clerkships play Elder Quest, a role playing game in which players work to locate the Gray Sage, a powerful wizard in poor health that each player must nurse back to health. One published assessment of this tool was used to teach geriatric house calls to medical students. The investigators found that this method provided medical students with a fun and structured experience that had an effect not only on their learning, but also on their understanding of the particular needs of the elderly population.

The aim of simulation is to imitate real patients, anatomic regions, or clinical tasks, and/or mirror the real-life circumstances in which medical services are rendered. Simulations can fulfill a number of educational goals. A qualitative, systematic review by Issenberg et al, spanning 34 years and 670 peer-reviewed journal articles, found that the weight of the best available evidence suggests that high-fidelity medical simulations facilitate learning under the right conditions. The learning characteristics identified included providing feedback, repetitive practice, curriculum integrations, range of difficulty levels, multiple learning strategies, capture of clinical variation, individual learning, and the ability to define outcomes or benchmarks. Issenberg et al concluded that although research in this field needs improvement in terms of rigor and quality, high-fidelity medical simulations are educationally effective and simulation-based education complements medical education in patient care settings. Bradley has published a review on the history of simulation and Lane et al, a comprehensive review of simulation in medical education.

Medical education is rapidly changing, influenced by many factors including the changing healthcare environment, the changing role of the physician, altered societal expectations, rapidly changing medical science, and the diversity of pedagogical techniques. Societal influences and the changing healthcare environment are influenced by the internet, globalization, cost containment, aging of society, increasing public accountability, a medically informed public, demands of personalized care, population diversity, expansion of healthcare delivery by non-physicians, and changing boundaries between health and healthcare. Physicians now work in teams, are salaried, part of a complex organization, and must be highly accountable. Challenges of preparing the future doctor involve emphasis and standardization of competencies and learning outcomes, integration of formal knowledge and clinical experience, patient-centered care, population health, cost-conscious–high value care, and understanding the organization of health services.[
Nilufar S. The Crosscultural Analyses of Uzbek, English and German Proverbs //Oriental Art and Culture. – 2020. – №. V.]

Use of technologies for undergraduate, postgraduate, and continuing medical education has become increasingly prevalent. There are a number of educational advantages. These modalities facilitate knowledge acquisition, improve decision making, enhance perceptual variation, improve skill coordination, and provide an educational environment that engages the learner and allows learning that does not endanger the patient. Use of computer technologies has the additional benefit of being able to assess competencies and milestones, and provide the student, at any level, with the tools to continue to access the medical knowledge necessary to deliver quality care and be a life-long learner.

THE ESSENTIAL METHODS OF TEACHING ENGLISH FOR EARLY CHILDHOOD

Yakubova Sh.M.

Tashkent state dental institute

shakhnoza_maksudovna@mail.ru

It is widely acknowledged that the process of globalization and proliferation of cutting-edge gadgets have given an immense development in every country's educational system. Uzbekistan is also one of the most famous models of this achievement. In December 2012, the First President of Republic of Uzbekistan Islam Karimov approved the Resolution No 1875 which called "About the measures on further development of foreign language teaching and learning system". The initiative of the Resolution precipitated the rapid increase of teaching English in different educational institutions including lyceums, colleges and universities. The novelty was created on the basis of this official document was that English language teaching commenced from primary school children's 1st grade which enabled learners to have fundamental preparation for acquiring language in an easier way as they learn their mother tongue through imitation. Therefore, teachers of these learners have been stimulated to apply new methods or strategies to make English lucid to comprehend for young learners. Numerous ways of teaching will be analyzed further by juxtaposing them to identify their strengths and drawbacks.

"Simon says"

As psychologists have pointed out kids are likely to learn any foreign language with the help of motions or different types of body movements which supply their brains with sufficient oxygen and guarantee the quality of learners' understanding. However, if grammar is presented to these primary school children, consequently, they will become reluctant to continue experiencing to obtain the certain knowledge due to the fact that grammatical constructions require specific complicated thoughtful activities from kids that are not straightforward for children. Hence, the game "Simon says" is a kind of funny and physical task which encourage learners to practice certain new words in target language as well as to be dexterous. The instruction of the game includes the followings: either teacher himself or he calls any volunteer who does physical movement and reiterates at the same time Simon says and all learners are engaged to do the same motions. The physical actions may vary in terms of who is leading the game. The learners can be asked to do silly actions as well which are so preferable for them. The important point in the game is that if the representative on

the stage stops telling Simon says, learners are not supposed to do the actions; otherwise, they have to quit the game. The procedure befalls in that order; however, sporadic cases of quick or slow movements make the game more interesting. The main merit of this activity is that action verbs that were explicated in previous units can be revised through this game. Fast and some silly movements give chance learners to laugh out loud and check their comprehension.

Board Race

It is also based on physical activity that is supposed to do by learners. Regrettably, it is more cognitive or based on working with memory rather than just physical movements. In this game, students work in small groups of three or five. They are given markers or separate blackboards. If the scarcity of blackboard is observed in the classroom, tiny tablets can also be utilized in this process. The task is that learners are given certain period of time, for instance, 1 minute or less than this, all group members come turn by turn and write down lexical units appropriate to their assigned topic. After several attempts teacher stops children and start counting all the words. In the next step, learners should check each others` words in terms of their accuracy and spelling. When they finish proofreading, the teacher calculates them one more time. The group which has written down more words in number and less in errors is considered as the winner. The main pluses of this technique are that children practice new words at home and work on their spelling mistakes. In addition, children tend to be competitive, if they lose the game this time, next time they do their best to show that they have learned by heart all new words. In the contrary, if learners cannot write as many words as their pairs write, they may experience pair-pressure and easily get discouraged and refuse playing this game anymore. The beginning this game with easier topic that is well-reviewed in advance can be the suggestion for teachers to lead it successfully.

Hot Seat

As in Board Race, children work in small groups. One representative from each group turn by turn comes and sits the chair that stands back to the board. The teacher writes down recently covered new lexicon and another one member of the group describes or explains this word within limited period of time. The learner who is sitting on hot seat should find the world. The procedure of the game occurs in this way. The group which can find more words correctly is pondered as the winner group and gets their rewards. The main demerit of the game is that it is not suitable for revising grammatical constructions. It can be employed only in the case of vocabulary practicing. In addition, there are some students who may have difficulties in explaining words. As a result, they might lose time and game.

Hangman

This game is adequate for a warm-up activity. The interest for the game continues 5 minutes. The teacher writes down covered words with dashes to show many letters there are on the board. The teacher asks students suggest a letter and if they find letters, the teacher indicates them to appropriate places and the game continues till all the letters will be revealed. The teacher may encourage her students to do the same by dividing into groups; however, for this the classroom should be well-equipped with sufficient blackboards or blackboards. There are some pluses and

minuses of this activity: it lights up learners' interest and grabs their attention instantly. Furthermore, they will learn how to write words correctly. The major drawbacks can be observed in the process of assessing students while they are screaming the letters out loud, it will be difficult to detect who has given the correct answer. Even though they all admit that they have given correct answer, honest evaluation of children's knowledge is quite important to motivate them to study more enthusiastically.

Where shall I go?

This game is really effective to check little kids' understanding of prepositions and their application in their language. The game should be played by two pairs. There is no facility to play this game out of classroom, that's why teachers create a kind of artificial maze by changing the arrangement of the classroom. The learners are not allowed to enter the classroom at first. After they have divided into groups of two and identification of who will be blindfolded and who will give instructions, they enter classroom. The instructor should give directions to the blindfolded kid by saying go straight, turn left or turn right and so on. While process is taking place, the teacher may check learners' usage of certain phrases as well as the time which are key points to detect the winner pairs. The main advantage of this game is that kids can practice special language units while they are giving directions. Additionally, they do physical activities which help them to be active and energetic. However, they may use their mother tongue unconsciously to give quick directions in an impulsive way which violates the purpose of the game. In order to eradicate this problem, teachers of primary school children, monitor their language and stimulate to play this game after reviewing these useful language units over and over.

Overall, all the above-mentioned games and activities are dedicated to engage children to acquire the language and do physical movements. All the activities should be organized in a way that learners would like to play voluntarily instead of making it mandatory for all the members of the group. Furthermore, when teachers of primary school children have been asked to fulfill questionnaire, they emphasized on the fact that there are some talented kids who are quick to acquire any new information, it does not matter whether data are about vocabulary, grammar or phrases. They are gifted and it is a big plus for them, regrettably, there is another issue that slow learners' cases require teachers to conduct extra classes with these types of children to make them to have the same rate of acquisition. Generally, teaching foreign language, namely English instigates teachers to be ready for every situation and to work on themselves a lot.

In conclusion, these five activities and games which were described below are being put into practice by teachers more and more even though they have some minuses. The main reason of this is that the pluses of them overweight the drawbacks and also they are quite beneficial in teaching vocabulary and checking learners' comprehension. Hence, all these strategies are strongly recommended to be utilized to make the learning process funnier and easier for children.

COSMETIC DENTISTRY

Yesbosinova N.P.

Tashkent state dental institute

nurray16@mail.ru

Cosmetic dentistry is a method of professional oral care that focuses on improving the appearance of your teeth. And although cosmetic dentistry procedures are usually elective rather than essential, some treatment cases also provide restorative benefits. Learn about the most common procedures and how they work.

1. Inlays and Onlays

This cosmetic dentistry procedure is also known as indirect fillings, which are made by a dental laboratory. They are used when a tooth has mild to moderate decay or insufficient tooth structure to support a filling. Provided there is no damage to the tooth cusps, the inlay is placed directly onto the tooth surface. However, when the cusp or a more significant portion of the tooth is damaged, your dentist may use an onlay to cover the tooth's entire surface.

Inlays and onlays were once made of gold but typically are made in a dental laboratory from a composite of porcelain or ceramic material and attached to the teeth with adhesive dental cement. They provide support to strengthen teeth, restore their shape, and avoid any further decay or deterioration.

2. Composite Bonding

Composite bonding refers to the repair of decayed, damaged, or discolored teeth using material that resembles tooth enamel color. Your dentist drills out the tooth decay then applies the composite onto the tooth's surface, and then "sculpts" it into the right shape before curing it with a high-intensity light. Also referred to as "bonding," this procedure effectively covers the tooth's damage and gives the appearance of a healthy tooth in its place. Bonding is one of the least expensive cosmetic dentistry procedures available to patients with tooth decay, chipped or cracked teeth, and worn-down edges.

3. Dental Veneers

Typically manufactured from medical-grade ceramic, dental veneers are custom-made caps that go over your natural teeth. They look exceptionally realistic and can resolve numerous cosmetic problems, ranging from crooked teeth to cracked or damaged enamel to noticeable gaps between two teeth. The dentist applies the veneer to the front of each tooth using a dental adhesive.

4. Teeth Whitening

Teeth whitening is one of the most popular cosmetic dentistry procedures. It can be performed at your dentist's office, often in a single visit. The dental hygienist will first remove plaque, tartar, and other debris from each tooth's surface, restoring its natural appearance. The teeth can then be whitened with a bleaching agent to achieve an even lighter shade than this original color.

Over the years, teeth become stained and worn from food, drinks, medication, and personal habits such as smoking. Whitening coats the teeth, and this procedure can be done in the dental office or at home. Additionally, patients can use toothpaste to achieve the same effect in one to two weeks. This product works to whiten teeth more than three shades over two weeks and optimal results within four weeks.

5. Implants

Dental implants are used to replace lost or damaged teeth. The dentist inserts a small titanium screw into the jaw at the site of the missing tooth, which serves as the support for a crown. These implants are almost indistinguishable from the surrounding natural teeth. Once the bone and supporting tissue fuse to the implant, they are permanently secured into place. Patients need to practice diligent oral hygiene during the implant placement period and after the implant procedure is completed to clean plaque and food debris from the area.

If you're considering cosmetic dentistry procedures, it's vital to find a cosmetic dentist who specifically offers the option you're interested in. They will give you more guidance on which procedures would be best for you.

If you're not satisfied with your smile, modern cosmetic dentistry can help. This method of professional oral care focuses on improving the appearance of your mouth, teeth, gums, and overall smile. Common procedures include teeth whitening, veneers, fillings, and implants.

Cosmetic dentistry is becoming more and more popular, with the industry as a whole projected to reach \$32 billion by 2026. Although it's not an essential procedure, cosmetic treatment can restore confidence in your smile.

What Does a Cosmetic Dentist Do?

A cosmetic dentist is responsible for a variety of procedures — from minor fixes to major surgeries. Here are a few of the cosmetic procedures they offer.

Teeth Whitening

Teeth whitening is one of the most basic cosmetic dentistry procedures—as well as one of the least expensive. Over time, teeth can become stained from food, drinks, medications, or other habits like smoking. Many people turn to teeth whitening to make their smile brighter.

After teeth have been cleaned of plaque, tartar, and other debris, teeth whitening can bleach the surface of teeth to create a brighter, whiter appearance. While over-the-counter products like toothpaste, rinses, and whitestrips can offer some results, professional tooth whitening can provide a shade up to 5 to 8 times lighter.

Dental Veneers

Dental veneers are thin, white shells made from medical-grade porcelain, resin, or ceramic. They're custom made for each patient to resemble their natural teeth.

Before attaching the veneers, the dentist removes some enamel from the tooth's surface to allow the shells to be bonded realistically to the front of the teeth. Dental veneers can fix a number of cosmetic issues, including crooked teeth, damaged enamel, and gaps between teeth.

Dental Crowns

A dental crown, also known as a dental cap, fits over a decayed or damaged tooth. These crowns can keep a weakened tooth from breaking or used cosmetically to cover misshapen or severely discolored teeth.

They can also be used to cover other procedures, like root canals, enamel fillings, dental bridges, or dental implants.

Inlays and Onlays

Inlays and onlays, also known as indirect fillings, are used when a tooth is too decayed to support a typical filling. These fillings are created in a dental laboratory and bonded in place by a cosmetic dentist.

An “inlay” is when the material is bonded in the center of the tooth. An “onlay” is when the filling covers one or more parts of the tooth or covers the tooth’s entire surface.

This procedure is an alternative to the crown, preserving more of the tooth’s natural surface while still strengthening and restoring the tooth after decay or deterioration.

Literature

1. Resolution of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan dated May 19, 2021 No. PP-5117 "On measures to raise activities to promote the study of foreign languages in the Republic of Uzbekistan to a qualitatively new level."

2. V.V. Shkarin, Yu.V. Grigorieva, N.M. Gorokhova. State Medical Academy, Nizhniy Novgorod 2004

3. Large illustrated dictionary of foreign words. M; 2002;

PROBLEMS OF LEARNING ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE

Yunusova D.M., Usmanova D.R., Muqimova X.O., Ismoilxujaeva K.G.

Tashkent state dental institute

Abstract: Nowadays technology, information and knowledge explosion have led to the increase of teaching and learning English as an international language. Teaching and learning English in different countries have been faced with some problems. English has been taught in schools in Uzbekistan since many years. But the point is that although our medical students spend a long time in language classes, they do not achieve a desirable level in various language skills.

Keywords: language learning problems, second language, solution, learning, teaching, interaction, methodology, motivation, interactive teaching methods.

Objective of research: To make the process of teaching English for medical students easier and more interesting.

In modern world, multilingualism is becoming more and more important. In addition to opening up employment opportunities, being able to speak a foreign language helps to make a real connection with people and to know more about diverse cultures, places and lifestyles. The more proficient you are, the better you can express yourself. Out of the 6 500 spoken languages in the world today, why choose to learn English? As the third most widely spoken language in the world, English is widely spoken and taught in over 118 countries and is commonly used around the world as a trade language or diplomatic language. It is the language of science, aviation, computers, diplomacy, and tourism. Last but not least, it is the language of international communication, the media and the internet. The article under discussion depicts the problems encountered in learning English as a second language. The authors of the article suggest some ways of solving the target problems to increase effectiveness of teaching and learning English.

Currently, there is a tendency among students in Uzbekistan to go to private educational centers. This proves once again that the general educational curriculum is

not effective enough and it is necessary to take into account the experience of private educational centers for the development of this direction.

More specifically, there are several factors to consider. The first and most important is the division of students into mini-groups based on the level of English. Currently, a large number of educational institutions divide students based on other criteria: age, direction of study, course, this in most cases is not an effective solution. Practice shows that it is more expedient to divide students according to their level of English (beginner, elementary, pre-intermediate, etc.), regardless of the course of study, age and direction.

The graph below graphically shows the results of a study conducted at Volgograd State Medical University. During the study, the students were divided into 2 groups. The first group was trained according to the traditional teaching method, the second used interactive methods during the training. As a result, after the tests, it was found that the results of the second group were significantly high. Thus, he proved that the assimilation of knowledge is more effective when using interactive methods.

Combining the above, it must be said that these two factors play a key role in the educational process. At the same time, the use of one factor without the second will not give a good effect. The results of the study have demonstrated the effectiveness of the inclusion of interactive teaching methods and separation of students into the educational process, which contribute to more successful mastering of the studied material, the development of teamwork skills, the formation of basic competencies that allow students to independently acquire knowledge that is as close to practical health care as possible.

References

1. García E. & Flores B. Language and Literacy Research in Bilingual Education. Tempe. AZ: Arizona State University, 1996. P.p. 3-9.
2. Cummins J. Cognitive factors associated with the attainment of intermediate levels of bilingual skills. The Modern Language Journal. 61 (1/2), 1997. P.p. 3-12.
3. Hester H. Peer interaction in learning English as a second language. Theory Into Practice. 23 (3), 1984. P.p. 208-217.
4. Active and interactive teaching methods: Textbook / Ed. V.I. Grebenyukova. - Nizhnevartovsk: Nizhnevartovsk publishing house. state university, 2014

ТЕХНОЛОГИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ЭФФЕКТИВНОГО, СОВРЕМЕННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ.

Абдиримов И.С., Давлетова А.А., Фазилбекова Г.А.

ЦРПКМР

Для системы образования всех стран, в том числе и Узбекистана, дистанционное образование стало своего рода испытанием на прочность. За короткое время, педагогами вузов были разработаны и предложены учебные видеоматериалы, для эффективного продолжения обучения курсантов медицинских вузов.

В Центре развития Профессиональной квалификации медицинских работников создан отдел современной педагогики, внедрения информационных технологий и организации дистанционного обучения. Прикрепленная к официальному сайту Центра повышения квалификации медицинских кадров система дистанционного обучения на платформе MOODLE начала свою работу в январе 2020-2021 учебного года.

Современная система последипломного медицинского образования тесно связана с необходимостью «образования через всю жизнь», именно это обеспечивает специалисту непрерывное медицинское образование (НМО). В современных условиях НМО используется во всем мире для регулирования медицинской службы, постоянного повышения квалификации медиков, что, соответственно, позитивно влияет на качество оказываемой населению медицинской помощи. Вместе с тем упомянутое качество оказания медицинской помощи населению страны напрямую связано с оптимальностью использования ресурсов системы здравоохранения для повышения эффективности медицинской службы и зависит от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний.

В последние годы всё больше возрастает популярность дистанционного обучения. Информационные продукты для дистанционного обучения созданы с использованием кейс-технологий, которые включают видеолекции, вопросы для самопроверки, тесты, практические задания, системные интеллектуальные подсказки по каждой теме.

В поиске инновационных форм и методов современного последипломного образования, направленных на повышение качества подготовки специалистов и самосовершенствование обучающихся, современная педагогика пришла к учебным занятиям — тренингам и мастер-классам, на которых демонстрируется творческое решение проблемы и определенной познавательной задачи. Мастер-класс определяется как жанр обобщения и трансляции педагогического опыта, опирающийся на фундаментально разработанный оригинальный метод или авторскую методику, имеющую свои основополагающие принципы и определенную структуру.

Это специфическая форма учебного занятия, основанная на предметной демонстрации творческого решения определенной познавательной и/или проблемной задачи. Преподаватель, ведущий мастер-класс или тренинг, должен обладать суммой знаний и умений, позволяющей четко определять цели и задачи учебного процесса, владеть методами и способами обучения. Тематика мастер-классов подразделяется на:

- оценку различных аспектов и приемов использования технологий,
- обзор и анализ технологий и актуальных проблем,
- знакомство с авторскими методами практического применения

технологий и т. п.

СТОМАТОЛОГИЯ ФАНИНИ УКИТИШДА ПЕДОГОГИК ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯлардан ФОЙДАЛАНИШ

Абдиримов И.С., Нурматова Н.Т., Касимова Г.В.

ТХКМРМ

Бугунги кунда замонавий инновацион технологияларни таълим тизимига жорий қилиш, укув фаолиятида уқитувчи ва курсант хамкорлигини таъминлаш, таълим олувчиларнинг мустақил билим олиш қуникмаларини ривожлантириш таълим олдида турган муҳим вазифалардан биридир.

Кейс-стади технологияси таълим жараёнига нисбатан яқинда қириб келди ва педагоглар томонидан фаолиятга кенг жорий қилинипти. Кейс- стади технологияси асосини таълим жараёнига жорий этишда, курсантларнинг касбий фаолияти билан боғлиқ вазиятларни ташкил қилади.

Кейс-стади технологиясининг асосий мақсади укув гуруҳ курсантларнинг билим олиш жараёнини фаоллаштириш, мавжуд муаммоли вазиятларни ҳал қилиш орқали уларнинг илмий—ижодий қобилиятларини ривожлантиришдан иборатдир. Шунингдек технология курсантларнинг билим, қуникма, малакаларини хамкорликда қуллашга, таклиф қилинган ечимларни таҳлил қилиш орқали муқобил ечимини излашга ургатувчи таълим технологиясидир.

Кейсда баён қилинган муаммоли вазият маълум бир институционал тизимда қуриб чиқилади, бунда ҳаётдаги типик муаммолар қайта яратилиган ҳолда реал ёки сунъий қурилган ходисалар сифатида акс этирилади. Кейс - стади технологийси фақат таълим соҳасига ҳос услубий янгилик эмас, бу услуб курсантнинг билим фаолиятга йуналтиришдан ташқари, унинг коммуникатив қобилиятларини шакллантиришга ҳам қаратилгандир. Булгуси касбий фаолият билан бўғлиқ; вазиятларни чуқур урганиш натижасида назариянинг амалиёт билан боғлиқлиги таъминланади. Курсантлар муайян вазиятларни ҳар томонлама урганадилар. Уз навбатида улар фаол фикрлайдилар, назарий машғулотларда эшитган билимларини мустақил урганиш давомида туплаган маълумотлар билан такқослайдилар, шахсий тажрибаларга мурожаат қиладилар. Турли вазиятларни хамкорликда ёки мустақил равишда таҳлил қилиш ва қайта ишлаш давомида қушимча маълумотларга нисбатан зарурат сезадилар, статистик маълумотларни урганадилар. Кейсларни тақдим қилишда қулёзмадан ёки электрон вариетдаги матнлардан фойдаланиш мумкин. Матндаги суъратлар, диаограма чизмалар, жадваллар курсантлар учун қурғазмалар қурол бўлиб хизмат қилади.

Электрон ахборотлар орқали тасвирланган кейсларни таҳлил қилиш курсантларга енгиллик тугдиради..

Натижада курсантларнинг билимлари амалий жараён билан боғлиқда мустақамланиб борилади. Курсантларнинг мантикий фикрлаш қобилияти, нутқ маҳорати, хамкорликда ишлаш қуникмалари ривожланади.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Исраилова М.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

oydinboymatova80@gmail.com

Ускоренное развитие медицинской сферы в мировом сообществе еще больше усилило потребность к изучению латинского языка. Знание в совершенстве латинского языка специалистами медицинских высших образовательных учреждений, развитие их профессиональной культуры, а также умение применить латинский язык с осознанием значимости медицинской терминологии являются одними из приоритетных задач современной медицины.

Настоящее исследование, служащее дальнейшему развитию сферы здравоохранения и фармацевтической промышленности, дало возможность для изучения латинского языка в медицинских высших образовательных учреждениях в интеграции со специализированными предметами, развития интеллектуально-культурного потенциала будущих медицинских работников, воспитания духовно и умственно совершенной, самостоятельно мыслящей, с твердой жизненной позицией молодежь, а также повышения ее социальной активности.

Вопросы интеллектуально-культурного развития студентов исследованы такими учеными.

Научная значимость результатов исследования определяется трактовкой понятий «интеллектуальное развитие студентов», «культурное развитие студентов», «интеллектуально-культурное развитие студентов»; определением критериев интеллектуально-культурного развития студентов; раскрытием сути и значения лингводидактических основ интеллектуально-культурного развития студентов; определением педагогико-психологических факторов, влияющих на интеллектуально-культурное развитие студентов; уточнением дидактических параметров выбора материалов культурного характера в процессе изучения предмета «Латинский язык и медицинская терминология»; определением особенностей внедрения «концепта» и «реалий» в усвоении материалов культурного характера по данному предмету, методических направлений лингвокультурной деятельности.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты исследования можно широко использовать при совершенствовании учебных программ, создании учебников и учебных пособий по преподаваемым в высших образовательных учреждениях общепрофессиональным и специализированным предметам, в том числе по предмету «Латинский язык и медицинская терминология». Могут быть широко использованы технологические разработки, подготовленные диссертантом по интеллектуально-культурному развитию студентов. Материалы специального курса «Латинский язык и античная культура», направленные на организацию внеаудиторной деятельности и служащие интеллектуально-культурному развитию студентов, целесообразно эффективно использовать на занятиях кружков высших образовательных учреждений, связанных с изучением языка.

На основе научных результатов, полученных по совершенствованию дидактических основ интеллектуально-культурного развития студентов в изучении латинского языка:

субъективно-объективная (по общему интеллекту) и субъективно-субъективная (по социальному интеллекту) система изучения латинского языка

на основе определения логических, абстрактных, творческо-рассудительных и прагматических компонентов интеллектуально-культурного развития студентов внедрена в содержание учебного пособия «Латинский язык и основы медико-фармацевтической терминологии». Учебное пособие послужило усвоению специализированных предметов в медицинских высших образовательных учреждениях, умению переводить и понимать анатомические термины, точно ставить клинический диагноз больным, правильному написанию в рецептах фармацевтических терминов с грамматической и орфографической точки зрения;

лингвопедагогические критерии развития у студентов повышения сознательного отношения к жизни, будущей профессии, чувства ответственности, компетентности в анализе слова и форм речи посредством успешного усвоения цивилизации античного периода, глубокого усвоения нравственных, политических, эстетических ценностей; научные выводы о концептной системе, направленной на интеллектуально-культурное развитие студентов на основе привлечения студентов в самостоятельную деятельность по интеллектуальному познанию, культуроведению, а также обеспечения взаимосвязи теории с практикой были эффективно использованы в фундаментальном проекте. На основе данных предложений разработана Концепция интеллектуально-культурного развития студентов;

эффективные технологии изучения латинского языка на основе моделирования дидактической системы интеллектуально-культурного развития студентов внедрены.

ТИББИЁТ ТАЪЛИМ МУАССАСИДА ЛОТИН ТИЛИНИ ЎҚИТИШ ЖАРАЁНИГА ИНТЕЛЛЕКТУАЛ-МАДАНИЙ ЁНДОШУВ

Исраилова М.Н., Сайфуллаева Л.С.

Тошкент давлат стоматология институти

Sayfullayevalola1@gmail.com

Интеллектуал-маданий ривожланиш – шахс тараққиётининг муҳим тавсифини ўзида ифода этиб, ҳаётини фаолият жараёнида зарур бўладиган мустақиллик, индивидуаллик, билиш фаоллиги, фикрлаш, маданий меросни кенг миқёсда ўзлаштириш, эгалланган билим, кўникма ва малакаларни амалиётга татбиқ эта олиш қобилиятидир. Лотин қадимий тил сифатида антик давлатлар, фан ва маданиятнинг бой меросини ўзида акс эттириб, аналитик фикрлаш, архаизм ва ўзлашма сўзларни таҳлил этиш, лотин тили грамматикаси қонуниятларини бошқа тилларга таъсирини англаб этиш каби муҳим жиҳатларини аниқлаш имкониятини беради.

Маълумки, мустақил юртимизда амалга оширилаётган барча ислохотлар инсон манфаатларини мукамал равишда рўёбга чиқариш, халқимизга фаровон турмуш тарзини ёритиб беришдек эзгу мақсадларга йўналтирмоқда. Ушбу вазифаларни қисқа муддатларда муваффақиятли хал қилиниши бугунги кунда нафақат давлатимиз, балки ўзимиз яшаётган жамият ҳар бир аъзосининг бу борадаги собитқадам ва онгли фаолияти билан ҳам боғлиқдир. Мамлакатимизда илгари сурилган кучли давлатдан кучли жамият сари ғоясининг асосида айнан

мана шу халқчил мохият ётади. Кучли жамиятни шакллантириш, авваламбор, инсоннинг жамиятдаги ўрнини англаб етиши билан боғлиқ бўлган ходисадир.

Демак, интеллектуал-маданий ривожланиш омили мамлакатимиз тараққиётининг бугунги кундаги долзарб вазифаларни руёбга чиқаришнинг энг асосий воситасига айланди, десак хато қилмаймиз. Шунинг учун ҳам интеллектуал-маданий ривожланиш масаласининг назарий ва амалий жихатларига бугунги кунда мамлакатимизда катта ахамият берилмоқда.

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида таълим тизимини “Юксак умумий ва касб-хунар маданиятига, ижодий ва ижтимоий фаолликка, ижтимоий-сиёсий ҳаётда мустақил равишда мулжални туғри ола билиш маҳоратига эга бўлган, истиқбол вазифаларни илгари суриш ва хал этишга қодир кадрларнинг янги авлодни шакллантиришга” йўналтирилиши алоҳида таъкидлаб уўилган. Мазкур талаб олий таълим муассасаларида тайёрланаётган мутахассис кадрлар шахсини касбий, маданий ва ижтимоий жихатдан яхлит тарзда шакллантиришни шарт қилиб қўяди.

Тиббиёт олий таълим муассасаларида ўқитиладиган лотин тили фани талабаларни маданий-интеллектуал ривожлантириш ва касбий шакллантиришда муҳим ўрин эгаллайди. Лотин тилидаги сўзларнинг шакли ва маъносини таҳлил этиш асосида талабаларнинг тафаккурини бойитиш, инсоният тарихи билан алоқадор воқеликлар асосида тарихий хотирани шакллантиришга эришилади. Шунингдек, синхрон режимда сўзларнинг тузилишини ўрганиш талабаларнинг аналитик тафаккурини ривожлантириб, тил шакллари, ўзлаштирма, архаик сўзлар ва неологизмларни чуқур ва аниқ идрок этиш қобилиятини ривожлантиради.

Лотин тилининг тиббий терминологияга оид ва культурологик хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда машғулотларда лингвомамлакатшунослик материалларини структуралаштиришнинг муҳим компонентлари сифатида концепт ва воқелик бирлигини ҳисобга олиш лозим. Мазкур ёндашувда концепт материалнинг йирик бирлиги (мавзу, кенг тушунча), воқелик эса – унинг янада хусусий ва алоҳида намоён бўлиши (муайян тушунча, сўз) сифатида кўриб чиқилади ҳамда лотин тилини ўқитишда ўқув материаллари, уларнинг ҳажми, талабаларнинг имкониятларига боғлиқ ҳолда мураккаблик даражасини эркин тарзда тизимлаштириш ва ўзгартириш имконини беради.

Лотин тилидаги матнлар билан ишлаш жараёнини ташкил этишда мамлакатшунослик ва маданиятшуносликка доир маълумотларни сўзлар, уларнинг маъносини тушуниш (лексик), антик ҳаётнинг турли соҳаларини акс эттирувчи ижтимоий-сиёсий табиатга эга ҳамда тиббий терминологияни ўзлаштириш (атамашунослик), маълум бир тарихий воқелик ҳамда тиббиёт соҳасига доир ҳикматли сўзлар билан танишиш (афористик) алгоритмга асосланиш лозим.

Лотин тилини ўқитишда матншуносликка доир материалларни танлаш, мавзуларни туркумлаштириш, матнда учрайдиган концепт ва матннинг асл нусхасини ўқиш ва таржима қилиш маданий ҳамда лингвистик нуқтаи назардан қиёсий таҳлил этиш мақсадга мувофиқдир.

Лотин тилини ўқитишда талабаларни концептлар ва воқеликлар билан ишлаш жараёнини ташкил этишда таълим олувчиларнинг ўз қизиқишига мос равишда тиббиёт ёки фармакологиянинг бир ёки бир неча концептларини танлаши; ўқитувчи таклиф этган асосий танланган концептлар бўйича муқобил ғоялар, ўрганилган, таржима қилинган жумлаларни таснифлашга доир ўз вариантларини таклиф этиши; дарслик, қўлланма, луғатдан фойдаланган ҳолда бир концепт билан боғлиқ бир нечта изоҳни аниқлаши; тиббий концептни рус ва инглиз тилларидага ифодаланишини таҳлил этиш ва кластер тарзида тақдим этишга имкон берувчи индивидуаллаштирилган ва табақалаштирилган таълим технологияларини қўллаш яхши самара беради.

Лотин тилини ўқитишнинг модернизациялашган электрон-дидактик таъминотини яратишда назарий бўлим – анатомик-гистологик, фармакологик, клиник; амалий бўлим – атамалар устида ишлаш, амалий ва кейс топшириқлари талабаларнинг ўқув-билиш фаолиятини ривожлантиришга хизмат қилади.

ТАКСОНОМИЯ Б.БЛУМА В СОВРЕМЕННОМ ОБУЧЕНИИ

Парпиева М.С., Акрамова Л.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

lolahonakramova18@mail.ru, malikaparpiyeva71@gmail.com

Сегодня требования к медицинскому образованию постоянно возрастают. Это связано с тем, что наука и технологии быстро развиваются, отрасль требует специалистов с новыми компетенциями в области системы здравоохранения. Современный врач должен быть готов принимать новые вызовы времени (Covid-19), повышать качество оказываемых услуг населению, обладать коммуникативной компетенцией, уметь фильтровать информацию, развивать телемедицинские технологии, быстро осваивать современные техники и технологии лечения. Подготовка таких специалистов начинается в вузе, поэтому, прежде всего, новыми компетенциями должны владеть преподаватели.

Современные педагогические технологии как раз дают возможность строить обучение отличное от традиционной педагогики. Главная задача современного образования – научить студентов мыслить и уметь добывать знания самостоятельно. Не секрет, что знания, полученные в 1995 году, к 2005 году уже устарели, поэтому упор делается не на запоминание каких-то сведений, а на приобретение навыков.

В 1956 году американские ученые во главе с Бенжамином Блумом создали таксономию образовательных целей, которая до сих пор является одной из самых признанных теорий обучения. Таксономия Блума включает три области обучения: когнитивную, аффективную и психомоторную и присваивает каждой из этих областей иерархию, которая соответствует различным уровням обучения. Мы остановимся на когнитивной области. Когнитивная область ориентирована на интеллектуальные навыки, такие как критическое мышление, решение проблем и создание базы знаний.

Когнитивная область состоит из 6 уровней, соответствующих уровням мышления: самый низший – запоминание. Эта категория обозначает запоми-

нение и воспроизведение изученного материала от конкретных фактов до целостных теорий. Второй уровень – понимание. Здесь студент должен уметь интерпретировать схемы, графики, диаграммы, напр. преобразовать словесный материал в математические выражения Третий уровень- применение, уметь применять новые понятия и принципы в новых условиях. Четвертый уровень – анализ, предполагает умение вычленить части целого, увидеть структуру, выявить взаимосвязи. Пятый уровень – Б.Блум выделил синтез — это умение создать новое из частей, например сочинение, план или схему. В 2001 году сподвижник Б.Блума Дэвид Кратвол и Лорин Андерсон пересмотрели таксономию вместе с другими психологами и учеными. В результате «синтез» был заменен на «создание».

В 2011 году австралийский ученый-практик Аллан Каррингтон дополнил Таксономию Блума категориями «вид деятельности», а также представил таксономию Блума в привязке к приложениям для iPad, с помощью которых можно выполнять необходимые задания. Он создал т.н. «ПАДогогическое колесо» (от iPad).

Таким образом, разработав свои цели занятия и предполагаемые результаты обучения, которые мы хотим видеть, по таксономии Б.Блума или по ПАДогогическому колесу А.Каррингтона, можно научиться создавать и эффективно использовать в учебном процессе новые информационные технологии для повышения качества образования и уменьшения количества рутинной работы.

КАСБ-ҲУНАР ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИНГ ЎҚУВ-ТАРБИЯ ЖАРАЁНИДА ИННОВАЦОН ФАОЛИЯТ ЁНДАШУВИ

Раупова Ш.А.

*Тошкент давлат стоматология институти
s@mail.ru*

Бугунги кундаги таълим тизимини такомиллаштириш ва барқарорлаштириш ҳамда фуқароларнинг билим олиш ҳуқуқларини таъминлашда ривожланган хориж давлатларининг тажрибаси билан бир қаторда буюк аждодларимизнинг бебаҳо таълим-тарбия соҳасидаги меросларидан ҳам фойдаланиш давр талабидир. Мамлакатимиз таълим тизимида узокни кўзлаб олиб борилаётган ислохатлар бугун жаҳоннинг кўпгина ривожланган давлатлари томонидан ҳам эътироф этилмоқда.

Бугунги кунда ўрта махсус, касб-хунара коллежларида касбий билим ва кўникмаларни шакллантиришни асосий мақсад қилиб қўйилган ҳолда, ишлаб чиқариш жараёнларида иштирок этишга қодир мутахассисларни тайёрлаш муҳим омил саналади. Шундай экан, ўқувчиларда дастлабки касбий билим, кўникма ва малакаларни шакллантириш жараёнида амалга ошадиган ўқув амалиётини тўғри ташкил этмасдан туриб таълим сифатини таъминлаш ҳамда малакали кадрлар тайёрлашни амалга ошириш мумкин эмас, чунки таълим сифати тайёрланаётган мутахассиснинг қай даражада қабул қилувчилар талабига жавоб бериши билан белгиланади.

Ҳозирги кунда таълим-тарбия жараёнида интерфаол методлар, инновацион, педагогик ва ахборот технологияларини ўқув жараёнида қўллашга бўлган қизиқиш, эътибор кундан кунга кучайиб бормоқда. Бу эса ўқувчи-талабаларни эгаллаётган билимларини ўзлари қидириб топишларига, мустақил ўрганиб, таҳлил қилишларига, хатто хулосаларини ҳам ўзлари келтириб чиқишларига ўргатади. Ўқитувчи бу жараёнда шахсинг ривожланиши, шаклланиши, билим олиши ва тарбияланишига шароит яратади. Шу бир қаторда бошқарувчанлик, йўналтирувчанлик функциясини бажаради. Шунинг учун ўрта махсус касб-хунар таълими муассасаларида касб эгаларини тайёрлашда замонавий интерфаол методлар, инновацион технологияларнинг ўрни ва роли бениҳоя каттадир.

Инновацион технологиялар педагогик жараён ҳамда ўқитувчи ва ўқувчи-талаба фаолиятига янгилик, ўзгаришлар киритиш бўлиб, уни амалга оширишда асосан интерфаол методлардан тўлиқ фойдаланилади. Бундай методлар - жамоа бўлиб фикрлаш деб юритилади, у педагогик таъсир этиш усул бўлиб, таълим мазмунининг таркибий қисми ҳисобланади. Бу методларнинг ўзига хослиги шундаки, улар фақат педагог ва ўқувчи-талабаларнинг биргаликда фаолият кўрсатиши орқали амалга оширилади. Ўқитиш жараёнида ўқувчи-талабаларга шахс сифатида қаралиши, турли педагогик технологиялар ҳамда замонавий методларни қўлланилиши уларни мустақил, эркин фикрлашга, изланишга, ҳар бир масалага ижодий ёндашиш, маъсулиятни сезиш, илмий тадқиқот ишларини олиб бориш, таҳлил қилиш, илмий адабиётлардан самарали фойдаланишга, энг асосийси, ўқишга, фанга, педагогика ва ўзи танлаган касбига бўлган қизиқишларини кучайтиради. Бундай натижага эришиш ўқув жараёнида инновацион ва ахборот технологияларни қўллашни тақозо этади.

Ўқитиш тизимига инновациянинг кириб келишини таълим мазмунида, ўқитиш методларида, дарс шакли, ўқитиш турлари, ўқитиш воситаларида кўришимиз мумкин.

- таълим мазмунига инновация анъанавий, ноанъанавий ва масофавий ўқитиш турларининг кириб келиши билан изоҳланади.

- ўқитиш методларига инновация фаол, пассив ва интерфаол методларининг кириб келиши мисолида кўрамиз. Актив методни қўллаш талабаларни дарс жараёнидаги фаоллигини оширишга хизмат қилса, пассив метод талабаларни бир томонлама тушунча берилиши билан изоҳланади. Интерфаол методда биргаликда фаол ҳаракат қилиш (ўқитувчи билан талаба, талаба билан талаба) тушунилади.

- дарс шаклига инновация кириб келишини стандарт, ностандарт ҳамда вертуал дарс шакллари мисолида кўришимиз мумкин.

- ўқитиш турларидаги инновацияни муаммоли таълим, эвристик таълим, даражаланган таълим, интеграцияланган таълим, интерфаол таълим, информал таълим, расмий таълим, норасмий таълим турлари билан изоҳланади.

- ўқитиш воситаларига инновациянинг кириб келишини дарс жараёнида мультимедиа, электрон доскалар ва бошқа воситалар билан изоҳлаймиз.

Демак, инновацион фаолият янги ижтимоий талаблар билан анъанавий меъёрларнинг мос келмаслиги ёхуд амалиётнинг янги шаклланаётган

меъерининг юзага келган меъёр билан тўқнашувчи натижасида вужудга келган қатор муаммоларни ечишга йўналтирилган фаолият саналади. Педагогик инновацияларнинг изчил равишда педагогик фаолиятга янгиликларни олиб киришга имкон бериш орқали таълим тизими ёки жараёни мунтазам ривожланиб боради. Шу боис ҳар бир ўқитувчи инновацияларнинг моҳиятини тўла тушунган ҳолда ўз фаолиятига изчил татбиқ эта олса таълим жараёни ҳам сифат ҳам самарадорлик нуқтаи назардан тараққий этади. Бу эса ўз навбатида таълим тизимининг ривожини таъминлайди. Таълимнинг яна асосий мақсади ёшларни мустақиллик ҳаётга тайёрлаш яъни турли хил ҳаётий шароитларда ўз билим, малака ва кўникмаларини амалда қўллай олиш даражасига етказишдир. Таълим жараёнида фақат илмий билимлар билан қуролланмай, балки ана шу билимларни амалиётда қўллай олишларини таъминланиши ҳам керакдир. Ушбу, тамойил таълимнинг илмийлиги ҳақида тамойил билан боғлиқдир. Таълимнинг илмийлиги билимларни назарий жиҳатдан ўрганишга, мантиқий боғлиқликларни тушунишга, фикрлаш қобилиятини ўстиришга хизмат қилади, амалий ҳаракатлар эса шу билимларни амалда қўллаб кўриш ҳамда кўникмаларни шакллантиришга ёрдам беради. Таълим тизимида назария билан амалиётнинг бирлиги ўқув жараёнининг мазмун ва ўзига хос хусусиятларини намоён қилади, бу эса ўз навбатида илмий билимларни пухта ўзлаштириш ва амалда қўллай олиш, ўқув материалларини идрок қилиш, англаш, шунингдек, уни мустаҳкам эса сақлаб қолиш каби руҳий операциялар билан боғлиқ ҳолда бир бутун жараённи ташкил қилади.

Таълим жараёнида аниқ фанлар бошқа табиий фанлардан ўзлаштирилган назарий билим, кўникма ва малакалар меҳнат жараёнида қўлланилади.

Бу ўз навбатида келгусида мураккаб илмий назарияларни амалда қўллай олиш учун зарур бўлган тажрибадир. Таълим жараёнида ўқув материални моҳиятини, табиат ва жамият тараққиёти қонуниятларини илмий асосда тўғри, чуқур тушуниб олаш ва келажакда амалий фаолият учун зарур бўлган маҳорат, кўникма ва малакалар ҳосил қилинади. Шунинг учун ҳам билимларни мумкин қадар амалиёт билан боғлаш таълим жараёнини тамойили сифатида қабул қилинади. Таълимда онглилик, фаоллик ва мустақилликка эришиш, олинган билимларини амалда самарали қўллашдан иборатдир. Онглилик янги материални идрок қилишда таърифлар, теоремалар, адабиятдан шеър ёдлаш ва ҳоказоларнинг ифодаланишинигина эмас, балки уларнинг ҳаётий ходисалар, жараёнлар билан боғлиқ бўлганлигини тушунтиришдан иборатдир, яъни билимларда юзакичилик авж олади, материал автоматик тарзда ёдлаб олинган бўлади. Бундай билимлар тез унитилади. Бундан ташқари билимларни онгли равишда ўзлаштириш билимларга нисбатан маълум муносабат ҳосил қилишни, эмоционал кечинмалар уйғотишни ҳам ўз ичига олади.

Маълумки, таълим икки томонлилик хусусиятга эгадир. Таълим жараёнида мутахассис йўналтирувчи бўлиб майдонга чиқади ва ўрганиш жараёнини ўз ичига олади. Ўрганиш жараёни мураккаб психик жараён бўлиб маълум фаолликни талаб этади. Мутахассис қанчалик таълим жараёнини сермазмун, қизиқарли ва маҳорат билан ташкил этмасин қарама қарши томондан маълум фаоллик билдирилмаса, ўқув жараёнида самарага эришиш мумкин бўлмайди,

яъни ўқув жараёнида маълум фаолликни уйғотиш зарурдир. Бу фаоллик билиш жараёнига таъсир этади, идрок қилиш, таҳлил қилиш, анализ ва синтез каби психик жараёнларни ишга туширади. Фаоллик ҳолатини вужудга келишда мотивациялар ҳам аҳамиятлидир.

Мустақил тафаккур турли усуллар билан ҳосил қилинади. Тафаккурни шакллантириш усулларида бири мустақил ҳал қилиш, муаммоли вазифалар қўйишдир. Аммо онглилик ва фаолликкина мустақил тафаккурни вужудга келишига сабаб бўлади. Бугунги кунда таълим олдига қўйилаётган энг катта талаблардан бири ҳам мустақил фикрлаш, муаммолар ечимини мустақил топиш каби хусусиятларни шакллантириш ва ривожлантиришдан иборатдир. Умуман олганда онглилик, фаоллик ва мустақиллик ўзаро бир-бирини тўлдириб турувчи психик ҳолатлардандир. Билимларни онгли ўзлаштириш, бир томондан, мустақил, фаол фикр қилишларини назарда тутса, иккинчи томондан айнан шу жараён давомида мутахассисларнинг мустақиллик ва фаолликларини ҳамда мантикий фикр қилиш фаолиятларини тарбиялаб, такомиллаштириб боришни назарда тутаяди, яъни фаоллигини ривожлантириш, уларнинг мустақиллигини ошириш, онглилигини ўстиришда, ўқитишда юксак самарадорликка эришишга ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1.Очилов М. "Янги педагогик технологиялар",Қарши,2000.
- 2.Голиш Л.В."Замонавий педагогик технологиялар"., М. 1999.
- 3.Ишмухаммедов Р. Тарбияда инновацион технологиялар – Тошкент: «Фан», 2010.
- 4.Толипов Ў.К., М. Усмонбоева. Педагогик технологияларнинг назарий ва амалий асослари – Т.: “Фан ва технология”, 2006

СТОМАТОЛОГИЯ ЙўНАЛИШИ Бўйича талабаларини ўқитишда инновацион таълим технологияларининг ўрни

Ҳайдарова Б.И.

Тошкент давлат стоматология институти

Замонавий таълимда таълим жараёнининг барча босқичларида интерфаол усуллар, инновацион технологиялар, педагогик ва ахборот технологияларни ўқув жараёнида қўллашга бўлган қизиқиш кундан кунга кучайиб бормоқда.

Интерактив усуллар – бу жамоа бўлиб фикрлаш деб юритилади, яъни педагогик таъсир этиш усуллари бўлиб таълим мазмунининг таркибий қисми ҳисобланади. Бу усулларнинг ўзига хослиги шундаки, улар фақат педагог ва ўқувчиларнинг биргаликда фаолият кўрсатиши орқали амалга оширилади.

Бундай педагогик ҳамкорлик жараёни ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб қуйидагиларни ўз ичига олади:

- талабани дарс давомида бефарқ бўлмасликка, мустақил фикрлаш, ижод этиш ва изланишга мажбур этиш; ўқувчини ўқув жараёнида билимга бўлган қизиқишлари сўнмаслигини таъминлаш;

- талабанинг билимга бўлган қизиқишини мустақил равишда ҳар бир масалага ижодий ёндашган ҳолда кучайтириш;

- педагог ва талабанинг ҳамиша ҳамкорликдаги фаолиятини ташкил этиш. ҳамкорликдаги фаолиятни ташкил эта олишини ҳисобга олиши керак.

Таълим жараёнида янги интерфаол усуллардан фойдаланиш ўзининг ёрқин натижаларини кўрсатади. Таълим берувчи бу каби таълим жараёнида шахсининг ривожланиши, шаклланиши, билим олиши ва тарбияланишига шароит яратади, шу билан бир қаторда, бошқарувчилик, ижодкорлик, йўналтирувчилик функциясини бажаради.

Янги интерфаол усуллардан фойдаланилган таълим жараёнида таълим олувчи асосий ўринни эгаллайди. Педагогик технологиянинг энг асосий негизи – бу таълим берувчи ва таълим олувчининг белгиланган мақсаддан кафолатланган натижада ҳамкорликка эришиш учун танланган технологияларга боғлиқ, яъни ўқитиш жараёнида мақсад бўйича кафолатланган натижага эришишда қўлланиладиган ҳар бир таълим технологияси ўқитувчи ва ўқувчи ўртасида ҳамкорлик фаолиятини ташкил эта олса, ҳар иккаласи ижобий натижага эриша олса, ўқув жараёнида таълим олувчилар мустақил фикрлай олсалар, ижодий ишласа, излансалар, таҳлил эта олса, таълим берувчи эса уларнинг бундай фаолиятлари учун имконият ва шароит ярата олса, фикримча, ана шу ўқитиш жараёнинг асоси ҳисобланади. Биз таълим жараёнида амалий машғулотларни замонавий педагогик технологиялардан фойдаланган ҳолда қизиқарли тарзда олиб борсак, натижасини иқтидорли талабаларимизнинг оғзаки сўзлашувида ва ҳар хил талабалар илмий-амалий анжуманларидаги иштирокида ҳам кўришимиз мумкин. Ҳар бир дарс мавзуси учун ўқув предметининг ўзига хос технологияси бор, яъни ўқув жараёнидаги педагогик технология – бу яқка тартибдаги жараён бўлиб, у талабанинг эҳтиёжидан келиб чиққан ҳолда бир мақсадга йўналтирилган, олдиндан лойиҳалаштирилган ва кафолатланган натижа беришига қаратилган педагогик жараёндир. Инновацион таълим технологияларни Анатомия ва умуман морфологик фанларига мос ўқув дастурлари ва дарсликлари мазмунига жадал киритиш орқали талабаларнинг замонавий билимларни шакллантиришга замин яратади. Замонавий ўқитиш технологияларининг жорий этилиши ва турли методик ёндашувлар эса, ўз навбатида, талабаларда кўплаб фундаментал тушунчаларнинг нисбатан енгил ва мустақам шаклланишини таъминлайди. Инновацион технологиялар педагогик жараён ва ўқитувчи ҳамда талаба фаолиятига янгилик, ўзгаришлар киритиш бўлиб, уни амалга оширишда асосан интерактив усуллардан тўлиқ фойдаланилади.

Педагог ва талабанинг натижага эришишида қандай технологияни танлашлари улар ихтиёрида, чунки ҳар иккала томоннинг мақсади аниқ натижага эришишга қаратилган, бунда талабаларнинг билим савияси, гуруҳ характери, шароитга қараб ишлатилладиган технология танланади. Масалан, натижага эришиш учун, балки компьютер билан ишлаш лозимдир, балки муляж, тарқатма материал, плакатлар, турли адабиётлар, ахборот технологияси керак бўлар, булар педагог ва талабаларга боғлиқ. Шу билан бирга ўқитиш жараёнини олдиндан лойиҳалаштириш зарур. Бу жараёнда педагог ўқув предметининг ўзига хос томонини, жой ва шароитни, таълимнинг техник воситаларини, энг асосийси, талабанинг имконияти ва эҳтиёжини ҳамда

Ахборот технологиялари ва педагогик технологиялари асосида дарс ўтишни ташкиллаштиришдан мақсад шуки, ёшларни билимдон, нутқи равон, жамиятда баркамол, эътиқодли, маънавий мафкурасини, фикрини соғлом қилиб тарбиялашдан иборат. Шунингдек, бу технологиялар асосида ташкил этилган дарслар талабаларнинг билимларини яхлит ўзлаштиришга ёрдам беради, унинг тафаккурини ўстиради.

Хулоса тарзида шуни айтиш керакки, амалий машғулотларда интерфаол усуллардан фойдаланиш олиб борилаётган машғулотнинг мазмунли ва сифатини оширишга, талабаларнинг мустақил фикрлашини ривожлантиришга ёрдам беради.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

| | |
|---|----|
| OG'IZ BO'SHLIG'I SALOMATLIGI <i>Azizova Sh.Sh., Sadikova I.E., Alijonov B.Sh.</i> | 4 |
| KARIYESDAN ZARARLANGAN DENTINGA SELF-ETCHING PRAYMERLAR ORQALI ADGEZIYA <i>Azizova Sh.Sh., Sadikova I.E., Mamatqulov E.K.</i> | 5 |
| ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF ANTIINFLAMMATORY PREPARATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES OF 2 TYPE <i>Bekenova P.A., Satemirova S.E., Aukenov D.E., Kaliyeva D.N., Kalibekova A.K.</i> | 6 |
| AIR - ABRASIVE POWDERS AND THEIR COMPOSITION <i>Iminjonova G.R.</i> | 7 |
| EARLY DETECTION OF ORAL MALIGN LESIONS <i>Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Aripova D.U., Ruziboyev Sh.</i> | 7 |
| EFFECTIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF HERPETIC STOMATITIS <i>Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Shakirova F.A., Buriev A.Ye., Gafurov A.A.</i> | 8 |
| IMPROVING THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS <i>Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Bakhramova F.N., Usmanova L.B.</i> | 9 |
| QUALITATIVE COMPOSITION OF SALIVA MICROBIOTA IN PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS <i>Karkimbayeva G.A., Zhumabayeva K.Zh.Dosberdiyeva G.T.</i> | 10 |
| FREQUENT COMPLICATIONS OF DENTAL IMPLANTATION <i>Melkumyan T.V., Iminjonova G.R., Dadamova A.D.</i> | 11 |
| EFFECTIVENESS OF ANTISEPTIC DRUGS IN CHILDREN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CATARAL GINGIVITIS <i>Mukhtorova M.M., Abduazimova L.A., Mukhtorov S.M.</i> | 12 |
| BURUN SHAKLINI VAHOLASH USULLARI <i>Mukimov I.I., Mukimov I.Sh.</i> | 13 |
| IMPROVEMENT OF DENTAL CARIES PREVENTION IN CHILDREN WHEN USING AERODENT DEVICE <i>Rakhmatova D. S.</i> | 15 |
| ENDODONTO-PARODONTAL SHIKASTANISHLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH <i>Zoyirov T.E., Indiaminova G.N.</i> | 17 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АЛЛОМЕДИН» ПРИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА <i>Абдувалиев Н.А.</i> | 18 |
| ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Абдуллаев Ж.Р., Мирзаев Х.Ш., Хатамова У.Х.</i> | 20 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИРОТОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ <i>Абдуллаева У.М.</i> | 21 |
| СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ | 22 |

| | |
|---|----|
| РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА <i>Абдухакимова М.Б.</i> | |
| ДИАГНОСТИКА ХЕЙЛИТА С ПОМОЩЬЮ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИЕЙ <i>Аверьянов С.В., Зубарева А.В.</i> | 23 |
| ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ Г.ТАШКЕНТА <i>Адилов К.З., Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т., Мирвахидова Д.</i> | 24 |
| ИЗОЛЯЦИЯ КОФФЕРДАМОМ: 4 УРОВНЯ ИНВЕРСИИ <i>Азизова Ш.Ш., Адилов К.З., Гозиев А.О.</i> | 26 |
| ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Алекберова Г.И., Минаев А.В.</i> | 28 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Алимов А.С., Рахимов Р.Х., Хайдаров А.М., Алимов А.А.</i> | 30 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID 19 <i>Алимова Д.М., Фазылова Л.Г., Алиева З.А.</i> | 33 |
| СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Антонова О.А., Митронин А.В., Тагиева Д.Р.</i> | 34 |
| БОЛАЛАР ЁШИДА ОГИЗ БЎШЛИКИНИНГ МАЛАКАЛИ ГИГИЕНАСИ <i>Арипов М.А.</i> | 36 |
| ФТОРНИНГ БИОГЕОКИМЁВИЙ ЕТИШМАСЛИК ШАРОИТИДА ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ МАҚТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ СЎЛАҚДАГИ МИНЕРАЛ ТАРҚИБИНИ ЎРГАНИШ ВА МЕЪЁРЛАШТИРИШ. <i>Ахрорхужаев Н.Ш., Муртазаев С.С.</i> | 38 |
| ПЕПТИДНАЯ БИОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Васильев М.А., Мальшиев М.Е., Иорданишвили А.К.</i> | 40 |
| ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ ФОРМОЙ ХАП <i>Бекжанова О.Е., Копбаева М.Т., Абдулхакова Н.Р.</i> | 43 |
| ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА <i>Бекжанова О.Е., Копбаева М.Т., Абдулхакова Н.Р.</i> | 45 |
| ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Бекжанова О.Е., Беленова И.А., Заитханов А.А.</i> | 46 |
| НУЖДАЕМОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. <i>Бекжанова О.Е., Алимова С.Х.</i> | 47 |
| ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И КАРИЕСА ЗУБОВ. <i>Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Ойнабекова Н.М.</i> | 49 |
| ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ COVID-19 <i>Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р., Атабекова Ш.Н., Нематиллаева З.</i> | 50 |

| | |
|---|----|
| SF-36 ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБ | |
| <i>Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А., Наврузова Ф.Р., Хакимова У.</i> | 53 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АЛНИДЕНТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА | |
| <i>Боймирзаева Ш.Р.</i> | 55 |
| МЕТОД МИКРОПРЕПЕРИРОВАНИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ | |
| <i>Бурханова А.А.</i> | 57 |
| ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА В ОБЛАСТИ ВИТАЛЬНЫХ И ДЕПУЛЬПИРОВАННЫХ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ | |
| <i>Гасанова З.Т., Янушевич О.О., Вавилова Т.П.</i> | 58 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ГУБЫ И ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА | |
| <i>Гофуров А.А.</i> | 63 |
| СРАВНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ СВЕТО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ И ОКРАШИВАНИЯ ЭРИТРОЗИНОМ В ИНДИКАЦИИ ЗУБНОГО НАЛЕТА | |
| <i>Гроссер В.А., Никольская И.А., Саран Л.Р.</i> | 64 |
| ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ | |
| <i>Даминова Н.Р.</i> | 65 |
| ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, АНТЕНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА | |
| <i>Даминова Ш.Б., Бабаджанова Н.Т.</i> | 67 |
| ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ | |
| <i>Джалилова Ш.А.</i> | 68 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ | |
| <i>Довбня Ж.А., Головская Г.Г., Галкина О.П.</i> | 70 |
| ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЮОЛЕЗНЬЮ | |
| <i>Зойиров Т.Э., Усманов П.Р.</i> | 71 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА | |
| <i>Зокирхонова Ш.А., Шайматова А.Р.</i> | 72 |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА. | |
| <i>Ибрагимова М.Х., Алланазаров Б.</i> | 74 |
| СОСТОЯНИЕ ЯЗЫКА ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ | |
| <i>Ибрагимова М.Х., Дурдыева У.Б.</i> | 76 |
| ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИИ КАК МЕЖГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ПУТИ РЕШЕНИЯ | |
| <i>Иорданишвили А.К., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Солдатова Л.Н.</i> | 77 |
| РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Ишанова М.К.</i> | 80 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРЦЕПТИВНОГО ТЕРАПИИ | 82 |

| | |
|---|-----|
| КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Кадиров М.М.</i> | |
| КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ <i>Кадиров М.М.</i> | 84 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЬЗАМА «АСЕПТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ <i>Кадиров М.М.</i> | 85 |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА <i>Камилов Х.П., Тахирова К.А., Номуродова Ф.Л.</i> | 86 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА <i>Камилов Х.П., Тахирова К.А., Сапаров А.Б.</i> | 88 |
| ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ <i>Керимханов К.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.</i> | 90 |
| МЕТОДИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АРГАКОЛА КАК СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА <i>Керимханов К.А., Беделов Н.Н., Иорданишвили А.К., Хазратов А.И., Рогов Н.А.</i> | 93 |
| МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКИСИ АЗОТА В СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ <i>Киякбаев Д.М. Кусаинова Ж.Д., Рахимжанов И.Н.</i> | 95 |
| ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КЛКТ <i>Клюйко К.Г., Манак Т.Н.</i> | 96 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА <i>Кодирова Р.С.</i> | 97 |
| ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ <i>Камилов С.И.</i> | 98 |
| РОЛЬ ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Кочубейник А.В., Гречина А.Г.</i> | 99 |
| РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ <i>Курбанова З.Ф., Арипова Ф.</i> | 100 |
| ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОФФЕРДАМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ <i>Курязов А.К., Искандарова А.</i> | 102 |
| СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА <i>Курязов А.К., Искандарова А.</i> | 103 |
| ВЛИЯНИЕ ОЗОНА НА ОБСЕМЕННОСТЬ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ С ALVICANS ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗОМ ПОЛОСТИ РТА <i>Мадрахимова М.М.</i> | 104 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МТА СОДЕРЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ <i>Мамадиёрова А.Ш.</i> | 105 |
| ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ | 106 |

| | |
|---|-----|
| <i>Манин А.И., Манина Е.И., Баринов Е.Х.</i> | |
| СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СТУДЕНТОВ –СТОМАТОЛОГОВ. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ПРИЕМА У СТОМАТОЛОГА | |
| <i>Махмудова Д.Р.</i> | 108 |
| ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ИЗОЛЯЦИИ (COVID-19) | |
| <i>Махсумова И.Ш., Буриева Н.А.</i> | 109 |
| ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ | |
| <i>Махсумова И.Ш., Рахматова С.А.</i> | 110 |
| ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА | |
| <i>Махсумова И.Ш., Рискулова З.Р., Холмуродова Н.Б.</i> | 112 |
| ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ | |
| <i>Махсумова И.Ш., Соатова Д.Ф.</i> | 113 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ РЕСТАВРАЦИИ | |
| <i>Махсумова И.Ш., Шухратова Н.</i> | 114 |
| БОЛАЛАРДА ОФИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИК ҚАВАТИНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСЛАНИШИДА «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» МОЙИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ | |
| <i>Махсумова С.С., Кодирова М.Т.</i> | 115 |
| ПРОФИЛАКТИКА КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ | |
| <i>Мирсалихова Ф.Л., Мирхайётова Х.А.</i> | 116 |
| РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ | |
| <i>Мирсалихова Ф.Л., Убайдуллаева Х.А., Даминова А.Б.</i> | 117 |
| ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПОЛИРОВОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА МИКРОТЕКСТУРУ ПОВЕРХНОСТИ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ | |
| <i>Митронин А.В., Бакалинская И.А., Останина Д.А.</i> | 118 |
| МИКРО-КТ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИОКЕРАМИЧЕСКОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ | |
| <i>Митронин Ю.А., Митронин А.В., Останина Д.А.</i> | 120 |
| МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, АССОЦИИРОВАННАЯ С ДИСТОПИЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА | |
| <i>Морозова М.Н., Демьяненко С.А., Дурягина Л.Х., Романова Е.В.</i> | 122 |
| ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | |
| <i>Мукимов Ш.И., Солиев Ж.Э.</i> | 124 |
| КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ. | |
| <i>Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А.</i> | 126 |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО ИЗУЧАЕМЫМ КРИТЕРИЯМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА | |
| <i>Муртазаев С.С. Сайдалиев М.Н.</i> | 128 |
| ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСФОЛИАТИВНЫМ ХЕЙЛИТОМ | 129 |

Муїдиногва Б.А.

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ**

Набираева Б.А., Юнусходжаева М.К., Рустамова М.О. 130

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕСЕН У БЕРЕМЕННЫХ ГОРОДА СЕМЕЙ

Нургожина М.Е., Тўргымбек А., Решатов А., Имамбекова Л. 132

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У
ДЕТЕЙ**

Нуриддинов А. 133

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПРИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ**

Олимов С.Ш., Бакаев Ж.Н., Бадриддинов Б.Б., Жумаев М.М. 134

**ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ**

Омонова Ш.Ф. 136

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ NOVAMIN С ФТОРИДОМ НАТРИЯ У ЛИЦ С
ЭРОЗИЕЙ ЭМАЛИ ЗУБА**

Островская Ю.А. 138

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ВРЕМЕННЫХ И
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Попова Е.И. 139

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ

Прийма Н.В., Козуб Д.Ф. 142

**АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ ГЛОССАЛГИИ В
СТОМАТОЛОГИИ**

Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. 143

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С
ГЛОССАЛГИЕЙ**

Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. 145

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТЕЙ ПЕРЕД
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ**

Ризаев Ж.А., Ахтамов Ш.Д., Хазратов А.И., Камариддинзода М.К. 146

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД МЕТОДИКИ ЛИКВИДАЦИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

Сабиров Э.Э., Боймурадов Ш.А. 148

**АЛМАШИНУВ ТИШЛОВЛИ БОЛАЛАРДА АРАЛАШ СЎЛАК ЭЛЕМЕНТ
ТАРКИБИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

Саидов А.А., Бободўстов У.К. 149

**СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ
ПАРОДОНТИТЕ**

Сафоев М.Р. 151

**ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРПАРАТА АСКОЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И
ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА**

Сыздыкаева С.М., Сулейменова С., Мухамадиева А., Садыкова А., Изгуттинова А. 152

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА С
ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Ташкенбаева И.У. 153

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ИСКРИВЛЕННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

155

НА 3D-МОДЕЛЯХ ЗУБОВ

Тоока М.А., Манак Т.Н.

АНДИЖОН ШАХРИДАГИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА “КАРИЕС” КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ

Умарова О.Н

156

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХГП С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Усманова Ш.Р.

157

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Утешева И.З., Исломов С.З.

158

РОЛЬ ГАЛЬВАНИЗМА В РАЗВИТИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Фазилбекова А.А.

159

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ НА ФОНЕ ФАГОТЕРАПИИ

Фомичёв Е.В., Олейник Н.А.

162

ОЦЕНКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Хабибова З.

163

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ПЛЕКСОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА

Хасанов И.Р., Хайдаров Н.К., Пулатова Б.Ж.

164

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА С БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ

Хасанов И.Р., Пулатова Б.Ж., Хайдаров Н.К.

166

ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.

169

ФЕРМЕНТЫ АНТОКИСЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Хен Д.Н.

171

СОВРЕМЕННАЯ ЭНДОДОНТИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шамсиева Ш.Ф., Алимова С.Х., Хайдаров А.

171

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРЧАТКОЙ

Шорасулов Ш.Ш.

174

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АФТЫ СЕТТОНА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Шукурова У.А., Камилова С.Р., Мусашайхова Ш.К., Нурмухамедова Ш.

175

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Шукурова У.А., Яхёева М., Рахмонова Д.

178

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Шукурова У.А., Гаффорова С.С., Шаранова З.Р. Ешижанова А.

180

СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Эсонов Б.Ю.

181

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАМИСТАД БЭБИ –ГЕЛЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

183

| | |
|--|-----|
| <i>Эшқулова Ш.</i> | |
| ПРОФИЛАКТИКА ПАРОДОНТИТА У БЕРЕМЕННЫХ | |
| <i>Юлдашева Н.А.</i> | 184 |
| КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА | |
| <i>Юнусходжаева М.К., Рустамова М.У.</i> | 185 |
| СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСЩИХ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ | |
| <i>Юсупалиходжаева С.Х., Усмонов Б.А., Турдиев А.Х.</i> | 187 |
| МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА | |
| <i>Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х., Патхиддинова М.Ш.</i> | 189 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТЫ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИКА ОБОБЩЕННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ УМЕРЕННОЙ ТЯЖЕСТИ | |
| <i>Яхёева М.</i> | 191 |

**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

| | |
|---|-----|
| POST COVID-19 OSTEOMYELITIS ON UPPER JAW: DIAGNOSIS AND TREATMENT | |
| <i>Azamatov Sh.</i> | 193 |
| USEFULNESS OF LASER IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY | |
| <i>Azimov I.M.</i> | 194 |
| YUZ SKELET SUYAKLARINI QO'SHMA JAROHATLARIDA GEMOSTAZ TIZIMNING MIKROTIRKULYATOR VA KOAGULYATSION BO'G'INLARINING HOLATI | |
| <i>Boymurodov Sh. A., Narmurotov B.Q.</i> | 195 |
| BOLALARDA PASTKI JAG` SINISHLARINI DAVOLASH SAMARADORLIGI | |
| <i>Dusmuxamedov M.Z., Ikramov G.A., Ibragimov D.R., Olimjonova G.G.</i> | 196 |
| THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROBIOTICS IN COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH FACIAL BOILS | |
| <i>Ikramov G.A., Khalmanov B.A., Abdurakhmonova L.Sh., Olimjonova G.G.</i> | 198 |
| CHANGES IN SALIVA IN PERSONS WITH SEVERE COVID-19 | |
| <i>Jabbarova F.U.</i> | 199 |
| SURGICAL CORRECTION OF CONGENITAL CLEFT MOUTH IN CHILDREN. | |
| <i>Jafarov M.M.</i> | 201 |
| CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC LESIONS OF THE SOFT TISSUE OF THE ORAL MUCOSA IN PRESCHOOLERS | |
| <i>Kamalova M. K., Sharipova G.I.</i> | 202 |
| THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT FOR POST-TRAUMATIC DEFORMITIES OF THE NOSE | |
| <i>Khalmatova M.A.</i> | 204 |
| ANALYSIS OF THE MICROBIAL PROFILE IN CHILDREN WITH GINGIVITIS | |
| <i>Mamanazarov A.N.</i> | 205 |
| CHARACTERISTICS OF THE CHANGE IN THE RHEOLOGICAL PROPERTIES OF BLOOD IN PATIENTS WITH CONCOMITANT INJURIES OF THE BONES OF THE FACIAL SKELETON | |
| <i>Narmuratov B.K.</i> | 206 |
| SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE USE OF AESTHETIC SURGERY | |
| <i>Safarova K.H., Shomurodov K.E.</i> | 207 |

| | |
|--|-----|
| OG'IZ BO'SHLIG'IDAGI JARROHLIK MUOLAJALARIDAN SO'NG OG'IZ SUYUQLIGINING O'ZGARISHLAR TABIATI | |
| <i>Safarova S.CH. Eshmuratov S.G.</i> | 208 |
| YUQORI JAG'NI INTENSIV KENGAYTIRISH USULLARINING SOLISHTIRMA TAHLILI | |
| <i>Sheraliyev M.A.</i> | 209 |
| YUQORI LABNING TIKLANGAN BIR TOMONLAMA KEMTIGI MAVJUD BEMORLARDA BURUN SHAKLINI SUBMENTAL BAHOLASH USULI | |
| <i>Shokirov Sh.T. Mukimov I.I. Mukimov Sh.I.</i> | 209 |
| STELL ISQ APPARATUS IN DENTAL IMPLANTOLOGY STUDY THE IMPORTANCE OF | |
| <i>Tojiev F.I., Ismoilkhojaeva K.G., Isanova D.R.</i> | 212 |
| DENTAL IMPLONTATSIYA AMALIYOTIDA YALLIG'LANISH ASORATLARINING OLDINI OLISH VA DAVOLASH | |
| <i>Xolmanov B.A., Ikramov G.A., Sultonxo'jayev B.B.</i> | 212 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ ПРИ ГЕАНГИОМАХ | |
| <i>Аббосов С.С., Мукимов Ш.И., Мукимов И.И.</i> | 214 |
| ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ | |
| <i>Абдуллаев Д. Ш. Собиржанонова А. С. Турсуналиев З. З.</i> | 216 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА HYALUAL В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА | |
| <i>Абдуллаев Ш.Ю., Юсупова Д.З., Адылов З.К.</i> | 218 |
| ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Абдурахмонов С.З., Ганиев А.А.</i> | 219 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОВИЗИОГРАФА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ | |
| <i>Азимов А.М., Мизомов Л.С., Омонов А.И.</i> | 221 |
| ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АУТОТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССОЙ | |
| <i>Азимова М.Л., Камбарова Ш.А.</i> | 222 |
| КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ | |
| <i>Аметов Р.Р.</i> | 224 |
| ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЖИ ЛИЦА С ПРИМИНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТ «PIXELCO2» | |
| <i>Аскарлов М.А., Азимов М.И.</i> | 225 |
| ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ МЕНОПАУЗЫ | |
| <i>Ачилова Н.Г., Онгарбаева Г</i> | 226 |
| ПАРАМЕТРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ ВНЧС | |
| <i>Бакаев Ж.Н., Олимов С.Ш., Бадриддинов Б.Б., Некбоев Б.Н.</i> | 227 |
| МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАХСТАНЕ, НА ПРИМЕРЕ СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ | |
| <i>Батыров Т.У., Кожяхметов С.К., Жаканов Т.В., Сагындық Х.Л.</i> | 229 |
| ЭЛЕКТИВ «СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЧЛО: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ | 233 |

РЕЗИДЕНТУРЫ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКАЯ»

Батыров Т.У., Кожжахметов С.К., Жаканов Т.В., Сагындық Х.Л., Бейсен Ш.А., Сейдзадинова К.Е., Мурзабаев Т.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Бекназарова У.Б. 234

ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ПАСТКИ ЖАҒ СУЯК РЕГЕНЕРАЦИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бобоназаров Н.Х., Дусмухамедов Д.М., Рахматова М.Х., Омонов Р. 236

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА ТАШХИСЛАШ

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И. 238

ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРИ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И. 239

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Бузрукзода Ж.Д., Ахтамов Ш.Д., Шербекоева Ф.У 240

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА БИО-ГЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПО ДАННЫМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бычкова Н.П. 242

ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Бычкова Н.П. 243

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ТКАНЕИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ ОКТАКАЛЬЦИЙФОСФАТА, АКТИВИРОВАННОГО ПЛАЗМИДНОЙ ДНК С ГЕНОМ VEGF

Воложин Г.А., Базикян Э.А. 244

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Ганиев А.А. 246

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТДАЛЁННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

Ганиев А.А. 247

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА

Гафуров З.А., Шокиров С., Содиков М.М 249

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Досмухамедова Л.В., Хагуров Р.А., Кучкарова Р.Р. 250

МЕДИЦИНСКАЯ ОШИБКА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Дронов С.В., Фалчари Р.О. 252

| | |
|---|-----|
| ЗАТРАТЫ НА АМБУЛАТОРНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ | |
| <i>Духовская А.А., Егорова Л.В., Панин А.М.</i> | 256 |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА OSTEONCOLLAGEN ЗПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ SINUSLIFTING | |
| <i>Жданов А.В.</i> | 257 |
| КСЕРОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 | |
| <i>Жилонова З.А., Садикова Х.К.</i> | 258 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ | |
| <i>Зайнутдинов М.О.</i> | 261 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГРЕССИВНОСТИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ | |
| <i>Зейнегабылова А.С., Кусаинова Ж.Д., Мухтар М.Р.</i> | 263 |
| ОИТС АССОЦИРЛАНГАН КАПОШИ САРКОМАСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА СТОМАТОЛОГИИ ЎРНИ | |
| <i>Ибрагимова Н.С., Ибайдуллаева Б.А.</i> | 265 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ МЕТОДОМ ГОЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРОМЕТРИИ | |
| <i>Ивашенко С.В., Остапович А.А.</i> | 266 |
| ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИНИНГ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДАВА ТАШХИСЛАШДА ТУРЛИ МУТАХАСИСЛИКЛАР ЁНДАШУВНИНГ АҲАМИЯТИ | |
| <i>Идиев Ф.Э.</i> | 269 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Икрамов Г.А., Махмудова Р.Ж., Олимжонова Г.Г.</i> | 270 |
| УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПУТЕМ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ | |
| <i>Икрамов Г.А., Собиров Ҳ.Г., Олимжонова Г.Г.</i> | 272 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Икрамов Г.А., Сувонов К.Д., Халманов Б.А., Ашуров С.С.</i> | 275 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА | |
| <i>Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Абдулхаев Ж.А.</i> | 277 |
| ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ И СЛЮНЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Исомов М.М.</i> | 279 |
| КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛНЫХ ПРИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | |
| <i>Каримов Ш.И., Тожиев Ф.И.</i> | 283 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА В СЛЮНЕ МЕТОДОМ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ С МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКИМ ДЕТЕКТИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ | |
| <i>Картон Е.А., Островская И.Г., Рубцова О.Г.</i> | 285 |
| РОЛЬ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТИТА ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ | |
| | 287 |

Каюмова Н.Н., Хаджиметов А.А., Хасанов Ш.М., Садикова Х.К.

**МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕНОСУМАБ-АССОЦИИРОВАННОГО
ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС.**

*Косач Г.А., Петросян А.Л., Ойсиева К.Ш., Кутукова С.И., Зубарева А.А., Чефу С.Г.,
Яременко А.И., Власов Т.Д.*

288

**СОХРАНЕНИЕ КОРНЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С ЦЕЛЮ
ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА**

Курбанов Ш.Ш., Солижонova Ш.Д.

290

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА МЕТОДОМ
ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА**

Курбанов Ш. Ш., Курбанов С. А., Турсуналиев З. З., Адашов Ф. С.

292

**ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БЛИЖАЙШИЕ
ИСХОДЫ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ**

Мадай Д.Ю., Иорданишвили А.К., Идрис М.И., Нассар А.

293

ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ (обзор литературы)

Малышкина Л.Т.

295

**БОТУЛИЧЕСКИЙ АНАТОКСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ
ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Маматкулова М.Х.

297

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ПОЛОСТИ РТА

Матсопов Д.О.

300

**ЛЕЧЕНИЕ МЕЖКОРНЕВЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ ЗУБОВ.**

Махкамов Б.М., Юлдашев Д.И., Маъмурбоев С.Б.

303

**ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИКЛАРИДА
ОРТОИМПЛАНТЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

Мирхайидов М.М., Мукимов Ш.И.

305

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ НА ОСНОВАНИИ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ**

Мукаддасхонова М.Д., Пулатова Б.Ж., Хасанов Ш.М., Хасанов И.И.

307

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ
СОХРАНЕНИИ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE”**

Мукимов О.А., Усманова Д.Р., Мукимова Х.О.

310

**ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА И КОЛЛАГЕНА ПРИ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Муратова Н.Ю., Абдуллаев Ш.Ю., Алимжонов К.Х.

311

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У
БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Мухамедов М.Х.

313

**ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Мухамедова Ш.Ю., Холмурадов Ж.Р.

314

**ПРОБЛЕМА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

Мухторов З.К.

315

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Нормуродов М.Т.

319

**СОСТОЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И
СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАЗУБНЫХ ШИН**

321

| | |
|--|-----|
| У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАРОДОНТИТОМ | |
| <i>Нормуродов. М.Т., Пулатова Б.Ж., Халматова М.А.</i> | |
| ПОКАЗАТЕЛИ ПРОКОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | |
| <i>Олимжонов Т., Пулатова Б.Ж.</i> | 325 |
| ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | |
| <i>Олимжонов Т., Пулатова Б.Ж., Нормуродов. М.Т., Джахангирова Д.А.</i> | 327 |
| ВНУТРИКОСТНЫЕ ИНФУЗИИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ | |
| <i>Олимов А.М., Шокиров С.М., Назарова Ф. Н.</i> | 329 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНЫХ СТенок ГЛАЗА | |
| <i>Патхиддинов Ж.Ш</i> | 330 |
| ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ | |
| <i>Пулатова Б.Ж., Мукаддасхонова М.Д.</i> | 331 |
| ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ. | |
| <i>Рахматуллаева О.У., Эшонкулов Ш.Б., Хужаниезова Н. М.</i> | 332 |
| ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ | |
| <i>Садыкова Х.К, Эшмаматов И.А, Мухамедов И.Ш.</i> | 333 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ В ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ | |
| <i>Саидов Б.О.</i> | 334 |
| ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСТКОВИДНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. | |
| <i>Саидов Д.Д., Кариев Ш.Ч., Кариев Х.К., Эназаров Д.И., Нормуминов Ф.П.</i> | 336 |
| КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ЭКЗОСТОЗАХ ЧЕЛЮСТЕЙ | |
| <i>Сафаров М.Т., Хусанбаева Ф.А., Азизова Ш.А.</i> | 338 |
| ОЦЕНКА ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. | |
| <i>Свиридов Е.Г, Левкина А.О, Изотов О.И, Сорокина М.С, Дробышев А.Ю.</i> | 339 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО НАВИГАЦИОННОГО ШАБЛОНА ДЛЯ МЯГКОТКАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ | |
| <i>Ткаченко Э.Д., Степанов А.Г., Апресян С.В.</i> | 341 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА | |
| <i>Тўйчиев О.Н.</i> | 344 |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ-ШЕИ | |
| <i>Убайдуллаев Х. А.</i> | 345 |
| КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Убайдуллаев Х.А., Гафур-Ахунов М. А., Гаффаров С.А.</i> | 346 |
| СУРУНКАЛИ МАҲАЛЛИЙ ВА ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТ ҲАМДА СУРУНКАЛИ МАҲАЛЛИЙ ПЕРИИМПЛАНТИТНИ НОН-ИНВАЗИВ | 348 |

**ЛАНАП(ЛАСЕР АССИСТЕД НЕВ АТТАЧМЕНТ ПРОСЕДУРЕ),
ЛАПИП(ЛАСЕР АССИСТЕД ПЕРИ-ИМПЛАНТИТИС ПРОСЕДУРЕ) ЛАЗЕР
НУРЛАРИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ**

Фасихиддинов Ж.С.

**ТЎЛИҚ РЕТЕНЦИЯГА УЧРАГАН ТИШЛАР ОЛИНГАНДАН СУНГ ЮЗАГА
КЕЛАДИГАН ЖАҒ СУЯГИНИНГ АТРОФИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ**

Фозилов М.М., Бекмуров Б.Б.

348

**РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИЕ ПЕРИМПЛАНТИТА У
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАРОДОНТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ
КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Хаджиметов А.А., Дусмухамедова Д.К., Дусмухамедов М.З.

349

**РОЛЬ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
ПАРОДОНТИТА СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ
СИСТЕМЫ**

Хаджиметов А.А., Юлдашев А.А., Дусмухамедов Д.М.

350

**ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.**

Халилов А.А., Абдуллаев Ш.Ю., Исомов М.М.

351

**РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНО СОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ
ГОРТАНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ТЗ**

Халматова М.А., Ганиев А.А.

353

**ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ПРИ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКЕ С
ПРИМЕНЕНИЕМ КОЖНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ
ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

Хамраева Н.Т., Брайловская Т.В., Дениев А.М.

355

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО
ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ**

Хасанов А.И., Махмудбеков Б.О., Мукимов Ш.И.

356

**БОЛАЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒ ЎТКИР ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТЛАРИНИ
МАХАЛЛИЙ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Хасанов А.И., Махмудбеков Б.О., Мукимов Ш.И.

358

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ**

Хасанов А.И., Мустафокулов Ж.А., Бейсенбаев Н.К., Бимбетов Е.С.

361

**ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ
ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

Хасанов И.И., Шомуродов К.Э.

367

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А.

369

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ DISOM
(IMPLANT-ASSISTANT) НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Ходжаева Ф.Х., Дустматов Ж.Э., Махкамова Ф.Т.

370

**МУЛТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОСТРЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ**

Ходжибекова Ю.М., Шодмонова Ч.Б., Каримова С.К.

371

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Холиков А.А., Фаттаева Д.Р.

373

| | |
|--|-----|
| ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФРЕНУЛОТОМИИ ЯЗЫКА ПРИ НАРУШЕНИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА-ИГРОВАЯ ФОРМА” | |
| <i>Холманов Б.А ; Эшонкулов Ш.Б., Бурибаева У.У.</i> | 374 |
| ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА | |
| <i>Холмухамедов Д.А.</i> | 376 |
| ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Шаева Р.Г., Абдурахманов М.М.</i> | 377 |
| ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АТРОФИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ. | |
| <i>Шерстобитов В.А., Брайловская Т.В. Калинин Р.В., Мамедов Х.И.</i> | 378 |
| ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПО ТОМОГРАММАМ | |
| <i>Ширинов М.К., Пулатова Б.Ж.</i> | 379 |
| ИККИ ТОМОНЛАМА ЛАБ ЁРИФИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА БИР ВАҚТНИ ЎЗИДА ЗАМОНАВИЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКА | |
| <i>Шокиров Д.А., Жафаров М.М., Кучкоров Ш.Б.</i> | 381 |
| ШКАЛЫ СУБМЕНТАЛЬНОГО НОСА ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСПРАВЛЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ | |
| <i>Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Мукимов Ш.И.</i> | 382 |
| ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ | |
| <i>Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Мукимов Ш.И.</i> | 384 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ | |
| <i>Шомуродов К.Э., Маликов С.О., Нарзиева М.И.</i> | 386 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Шомуродов Қ.Э., Икрамов Г.А., Рахманов С.Н.</i> | 387 |
| ПРИЧИНЫ УДАЛЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Шхагошева А.А., Дронов С.В., Каранузова А.И., Бакаева М.Н.</i> | 389 |
| АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИИМПЛАНТИТА | |
| <i>Эшонкулов Ш.Б., Дадамухамедова Н.Н., Эшмаматов И.А.</i> | 390 |
| ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Юлчиев Б.Д.</i> | 392 |
| ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННОЙ ПОВЯЗКИ «VITAVALIS» ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Юльчиев Р.И., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.</i> | 396 |
| РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Юнусова У.А., Бадриддинов Б.Б., Олимов С.Ш.</i> | 397 |
| ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА | |
| <i>Юсупов А.К, Садикова Х.К, Мухамедов И.Ш, Мирпулатова С.Т.</i> | 399 |
| ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СУКЦИНАТА НАТРИЯ (HYALUAL) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ | 400 |

ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова Д.З., Жураев Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБА И НЁБА С ПОМОЩЬЮ РАЗРАБОТАННОЙ МОРФОМЕТРИЧЕСКОЙ КАРТОЙ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ядгарова Г.С., Камбаров Ш.А., Мирзаева Ф.А.

404

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Якубов Р.К., Файзиев Б.Р., Икрамов Г.А., Турдиев Р.П.

405

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Якупов Б.А.

407

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Яременко А.И., Грачев Д.И., Пахомова Н.В.

408

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТИ

Яременко А.И., Хацкевич Г.А., Онохова Т.Л., Трофимов И.Г., Туманов Э.В.

410

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВЯЛОТЕКУЩИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Ярыгина Е.Н., Кирпичников М.В., Дусева Д.А.

412

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Яхёев А.С., Туфлиев А.

414

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

PASTKI JAG' SUYAK TO'QIMASINI ULTRATOVUSHLI TEKSHIRISH

Bazarov Sh.A., Murtazaev S.S

418

BEMORLARDA GNATIK VA DENTOALVEOLYAR DAVOLASHDAN KEYIN DISTAL OKKLYUZION XOLATNI FUNKTSIONAL USUL

Bazarov Sh.A., Murtazaev S.S

419

COMPUTER ANALYSIS OF OCCLUSIOGRAMS IN PARTIALLY EDENTULOUS PATIENTS

Melikuziev K.K., Khabilov N.L., Safarov M.T.

420

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE "ALL ON FOUR" IMPLANTATION METHOD WITH ONE-STAGE LOADING WITH FIXED PROSTHESES WITH THE TRADITIONAL METHOD OF REMOVABLE PLATE PROSTHESIS.

Mun T.O., Kim V.E., Jandarova M.A.

421

PROSTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS

Musaeva K.

422

BIOCHEMICAL FORMATION OF THE SALIVA AT TEENS AFTER FIXED ORTHODONTIC DEVICES

Pulatov O.A.

423

KESISHGAN PRIKUS ANOMALIYALARI MAVJUD BO'LGAN BOLALARDA CHAYNOV MUSHAKLARI FUNKSIONAL HOLATI DIAGNOSTIKASI.

Quranbayeva D.G., Razzoqov U.M.

423

| | |
|---|-----|
| EVALUATION OF THE 3MM THICKNESS SPLINT THERAPY ON TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS (TMDS) | |
| <i>Rabiyev B.H., Mun T.O., Ibraximova K.A.</i> | 425 |
| YUQORI JAG'NI TEZ KENGAYTIRISH USULLARINING SOLISHTIRMA ANALIZI | |
| <i>Sheraliyev M.</i> | 426 |
| BIOLOGICAL EVALUATION OF COCR DENTAL ALLOY FOR SELECTIVE LASER MELTING AND 3D PRINTING. (A PILOT STUDY) | |
| <i>Tomova, Z., Vlahova, A., Chonin, A., Georgiev, Zh., Alexandrov, Sv.</i> | 427 |
| ORTODONTIK BEMORLARNI TASHXISLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV "TISHLAR VA TISHLARNING HOLATINI BAHOLASH" KOMPYUTER DASTURIDAN FOYDALANISH | |
| <i>Yuldashev T.A., Murtazaev S.S.</i> | 428 |
| ORTODONTIYADA BARQAROR TAYANCH | |
| <i>Yuldashev T.A., Murtazaev S.S.</i> | 429 |
| БОЛАЛАР ПУБЕРТАТ ЁШИДА ОҒИЗ БЎШЛИГИНИНГ МАЛАКАЛИ ГИГИЕНАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ | |
| <i>Аббасова Д.Б., Арипов М.А.</i> | 430 |
| ТОЧНОСТЬ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ | |
| <i>Абдуазимов А.А. Ханазаров Д.А.</i> | 431 |
| ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЙ АНОМАЛИИ СУСТАВНОЙ ФОРМЫ | |
| <i>Абдуганиева Н.А.</i> | 433 |
| ОПЫТ ОРТОГНАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ НЕСИММЕТРИЧНОЙ МАКРОГНАТИЕЙ | |
| <i>Абдукадыров А.А., Курбанов Ф. Р., Курбонов Д.Ф.</i> | 434 |
| ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИД-19 В ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | |
| <i>Абдукадыров А.А., Курбанов Ф. Р., Курбонов Д.Ф.</i> | 436 |
| СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ СО ВТОРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЗУБНОГО РЯДА | |
| <i>Абдуллаева Н.И.</i> | 438 |
| АДЕНОТОНЗИЛЛЯР ВЕГЕТАЦИЯДА ПРИКУСНИНГ ЎЗГАРИШИ: САБАБЛАРИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ, ДАВОСИ | |
| <i>Абдусаматова И.И.</i> | 440 |
| КЕСИШГАН ТИШЛОВИ БОР БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ТИББИЙ ПСИХОЛОГИК МОҲИАТИ | |
| <i>Азимова Ш.Ш., Саидов А.А.,</i> | 441 |
| ПОДБОР ЭФФЕКТИВНОГО РЕЖИМА СТЕРИЛИЗАЦИИ НОВЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ | |
| <i>Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С.</i> | 443 |
| ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА | |
| <i>Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Ирисметова Б.Д.</i> | 444 |
| КЛИНИКО - ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ | |
| <i>Акбаров А.Н., Салимов О.Р., Шоахмедова К.Н.</i> | 446 |

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТНОЙ СИСТЕМОЙ

Аралов М.Б., Нодирхонова М.О. 447

СОЧЕТАННОСТЬ ВЕРТИКАЛЬНЫХ И САГИТТАЛЬНЫХ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ.

Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Мавлянова М.А., Джумаева Н.Б., Шералиев М.А. 448

СОХТА ПРОГЕНИК ПРИКУСЛИ БЕМОРЛАРНИ ТУРЛИ ОРТОДОНТИК АППАРАТЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ.

Арипова Г.Э., Сулейманова Д.А., Муратова Г.А. 449

ОПТИМИЗАЦИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Артиков Ш.Ш., Ибрагимова К.А., Саид Камил К. 450

БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ЗАЩИТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Асадуллаев Н.С. 452

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЧС ПРИ НАЛИЧИИ ТРЕМ В ЗУБНЫХ РЯДАХ

Атахонова М.Г., Нодирхонова М.О. 453

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК ДЛИТЕЛЬНОГО НОШЕНИЯ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ МЕТОДОМ 3Д ПЕЧАТИ

Башун Э.С., Ризаева С.М., Нуриева Н.С. 454

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ.

Валиджанова Ш.З. 456

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СУЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Вахобова М. Б. 459

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

Горлачѐва Т.В., Терехова Т.Н. 460

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Гуныко Т.И., Гуныко И.И. 462

ДИАГНОСТИКА ЭСТЕТИКИ УЛЫБКИ ПРИ СУЖЕНИИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА.

Давронова Р.Х., Нигматова И.М. 463

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОБЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ COVID-19 (SARS-CoV-2)

Дадабаева М.У. 465

ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ ДЛЯ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Даминова Н.Б., Нигматова И.М. 466

КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Дусмухамедов М.З., Махмутбеков Д.Г., Дусмухамедов Д.М., Дусмухамедова А.Ф. 467

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ ПРИ НЕПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЯХ

Зиядуллаева Н.С., Ходжимуродова Н.А. 468

| | |
|--|-----|
| УЛУЧШЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 | |
| <i>Ибрахимова К.А., Рабиев Б.Х., Артиков Ш, Мун Т.О.</i> | 470 |
| МЕТОДИКА РАЗМЕТКИ ВОСКОВЫХ ШАБЛОНОВ НА ЭТАПЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ | |
| <i>Иванова О.П.</i> | 471 |
| СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ИХ ПРЕПАРИРОВАНИЯ. | |
| <i>Ирсалиев Х.И., Буриев М.Б.</i> | 472 |
| ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСКOLORИТА ЗУБОВ | |
| <i>Ирсалиева Ф.Х., Валиева Ф.А</i> | 473 |
| ОРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19. | |
| <i>Мадаминова Н.С.</i> | 475 |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЕРАМИЧЕСКИХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДOK ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКИ ЗУБА | |
| <i>Мадрахимова М.</i> | 477 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИМПЛАНТА С АТТАЧМЕНТОМ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ | |
| <i>Маматназаров А.Б.</i> | 478 |
| ЦИРКОН ВА КЕРАМИКАГА ЧАРХЛАШНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ | |
| <i>Меликузиев Т.Ш., Махмудов М.Б., Охунов Б.М.</i> | 479 |
| КОНЦЕПЦИИ БИОМЕХАНИКИ ПРИ ШИНИРОВАНИИ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ | |
| <i>Мирхусанова Р.С., Дадабаева М.У.</i> | 480 |
| РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ | |
| <i>Муратова Н.Д., Сулаймонова Н.Ж., Абдурахманова С.И.</i> | 481 |
| РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНИХЧЕЛЮСТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА | |
| <i>Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М., Акбаров К.С.</i> | 482 |
| СОСТОЯНИЕ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ | |
| <i>Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О.</i> | 484 |
| БОЛАЛАРДА ТИШ ҚАТОРЛАРИНИНГ КЕСИШГАН ОККЮЗИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ | |
| <i>Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Кодиров Ж.М.</i> | 486 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЙ РЕЧИ. | |
| <i>Нигматова И.М., Раззаков У.М., Рахматуллаева Н.Р.</i> | 487 |
| ИЗУЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА | |
| <i>Нодирхонова М.О., Нигматов Р.Н., Нигматова И.М.</i> | 488 |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ | |
| <i>Нормуродова М.О., Раззоков У.М.</i> | 490 |
| ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛИЧЕНИЕ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА | |
| <i>Нормуродова Р.З., Сафаров М.Т., Дадабаева М.У.</i> | 491 |
| ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЯХ | |
| | 492 |

| | |
|---|-----|
| <i>Пардаев Д.С., Рашидов. Р.А., Саид Камил. К.</i> | |
| БРУКСИЗМ. ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КАПП | |
| <i>Рамазанова Г.Э., Мун Т. О., Мирхусанова Р. С., Дадабаева М.У.</i> | 494 |
| ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА НА ОСНОВЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА. | |
| <i>Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Сотиволдиева С.З., Акбаров К.С., Шералиев М.А.</i> | 496 |
| ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА НА ОСНОВЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА. | |
| <i>Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Сотиволдиева С.З., Акбаров К.С., Шералиев М.А.</i> | 496 |
| ҚОЗИҚ ТИШЛАР ДИСТОПИЯСИНИНГ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ | |
| <i>Рахимбердиева М.Ш., Шаамухамедова Ф.А., Мавлянова М.А., Давранова Л.Ф.</i> | 497 |
| ВЛИЯНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И БЕЗМЕТАЛЛИЧЕСКИХ КАРКАСОВ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА | |
| <i>Рашидов Р.А., Саид Камил К., Пардаев Д.С.</i> | 498 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ | |
| <i>Рузиева С.С.</i> | 499 |
| ТИШ ҚАТОРЛАРИ ДЕФОРМАЦИЯСИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ ЖАРАЁНИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ГИГИЕНИК ҲОЛАТИ | |
| <i>Саидов А.А., Алиев Ҳ.Р.</i> | 500 |
| ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ АНОМАЛИЯЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ СУЮҚЛИГИНИНГ АЙРИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ | |
| <i>Саидов А.А., Музаффаров Б.Ю.</i> | 502 |
| ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ ЭХООСТЕОМЕТРИИ | |
| <i>Сафаров М.Т., Алимова У.</i> | 503 |
| ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ФИКСИРОВАННЫХ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ. | |
| <i>Сафаров М.Т., Арипова Н., Алимова У.</i> | 504 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЧНОСТИ ДИОКСИДЦИРКОНИЕВОЙ КЕРАМИКИ ПРИ ЭКСПРЕСС РЕЖИМАХ СИНТЕРИЗАЦИИ | |
| <i>Сахабиева Д.А., Деев М.С., Русанов Ф.С.</i> | 506 |
| ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. | |
| <i>Саъдуллаева Ш.Л., Назаров З.З., Назарова Ш.Х., Атакулова Н.А., Асадова Г.М., Омонов Р.А.</i> | 507 |
| КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ С ЭЛАСТОМЕРОМ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ | |
| <i>Солижонов Б., Артиков Ш.</i> | 508 |
| РЕСТАВРАЦИЯ КУЛЬТЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ | |
| <i>Сташкевич А.Р., Борунов А.С.</i> | 509 |

| | |
|--|-----|
| РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | 511 |
| <i>Таджуддин З., Нигматова И.М.</i> | |
| ФАКТОРЫ ПОДАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕСС ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ. | 512 |
| <i>Тиллаходжаева М.М., Акбаров А.Н., Мадаминова Н.С.</i> | |
| ЮҚОРИ ЖАҒ ФРОНТАЛ ТИШЛАРНИ ОРТОПЕДИК КОНСТРУКЦИЯЛАР БИЛАН ПРОТЕЗЛАШ | 513 |
| <i>Толмасов С.Д., Алиева Н.М.</i> | |
| ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭХООСТЕОМЕТРИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | 514 |
| <i>Туляганов Дж.Ш., Мадаминова Н.С.</i> | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА, АНОМАЛИИ ПРИКУСА И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ | 515 |
| <i>Турсунбоева И.Ф.</i> | |
| ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ | 516 |
| <i>Турсунбоева И.Ф.</i> | |
| АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИСОЧНЫХ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СКУЧЕННОСТЬЮ ЗУБОВ | 517 |
| <i>Турсунбоева И.Ф., Расулова Ш.Р.</i> | |
| ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДА | 518 |
| <i>Хабиров Б.Н., Яхёева Г.С., Ходжимуродова Н.А.</i> | |
| МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЁМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ | 519 |
| <i>Хайдаров А. М., доц. Дадабаева М. У., Джабриева А.Д.</i> | |
| ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕТРАКЦИИ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА | 521 |
| <i>Халиметов Ж., Сафаров М.Т.</i> | |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОГО АРТИКУЛЯТОРА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА | 523 |
| <i>Хасанова Д.Р.</i> | |
| БИОХИМИЧЕСКИ СТРУКТУРНЫЕ СВЯЗИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ | 523 |
| <i>Хасанова Л.Э., Пулатов О.А., Иргашев К.Н.</i> | |
| ФЕНОМЕН ПОПОВА ГОДОНА КАК ПРИЧИНА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ И ПОТЕРИ ЗУБОВ | 524 |
| <i>Хусанов Н.Ш., Рихситиллаев О.У.</i> | |
| РОЛЬ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОГО РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ II КЛАССА | 525 |
| <i>Шухратова М.М.</i> | |
| АПИКАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ ИМПЛАНТАТА И ТОЛЩИНА МЯГКИХ ТКАНЕЙ | 526 |
| <i>Ярыгина Е.Н., Кирпичников М.В., Кривенцев А.Е.</i> | |

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

| | |
|--|-----|
| PREVENTION OF OVERSTRAIN BY CORRECTING THE VEGETATIVE | 529 |
|--|-----|

STATUS OF STUDENTS DENTISTS

Karimov V.V.

THE PERSONAL QUALITIES OF THE LEADER IN THE HEALTHCARE

Khalmatova M.A.

530

NON-TRADITIONAL GYMNASTICS IN OPTIMIZATION OF PHYSICAL EDUCATION CLASSES AT THE UNIVERSITY

Masharipova R.Y.

534

OPINIONS OF FAMILY DOCTORS ON THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES

Nurmamatova K.Ch. Karimova M.U. Mirzarahimova

536

LABOR ACTIVITY AND PERFORMANCE OF NURSES WORKING IN DENTAL CLINICS

Ruziyeva S.Y., Juraeva F.J.

538

WORK MOTIVATION OF NURSES WORKING IN DENTAL INSTITUTIONS

Ruziyeva S.Y., Marufi F.A

540

FEATURES OF NUTRITION OF PERSONS WORKING WITH SOURCES OF IONIZING RADIATION

Turakhonova F.M., Tukhtarov B.E., Umarov B.A.

542

STOMATOLOG SHIFOKORLARNING STOMATOLOGIK KASALLIKLARINI OLDINI OLISHDAGI BILIM DARAJASINI ANIQLASH BO'YICHA IJTIMOIIY TADQIQOTLAR

Umarov B.A., Karimova M.U., Muyassarova M.M.

543

SOCIOLOGICAL FEATURES OF THE SPREAD OF INFECTIOUS TRANSMITTED BY WATER

Umurzakova D.A., Babich S.M.

544

УРОВЕНЬ ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫХ РЕГИОНАХ

Ахмедов М.Э., Рустамова Х.Е., Каримова М.У.

546

ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Доронина О.В., Кононыхин А.А., Курмангулов А.А.

547

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОПОЛИМЕР - ФЛОКУЛЯНТОВ СЕРИИ "СФ" ПРИ ОЧИСТКЕ ВЫСОКОМУТНЫХВОД ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОДОИСТОЧНИКОВ

Ибрагимхуджаев Б.У., Таджиев М.Х., Турахонова Ф.М.

549

ЗНАНИЯ И ЛИЧНЫЕ НАВЫКИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ОСНОВА ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Иорданишвили А.К., Алибеков И.К.

551

ВЛИЯНИЕ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Камилов А.А.

553

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МНОГОУРОВНЕВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Каримов В.В., Рузубоев Ш.Х.

554

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ

Курамбоев Я.Б., Курамбоева Н.Я.

556

ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ К СИСТЕМАМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

557

МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СО СТОРОНЫ МОЛОДЕЖИ

Курмангулов А.А.

ТАЛАБА-ЁШЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА ХАЛҚ ЎЙИНЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Мадаминова Г.М.

558

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Мамаджанов Н.А., Тангиров А.Л., Абдукодиров Х.Ж.

561

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ХЛЕБОБУЛОЧНЫМ ИЗДЕЛИЯМ

Махмудова М.Х., Сайдалихужаева Ш.Х., Мамаджанов Н.А.

562

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЯ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБА

Махмудова М.Х., Умарова Ф.Ю.

563

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Мукимов О.А., Усманова Д.Р., Тошмуротова Д.Б. Исмоилхужаева К.Г.

565

ВАЛЕОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Раманова Д.Ю., Маматова Д.М., Абзалова Д.Р., Исмаилова У.Дж.

566

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Сайдалихужаева Ш.Х., Рустамова Х.Е.

568

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛОР- ОРГАНОВ

Сачек М.М., Маймур А.В.

569

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Султонова Ф.А.

573

ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукадыров Х.Ж.

574

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукадыров Х.Ж.

576

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Усманбекова Г.К., Камилова Н.Г., Нормуродова А.Д.

578

ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Усманбекова Г.К., Раманова Д.Ю., Саидусманова М.Р.

580

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Юлдашев М.Э.

583

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПУТЁМ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ

Янгиева Н.Р., Аишева Ш.

585

ПРЕДМЕТЫ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ

IMPROVEMENT OF METHODS OF PREVENTION OF TRAUMATIC OPTIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH CONCOMITANT ORBITAL INJURIES

Agzamova S.S., Hikmatov M.N.

588

X-RAY DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

589

| | |
|--|-----|
| <i>Esamuradov A.I., Shamsiev D.F., Mirzaeva M.A.</i> | |
| MICROTIA IN UZBEKISTAN - RETROSPECTIVE ANALYSIS AND OUR 15 YEARS EXPERIENCE | |
| <i>Jafarov M.M., Jafarov M.M., Khasanov S.A., Rasulov M.M.</i> | 590 |
| ODDIY HUSNBUZAR KLINIK KECHISHIDA ALIMENTAR OMILLAR ANAMIYATI | |
| <i>Karimova M.A., Malikova N.N.</i> | 591 |
| METHODS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH FRACTURED ORBITAL WALLS TAKING INTO ACCOUNT VISUAL FUNCTIONS | |
| <i>Mirbabaeva F.A., Hikmatov M.N., Askarov D.M.</i> | 592 |
| IDENTIFICATION OF PROTEINS P16, P53 AND PD-L1 IN OROPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA | |
| <i>Polatova D.Sh., Madaminov A.Yu.</i> | 593 |
| RESULT OF IL-2, IL-4, IL-8 AND IgE IN PATIENTS WITH NASAL POLYPS | |
| <i>Vokhidov U.N., Vokhidov N.K., Makhatov N.A.</i> | 594 |
| IMPROVEMENT OF DIAGNOSING AND TREATMENT OF MAXILLARY SINUS CYSTS | |
| <i>Vokhidov U.N., Vokhidov N.K., Butaev A.S., Khikmatillaev I.S.</i> | 595 |
| АЛЛЕГИЧЕСКИЙ РИНИТ ПРИ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ | |
| <i>Абдухоликова Г.А.</i> | 597 |
| ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКУЛООРБИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ | |
| <i>Агзамова С.С.</i> | 598 |
| РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ СКУЛООРБИТАЛЬНЫХ ТРАВМАХ | |
| <i>Агзамова С.С., Аъзамов А.Ш.</i> | 601 |
| СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ | |
| <i>Акбаров А.Н., Ярашева Н.И.</i> | 603 |
| ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА ТЕРИ МИКРОБИОЦЕНОЗИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР | |
| <i>Ахатова Г.Х., Ахмедова Ф.Н., Боймуродов Б.Т.</i> | 604 |
| РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА РОСТА (VEGF) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПТИИ | |
| <i>Бахритдинова Ф.А., Урманова Ф.М., Кенгилбаева Г.Э.</i> | 605 |
| <u>НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ</u> | |
| <i>Боймуродов Б. Т. Ахатова Г.Х.</i> | 606 |
| ПРИМЕНЕНИЕ АКУПУНКТУРЫ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ | |
| <i>Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.</i> | 607 |
| ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ – АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ | |
| <i>Дусмухамедова А.М., Туйчибаева Д.М.</i> | 609 |
| СОСТОЯНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА ДО И ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ | |
| <i>Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф., Каримов О.М.</i> | 610 |
| СУРУНКАЛИ ТЕРИ ҚИЧИШИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕРИ МИКРОБИОТАМИНИ ХОЛАТИ | |
| <i>Ибрагимова Н.С., Мухамедов Б.И., Пягай Г.Б., Ибрагимов О.Д., Маликова Н.Н., Ибрагимова Х.Н.</i> | 611 |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СПИДА У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ | 612 |

| | |
|---|-----|
| <i>Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А., Ибрагимова Н.С., Пягай Г.Б.</i> | |
| ВЛИЯНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ | |
| <i>Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А.</i> | 612 |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СПИДА У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ | |
| <i>Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А., Ибрагимова Н.С., Пягай Г.Б.</i> | 613 |
| ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ | |
| <i>Икрамов А.И., Ходжибекова Ю.М.</i> | 614 |
| ПРИМЕНЕНИЕ МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ | |
| <i>А.И. Икрамов, Ю.М.Ходжибекова</i> | 615 |
| ХАРАКТЕРИСТИКА С СТАТУСА РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ. | |
| <i>Исаходжаева Х.К.</i> | 616 |
| РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ | |
| <i>Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф., Каримов О.М.</i> | 618 |
| ЭРИТРОПЛАКИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. | |
| <i>Латьшиева С.В., Будевская Т.В., Урбанович Е.А.</i> | 619 |
| ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ | |
| <i>Мадаминов Ф.Ф., Мунавваров Б.А.</i> | 621 |
| ГЕМОДИАЛИЗ ТАДБИРЛАРИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ | |
| <i>Мадаминов Ф.Ф., Мунавваров Б.А.</i> | 622 |
| УПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА АПИТЕРАПИЯНИНГ ЭФФЕКТИВ ТАЪСИРИ | |
| <i>Махмадходжаева М.А., Алимова М, Юлдашев М.Б</i> | 623 |
| СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ | |
| <i>Мирбабаева Ф.А., Янгиева Н.Р., Фармонов Р.Ж.</i> | 624 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМИХИМОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ | |
| <i>Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С., Солметова М.Н., Рихсибоев Ж.Р.</i> | 625 |
| ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА | |
| <i>Нуриддинов Х.Н., Вохидов Н.Х., Вохидов У.Н.</i> | 625 |
| ВРАЧЕБНЫЙ ПОЧЕРК КАК КРИТЕРИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ | |
| <i>Петров П.И., Аверьянов С.В. Усманов И.Р.</i> | 627 |
| КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПЛОСКОГО ЛИХЕНА С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ | |
| <i>Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С., Пягай О.Г., Аллаева М.Д., Маликова Н.Н.</i> | 629 |
| ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА РАБОТУ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ | |
| <i>Раймжанова Г.М., Жакенова С.Р. Ажиметова Г.Н.</i> | 630 |
| ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА | |
| <i>Раимова М.М., Алиханов С., Ёдгарова У.Г.</i> | 632 |
| ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СНА И УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С СИНДРОМОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ | |
| | 633 |

| | |
|---|-----|
| <i>Раимова М.М., Ёдгарова У.Г., Ядгарова Л.Б.</i> | |
| БИЛАК СУЯКЛАРИ СОХТА БЎҒИМЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ | |
| <i>Рахимов А.М., Акрамов И.Р.</i> | 634 |
| РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГОЛЕЙШМАНИОЗА | |
| <i>Рахимов Ш.И.</i> | 636 |
| “COVID-19” КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШДА КЕНГ ҚЎЛЛАНИЛАЁТГАН АНТИБИОТИКЛАР: ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТМ ВА АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАҚҚОСЛАШ | |
| <i>Рахимова Н.Ф., Алимова Н.Х., Турдиев П.Қ.</i> | 638 |
| ҲИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА МИКРОБИОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ | |
| <i>Рўзматов Қ.М., Шамсиев Д.Ф.</i> | 639 |
| АНАЛИЗ ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ОСНОВАНИИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q | |
| <i>Салямова Ф.Э., Бобокулов М. Б.</i> | 640 |
| ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПРИЕМЕ БАДОВ | |
| <i>Собиров М.А., Скосырева О.В., Маркушина А.П.</i> | 641 |
| ТРИГЕМИНАЛ НЕВРАЛГИЯЛАРДА ОҒРИҚ ПАРОКСИЗМИНИ БАҲОЛАШ | |
| <i>Ҳайдаров Н.Қ., Абдуллаева М.Б., Чориева Ф.Э.</i> | 643 |
| ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖНИНГ ВА ИНСУЛТНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ДОЛЗАРБ МУОММОЛАРИ | |
| <i>Хидоятова Д.Н., Абдужамилова Р.М.</i> | 644 |
| БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИДА УЧРОВЧИ КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ | |
| <i>Хикматуллаева Ш.Ш., Хайдаров Н.Қ., Абдуллаева М.Б., Актамова М.У.</i> | 646 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ | |
| <i>Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С. Н.</i> | 648 |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ТАШКЕНТЕ | |
| <i>Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С. Н.</i> | 649 |
| АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ | |
| <i>Шамсиев Д.Ф., Рахимова Г.Ш.</i> | 651 |
| ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У НОВОРЖДЁННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ | |
| <i>Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.</i> | 653 |
| СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ | |
| <i>Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.</i> | 654 |
| МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГАНГРЕНЫ | |
| <i>Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.</i> | 655 |
| ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОТЕХНОЛОГИЙ | |
| <i>Юлдашев М.Э., Эргашев Н. Ш.</i> | 655 |

ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Юнусова Л.Р.

656

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ИСТИННЫХ КИСТ ШЕИ

Юнусова Л.Р., Валиев Ш.

657

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДМЕТЫ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРОВАННОГО АЛЛОГЕННОГО СУХОЖИЛЬНОГО БИОМАТЕРИАЛА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ

Анваров З.Л., Тастанова Г.Э.

659

ИЗУНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ И ПОСТВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ НА ОСНОВЕ МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ. ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Анваров З.Л., Тастанова Г.Э.

660

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ТАШКЕТА

Ашуров Т.А., Тулеметов С.Х., Туймачев У.А.

661

СИНТЕЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТИОМОЧЕВИНЫ НА ОСНОВЕ α -АМИНОКИСЛОТ

Балтабаев У.А., Абдувакилов Ж.У.

662

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И МОРФОМЕТРИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛОКАЦИЯМИ СУСТАВНЫХ ДИСКОВ (ПО ДАННЫМ МРТ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Бейнарович С.В., Филимонова О.И.

663

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ РИРАЗОЛ КАРБАМАТОВ

Джурраева М.Э.

665

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТРЕВОЖНОСТЯМИ

Мадазизова Д.Р., Усанова С.Т.

666

ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Мадазизова Д.Р., Рахманова Ш.Э.

667

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА ХАЛҚУМ СОҲАСИ ЎСМАЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ВА ДАВОЛАШДА ПАТОФИЗИОЛОГИЯНИ АҲАМИЯТИ

Миртурсунов О.Р., Турдалиев К.М., Оганиёзов Б.Б.

669

ПЕРЕМЕННОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ КАК ФИЗИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Нурматова Ф.Б., Мирзахмедова Г.Р., Абдуганиева Ш.Х.

670

АНАТОМИЯ ФАНИДАН МУСТАҚИЛ ИШНИ ЎТҚАЗИШДА ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Олимхўжаев Ф.Х.

672

ТИББИЁТДА МАСОФАВИЙ ЎҚИТИШНИНГ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Олимхўжаев Ф.Х.

674

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СОПР ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС НА ФОНЕ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Ахмедов А.А., Исаев У.И.

677

ЗУБОЧЕЛЮСТНАЯ СИСТЕМА НЕКОТОРЫХ ЖИВОТНЫХ И ПРИЧИНА ИЗУЧЕНИЯ КАРИЕСА НА ЗУБАХ КРЫС

| | |
|--|-----|
| <i>Саидов Д.Д., Тастанова Г.Е.</i> | 679 |
| МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШНИНГ АХЛОҚИЙ ЖИХАТЛАРИ | |
| <i>Туймачев У.А., Тастанова Г.Е., АшууровТ.А.</i> | 680 |
| СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ НА ПАРОДОНТ У КРЫС | |
| <i>Тулеметов С.К., Халиков А.С.</i> | 682 |
| МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ | |
| <i>Тулеметов С.К., Мавлонкориева С.Д.</i> | 683 |
| РОЛЬ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ СТОМАТОЛОГОВ – ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ | |
| <i>Шарипова П.А.</i> | 685 |
| ФОРМЫ КОНТРОЛЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ | |
| <i>Эимуротов С.Г., Сафарова С. Ч., Усанова С. Т., Самерхонова Е.А.</i> | 686 |
| ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,2,3-ТРИАЗОЛ КАРБАМАТОВ | |
| <i>Якубходжаева М.Р.</i> | 688 |
| ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ФИОЛ И ФЕМТОЛАСИК | |
| <i>Салиев И.Ф., Мухамедова Н.И.</i> | 689 |

СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ ПРЕДМЕТЫ

| | |
|---|-----|
| TIBBIYOTNI RAQAMLASHTIRISHNING AYRIM JIHATLARI | |
| <i>Abduganieva SH.X., Nurmatova F.B., Fazilova L.A, Kasimov M.M</i> | 691 |
| THE CULTURE OF USING SCIENTIFIC MEDICAL TERMINOLOGY | |
| <i>Abidova M.I.</i> | 694 |
| PROS AND CONS OF ONLINE TEACHING | |
| <i>Ismailova M.B.</i> | 696 |
| THE USE OF DENTAL TERMS IN THE ENGLISH LESSONS | |
| <i>Sagatova Sh.B., Muhtarov S.A.</i> | 698 |
| PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS IN THE USE OF WORDS IN DENTISTRY IN THE ENGLISH LESSON | |
| <i>Sagatova Sh.B.</i> | 700 |
| PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS IN THE USE OF MEDICAL TERMINOLOGY IN THE ENGLISH LESSONS | |
| <i>Sagatova Sh.B., Abdulhayeva K., Ibodullaeva M., Rahimova R., Abduraufzoda Z.</i> | 702 |
| PERSPECTIVES OF MODERN TECHNOLOGY IN TEACHING MEDICAL TERMS | |
| <i>Sharipova N.E.</i> | 705 |
| THE ESSENTIAL METHODS OF TEACHING ENGLISH FOR EARLY CHILDHOOD | |
| <i>Yakubova Sh.M.</i> | 707 |
| COSMETIC DENTISTRY | |
| <i>Yesbosinova N.P.</i> | 710 |
| PROBLEMS OF LEARNING ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE | |
| <i>Yunusova D.M., Usmanova D.R., Muqimova X.O., Ismoilxujaeva K.G.</i> | 712 |
| ТЕХНОЛОГИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ЭФФЕКТИВНОГО, СОВРЕМЕННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО | |

| | |
|--|-----|
| ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ | |
| <i>Абдиримов И.С., Давлетова А.А., Фазилбекова Г.А.</i> | 713 |
| СТОМАТОЛОГИЯ ФАНИНИ УКИТИШДА ПЕДОГОГИК ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯлардан ФОЙДАЛАНИШ | |
| <i>Абдиримов И.С., Нурматова Н.Т., Касимова Г.В.</i> | 715 |
| ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА | |
| <i>Исраилова М.Н.</i> | 715 |
| ТИББИЁТ ТАЪЛИМ МУАССАСИДА ЛОТИН ТИЛИНИ ЎҚИТИШ ЖАРАЁНИГА ИНТЕЛЛЕКТУАЛ-МАДАНИЙ ЁНДОШУВ | |
| <i>Исраилова М.Н., Сайфуллаева Л.С.</i> | 717 |
| ТАКСОНОМИЯ Б.БЛУМА В СОВРЕМЕННОМ ОБУЧЕНИИ | |
| <i>Партиева М.С., Акрамова Л.Ю.</i> | 719 |
| КАСБ-ҲУНАР ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИНГ ЎҚУВ-ТАРБИЯ ЖАРАЁНИДА ИННОВАЦОН ФАОЛИЯТ ЁНДАШУВИ | |
| <i>Раупова Ш.А.</i> | 720 |
| СТОМАТОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ БЎЙИЧА ТАЛАБАЛАРИНИ ЎҚИТИШДА ИННОВАЦИОН ТАЪЛИМТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ЎРНИ | |
| <i>Ҳайдарова Б.И.</i> | 723 |