



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ИННОВАЦИЙ РУЗ



ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС СТОМАТОЛОГОВ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

УДК: 08.2

ББК: 94.5

С - 43

Ответственные редакторы: д.м.н., профессор Шомуродов К.Э., к.м.н., доцент Нигматова И.М.

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

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

Технические редакторы: Машарипова Р.Ю., Сайдалихужаева Ш.Х

Настоящий сборник составлен по итогам международного конгресса стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», состоявшейся 16 мая 2023 г. в г. 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 и рекомендуются для практикующих стоматологов, обучающихся и преподавателей профильных факультетов вузов, студентов, студентов магистратуры и клинических ординаторов.

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!**



Стоматологическая заболеваемость в настоящее время, как во всём мире остаётся достаточно высокой. Решение проблем профилактики и лечения стоматологических заболеваний у населения является одной из наиболее важных государственных социальных задач. На сегодняшний день есть множество нерешенных вопросов в действующей

системе. Совместно мы должны их все обсудить и выработать план по решению наших задач. Поэтому список тем, которые планируется обсудить в ходе Конгресса уникален по своему охвату. Мы затронем все системообразующие вопросы. Также мы уделим внимание и вопросам развития конкретных специализаций.

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.

Выражаю благодарность всем участникам и гостям, которые нашли время, чтобы принять участие на конгрессе. Желаю плодотворных дискуссий и новых достижений!

**Ректор Ташкентского государственного
стоматологического института**

Хайдаров Н.К.

СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Жуматов Уразмат Жуманович

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Минздрава РУз

[E-mail. urazmatjumatov@mail.ru](mailto:urazmatjumatov@mail.ru)

В настоящее время не вызывают сомнения, что каждые практикующие врачи-стоматологи осознают необходимость помощи своим пациентам в области профилактики кариеса зубов и болезней пародонта. Однако, остаются спорными вопросы по поводу того, какие из существующих наибольшую медицинскую эффективность и должный найти свое применение в практическом здравоохранении в государственных и платных лечебно-профилактических учреждениях.

Для решения этих вопросов ещё в 1998 году прошлого столетия Всемирной Организацией Здравоохранения и Ассоциацией стоматологического образования Европы были предложены три основополагающие ценности как этическая основа «Здоровье для всех в 21-ом столетии».

-Здоровье как одно из важнейших прав человека;

-Справедливость в вопросах здоровье и его охраны, и действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей обоих полов;

-Участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней подотчетность отдельных людей, групп, несения, учреждений и организации.

Коммунальная стоматология происходит от английского Community Dentistry (Community-общество; Dentistry-зубоврачевание или стоматология). Близким по значению является термин «общественная стоматология» (Public Health). В сегодняшний день это приближается к меркам «организация стоматологической помощи населению», которая является частью коммунальной стоматологии. Предмет «коммунальная стоматология» в мире преподается на всех факультетах университетского уровня образования, и, соответственно, врачи стоматологи в достаточной степени подготовлены в этой области знаний.

Коммунальная стоматология включает:

- эпидемиологию стоматологических заболеваний;
- планирование профилактики стоматологических заболеваний на коммунальном (общественном) уровне;
- планирование стоматологической помощи и оценка её эффективности.

Исхода из этого соображения коммунальную стоматологию в условиях Узбекистана можно трактовать как науку изучающую эпидемиологию стоматологических заболеваний, стоматологическое здоровье общества, методы планирования коммунальных программ профилактики, стоматологической помощи и обеспечения здоровья населения, а также методы оценки эффективности общественных программ.

Всё это должны дать сегодняшним врачам стоматологам мотивированное направление на владение методами научно обоснованного планирования лечебно-профилактической стоматологической помощи населению и оценок её эффективности (1,2,3).

Поэтому мы предлагаем, что сегодняшние врачи стоматологи с учетом более серьёзной активизации развития современных производственно – промышленных предприятий в Узбекистане и соотвествующим образом и условия жизни населения они, как нам кажется, **должны знать следующие;**

- тенденции заболеваемости кариесом зубов в Узбекистане (тем более в своем регионе) и мире;
- общественную и альтернативные системы стоматологической помощи на коммунальном уровне;
- современные методы эпидемиологических исследований стоматологических заболеваний;
- составляющими ситуационного анализа в стоматологии;
- основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне;
- национальные и международные критерии оценки качества стоматологической помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях;
- критерии оценки эффективности коммунальных программ профилактики.

В последующем врачи стоматологи **должны уметь:**

- планировать массовые стоматологические исследования населения;
- провести игровой ситуационный анализ;
- на основе игровых данных разработать программу коммунальной профилактики;

- составить список более современных стоматологического оборудования, материалов и медикаментов для организации эффективного в эргономическом отношении рабочего места стоматолога;

- приготовить и использовать научно обоснованные материалы воспитания здорового образа жизни;

- оценить качество лечебно - профилактикой помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях;

- разработать план игровой поисковой научной работы;

- провести статистическую обработку собственных или игровых материалов;

- предложить оптимальный вариант разрешения профессиональной этической проблемы;

- составить вопросник для врачебной оценки образа жизни пациента;

- оценить уровни стоматологической помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях.

Следует подчеркнуть, что с учетом сегодняшних промышленно-производственных перестроек в нашей Республике для эффективного использования коммунальной стоматологии в промышленно-производственной сфере, врачу стоматологу **необходимо исходные знания и умения по следующим вопросам:**

- методы системной и местной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта;

- методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний;

- санитарно-гигиенические нормы окружающей среды, воды и пищи;

- законодательство страны о здравоохранении;

- организация лечебно-профилактической работы;

- штатные нормативы;

- медицинская статистика;

- производственная, профессиональная, коммунальная, социальная гигиена и гигиена труда.

В заключении мы считаем, что внедрение в практику системы стоматологического здравоохранения населения всех вышеперечисленных высказываний несомненно приведут к резкому снижению частоты основных стоматологических заболеваний как кариеса зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта среди населения Узбекистана и к долгосрочной стабилизации стоматологического статуса населения.

Список литературы

1. Боровский Е.В. и соавт., Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения. Методические рекомендации. Москва, 2015, 24 с.
2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Москва, 2003, 214 с.
3. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест, 2021, 284 с.
4. Oral Health Survey. Basic methods. 4 th edition. World Health Organization. Jeneva, 1998, 42 p.

USING THE GARRISON DENTAL SOLUTION MATRIX SYSTEM THE COMPOSI-TIGHT 3D FOR BLACK CLASS II CAVITY RESTORATION

Chaqqonov Fakhridin Xusanovich

Samarkand State Medical University

rafulin2021@bk.ru

The high prevalence of dental caries, the variety of forms, the development of prevention and treatment methods remain practically the most important problems of therapeutic dentistry. The quality of treatment of the pathology of hard tissues of the tooth, the frequency of occurrence of recurrent and secondary caries largely depend on the quality of the parietal fixation of the filling.

At the same time, the reports available in the literature indicate that high-quality fixation of the filling, the long-term functioning of the completed restoration are achieved with a preparation method that ensures the preparation of cavities in accordance with the size of the defect, while maintaining a stable tooth substance. The main shape of the resulting cavities and the configuration of the enamel margin should correspond to the characteristics of the filling material and the mechanism of its connection with the hard tissues of the tooth. The effectiveness of various retention elements in Black class II cavities was studied, depending on the chosen filling material. A method was developed and substantiated for the treatment of class II carious cavities using a pzapulpal pin as a retention element. The proposed method has been tested in the clinic and compared with two alternative classical methods. At the same time, the advantage of the new method has been proved significantly :). An abstract three-dimensional model of a molar based on the finite element method was created to calculate the "tooth-filling" system. On natural teeth, by holographic interferometry, a picture of the movement of filling materials on the proximal surface of the tooth was obtained.

The purpose of the study: to experimentally prove the convenience of the Garrison matrix system for the restoration of class II cavities according to Black.

Objectives: Restoration of Class II cavities according to Black on extracted teeth, jaw models and in the oral cavity of patients using the Garrison matrix system.

Research materials and methods: Garrison matrix system, extracted teeth, methylene blue, jaw models, 10 patients.

The obtained results and conclusions: the creation of an adequate contact point, the absence of trauma to the gingival papilla, ease of setting and use without significant time costs due to the tight fit of the matrix and the unhindered introduction of the wedge. And also plastic interdental wedges do not interfere with the spread of the light flux during the polymerization of the material.

Literature:

1. Dinesh S, Priyadarshini S, Mohan S. Comparing metal and transparent matrices in preventing gingival overhang with different resin material in Class II restorations – an SEM study. *Pravara Med Rev* 2012;2(2):4–9.
2. Boksman L. Matrix systems and Class II composite resins. *Oral Health* 2010;28–34.
3. Patras M, Doukoudakis S. Class II composite restorations and proximal concavities: clinical implications and management. *Oper Dent* 2013;38(2):119–124. DOI: 10.2341/11-224-T
4. Raghu R, Srinivasan R. Optimizing tooth form with direct posterior composite restoration. *J Conserv Dent* 2011;14(4):330–336. DOI: 10.4103/0972-0707.87192
5. Gilmour AS, James T, Byrant S, et al. An in vitro study on the use of circumferential matrix bands in the placement of Class II amalgam restorations. *Br Dent J* Sep 2008;205(5):221. DOI: 10.1038/bdj.2008.135
6. Innes NPT, Evans DJP. Managing caries in primary teeth. *Br Dent J* 2014;7–14. Doi: 10.1038/bdjteam.2014.118

OZONIZATION OF PERIODONTAL POCKETS IN CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF THE MIDDLE DEGREE

Davlatova Sofiya Mamasoliyevna

Samarkand State Medical University

rafulin2021@bk.ru

Periodontal disease is one of the most common complex pathologies worldwide. According to official data, intact periodontium occurs only in a small percentage, while inflammatory nature has been identified in more than 90% of the population aged 35 years and over. Pathologies of periodontal tissues arising from traumatic factors are found everywhere and with timely treatment, the disease can be eliminated. Therefore, the search for methods that will immediately have a positive

trend in violations in periodontal tissues is more than an urgent problem in the world of dentistry. At the moment, such a direction as ozone therapy shows amazing results in the treatment of various pathologies of the body. Ozone is the transformation of a diatomic oxygen molecule under the action of ultraviolet radiation into a triatomic molecule. This form of oxygen gives it a strong antiseptic property that can kill pathogenic bacteria and fungi, without having a destructive effect on healthy human cells. The use of ozone therapy as a non-drug method of treatment is due to such factors as: an increase in the frequency of allergic reactions to drugs, immunodeficiency states of middle-aged and elderly people, an increase in the number of bacterial species resistant to a wide range of antibiotics and antiseptics. It should also be taken into account that patients are increasingly experiencing an increase in concomitant and concomitant diseases. This factor contributes to the fact that it is necessary to limit the use of strong antimicrobials and increases the risk of developing polypharmacy. These circumstances encourage us to turn to new methods of treatment, in particular, to ozone therapy.

The aim of our work was to study the effect of ozone therapy on the course of periodontitis.

Under observation were 14 patients aged 37 to 53 years with periodontitis of moderate severity. In the first (main) group, all stages of professional oral hygiene were performed, plus ozonation of periodontal pockets for 5 procedures daily. In the second group of patients (control) - professional hygiene.

Ozone therapy method: BOP-4 apparatus was used as a source of ultraviolet radiation. The gingiva in the area of all teeth of the upper and lower jaws was blown with an ozone-air mixture for 2 minutes, at an ozone concentration in the ozone-air mixture of 0.261 mg/m³. The course of treatment consisted of procedures that were performed daily.

Results of the study: after the treatment, there was a decrease in signs of inflammation of periodontal tissues. The most pronounced effect was observed in the first group, where ozone therapy was included in the complex of therapeutic measures. After completing the course of ozone therapy, patients noted a decrease in gum bleeding and pain. The examination revealed the absence of hyperemia, a decrease in bleeding and swelling of the gums.

Conclusion: the results of our work showed that the inclusion of ozone therapy in the complex of therapeutic measures for periodontitis improves the quality of treatment, which is manifested in a decrease in gum bleeding and normalization of its color.

Literature:

1. Nazarova N. S., Islomova N. B. POSTMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA STOMATOLOGIK KASALLIKLARINING KLINIK VA MIKROBIOLOGIK KO 'RSATMALARI VA MEXANIZMLARI //Журнал" Медицина и инновации". – 2022. – №. 2. – С. 204-211.
2. Назарова Н., Исломова Н. Этиопатогенетические факторы развития заболеваний пародонта у женщин в периоде постменопаузы //Профилактическая медицина и здоровье. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 55-63.
3. Назарова Н., Исломова Н. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 60-67.
4. Назарова Н., Исламова Н. Postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko 'rsatmalari va mexanizmlari //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 204-211.

HIGHT QUALITY ORTHODONTIC TREATMENT USING THE DAMON BRACKET SYSTEM

Fozilov Avazbek Abduvaliyevich

Scientific advisor: Umarov S.S

EMU University, Tashkent

avazbekfozilov11w@gmail.com

Introduction. This study examines the use of the Damon System design, in which an additional ligature is not used to hold the arch as the system itself holds the arch. The Damon System is a self-adjusting braces system. The arch which is placed in a longitudinal groove adjusts the correct positioning of the teeth and the shape of the dental arch[1]. The wire arch slides easily inside the bracket groove thanks to the self-adjusting system. Therefore, the force acting on the tooth is reduced, resulting in less discomfort during treatment.

Objective. To analyse the use of the Damon System in orthodontic treatment.

Material and methods. 32 patients with different bite problems were treated in orthodontic treatment with Damon System in EMU Clinic during 2021-2023. 15 of them were men and 18 women. Tests were performed, such as: telerengenography (Fig.1), orthopantomography, computer tomography temporomandibular joint, and photometry.

Results. Metal models (Damon Q) and aesthetic models (Damon Clear) of the Damon System were used (Fig. 2,3).

An example is patient L., a girl of 17. Diagnosis: Class 2 skeletal. Class 2 dental-alveolar, cuspidate on the right and full cuspidate on the left. The upper centre is displaced to the right. Inclination of the occlusal surface. Neutral inclination of upper incisors. Intrusion of the lower incisors. Anterior position of the upper incisors. Crossed position 17. Done: High torque maxillary braces. Distalisation of 2 segments. Intrusion of segment 1 to the micro-screw.

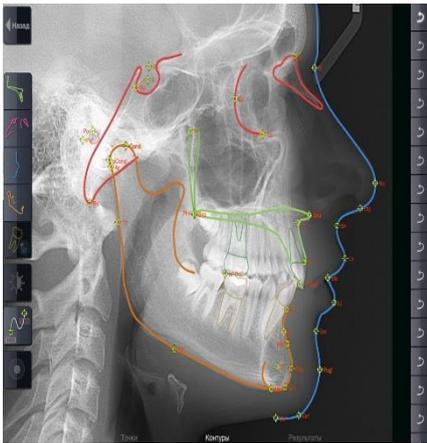


Fig. 1. Telerengenogramma of the patient before starting treatment.



Fig. 2. Models Damon System



Fig. 3. Stage of treatment patient.

Conclusions. The admission time is reduced. The arch is replaced much faster, as no metal ligatures are put on or taken off for each tooth to be fixed. The use of ligatures, which provoke the accumulation of soft plaque, is eliminated. Furthermore, the number of visits to the doctor during treatment is reduced. Avoids major discomfort during arch changes or initial transfers. Reduced pain sensation. Reduction in treatment time by 3 to 5 months. The lips and cheeks always exert light pressure on the teeth. The forces of the brackets and the arch on the one hand, plus the pressure of the lips and cheeks on the other provide bilateral influence on the position of the teeth, excessive forward deflection of the teeth is avoided and the patient's profile becomes harmonious. Reduction in the number of teeth removed, as the weak forces give a smooth change in the shape of the dental arch and provides space for all complete teeth.

Literature:

1: Aras I. et al. Root resorption due to orthodontic treatment using self-ligating and conventional brackets //Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie. – 2018. – T. 79. – №. 3.

OF TISSUE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS OF THE MIDDLE DEGREE

Gubaev Muhitdin Sarimsokovich

Department of Orthopedic Dentistry, Samarkand State Medical University.
rafulin2021@bk.ru

Goals and objectives: At present, the problem of bone tissue regeneration in patients with periodontitis is very relevant. At the initial stages of the development of gum disease, when only the gum is involved in the inflammatory process, only conservative methods of treatment can be dispensed with. When inflammation from the gums passes to the bone tissue, it begins to break down. Improvement of methods of complex treatment of periodontium diseases continues to be an urgent problem of dentistry and requires an interdisciplinary approach. The severity of the course of periodontitis and the severity of destructive phenomena dictates the need to use osteoplastic agents to restore damaged periodontium tissues. It has been proven that the efficiency of membrane technology is significantly increased when membranes and substitute materials are used together. The positive effect of the combined use of Platelet Rich Plasma (PRP - autogenous growth factors), osteoplastic materials and the method of Guided Tissue Regeneration (GTR) has been confirmed. To increase the efficiency of reconstructive treatment of patients with generalized periodontitis through the combined use of alloplasty, Platelet Rich Plasma and the method of Guided Tissue Regeneration. Method of testing: clinical, X-ray. For the period 2018-2019, 34 patients with chronic generalized periodontal atrophy of moderate severity were under observation. All patients underwent professional oral hygiene, laser therapy, and antibacterial therapy with rovamycin. 6 patients in complex therapy underwent surgical interventions: osteogingivoplasty with biocomposite materials using GTR auto-allogenic membranes. As a result, a disease develops, which is popularly called periodontal disease, and its correct name is periodontitis. With periodontitis, all tissues surrounding the tooth, including bone tissue, are involved in the inflammatory process. The root of the tooth is exposed, it becomes mobile and may even fall out.

The purpose of this work is to evaluate the effectiveness of the elimination of periodontal defects by HPT using the barrier membrane "Bio-Gide".

Materials and methods: 10 patients with periodontitis of moderate severity were under observation. After a comprehensive examination, including measuring the depth of periodontal pockets using probing and assessing the state of the alveolar bone on OPTG, as well as the stage of basic therapy, surgical treatment was

performed: 6 patients by the NRT method using the “Bio-Gide” collagen membrane, 4 patients– patchwork operation with replanting of osteoplastic material.

Results and conclusions: As a result of the study, it was found that the increase in bone tissue using the NRT method averaged 78% of the initial level, while bone recovery after flap surgery did not exceed 53%. Thus, when using the NRT method, a significant restoration of the bone tissue of the alveoli is observed, which can significantly improve the quality of the treatment.

Literature:

1. Perry R. Dental impression materials. J Vet Dent 2013;30:116-24.
2. Lu H, Nguyen B, Powers JM. Mechanical properties of 3 hydrophilic addition silicone and polyether elastomeric impression materials. J Prosthet Dent 2004;92(2):151-154
3. Walker MP, Petrie CS, Haj-Ali R, Spencer P et al. Moisture effect on polyether and polyvinylsiloxane dimetional accuracy and detail reproduction. J Prosthodont 2005;14(3):158-163
4. Pitel ML. Successful impression taking. First time. Everytime. 1st ed. Armonk, NY: Heraues Kulzer; 2005.
5. Lee EA. Impression material selection in contemporary fixed prosthodontics: technique, rationale, and indications. Compend Contin Educ Dent 2005;26(11):780-789

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Исламова Нилуфар Бустановна

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель д.м.н. Назарова Н.Ш.

rafulin2021@bk.ru

В последние годы большое количество работ в мире посвящено изучению характера взаимосвязи системного остеопороза и генерализованного пародонтита, однако, имеющиеся сведения противоречивы и требуют дополнительных исследований. Пародонтиты являются мультифакториальной болезнью, возбуждающейся бактериальными патогенами, порождающие защитную реакцию с очередным убытком соединительнотканной структуры,

образованием глубоких пародонтальных карманов, убылью альвеолярной костной ткани и оказываются главным основанием выпадения зубов

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний пародонта у женщин в период постменопаузы. **Задачи**

исследования: - Изучить состояние пародонтологического статуса женщин, находящихся в периоде постменопаузы. - Определить уровень содержания гомоцистеина в крови, способствующего повышению агрегационной активности тромбоцитов и нарушению метионинового обмена, приводящего к нарушению микроциркуляции и остеопорозу. **Объектом исследования** были

исследование основных параметров пародонтологического статуса 75 женщин постменопаузального периода жизни в возрасте 45-55 лет, из них 29 женщин с генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, 25 пациенток - с легкой и 21 женщина - с тяжелой степенью генерализованного пародонтита.

Исследование проводилось на базе 1-клиники СамГМУ а также в Самаркандской областной стоматологической поликлинике методом повторных испытаний, где в качестве группы сравнения и основной группы использовали одну и ту же группу пациентов на двух разных этапах исследования - до лечения (группа сравнения) и после лечения (основная группа). **Результаты исследований и их обсуждение.** Из вышеизложенного

можно сделать вывод, что выполняемое комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у пациенток периода постменопаузы, которое содержит в себе применение фолатного комплекса витаминов, остеотропных препаратов, противовоспалительных и антимикробных средств, благоприятствовало улучшению процесса воспалительных явлений в пародонтальных тканях (ПМА-индекс, проба Шиллера-Писарева, кровоточивость десневых тканей по Мюлеману), надежному снижению глубины патологических карманов, нормализации кровотока тканей альвеолярной части десневой ткани, структуры и качества смешанной слюны.

Эти положительные изменения стоматологических значений влекли за собой значительное уменьшение концентрации гомоцистеина, интерлейкина-6, эндотелина-1 и С-реактивного белка кровяной сыворотки, которое подтверждает вероятное влияние отмеченных маркеров в развитии хронического генерализованного пародонтита у пациенток в постменопаузальном периоде жизни.

Выводы. У женщин с хроническим генерализованным пародонтитом в период постменопаузы определяется гипергомоцистеинемия, концентрация которой взаимосвязана с глубиной повреждения пародонта, что обосновывается показателями папиллярно-маргинально-альвеолярного и ин-

дексов пародонта ПИ, пробы Шиллера-Писарева, глубины патологических карманов, параметрами кровоточивости десен по Мюлеману, показателями кровотока альвеолярной части десневой ткани. У пациенток с хроническим генерализованным пародонтитом в постменопаузальном периоде в соответствии с увеличением содержания в плазме крови интерлейкина-6, С-реактивного белка, эндотелина-1 выявляются нарушения в составе ротовой жидкости, которые проявляются повышением содержания общего кальция, фосфатов и ионизированного калия.

Список литературы:

1. Назарова Н., Исломова Н. Этиопатогенетические факторы развития заболеваний пародонта у женщин в периоде постменопаузы //Профилактическая медицина и здоровье. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 55-63.
2. Назарова Н., Исломова Н. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 60-67.
3. Назарова Н., Исломова Н. Postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rsatkichlari va mexanizmlari //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 204-211.
4. Исломова Н. Б., Чакконов Ф. Х. ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ И ОРГАНАХ РТА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 320-326.
5. Иргашев Ш. Х., Исломова Н. Б. ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 305-310.

STUDY OF CHANGES IN PERIODONTAL DISEASES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Islamova Nilufar Bustanovna

Assistant of the Department of Orthopedic Dentistry
Samarkand State Medical University

Scientific supervisor professor of Medical Sciences **Nazarova N. Sh.**

rafulin2021@bk.ru

Annotation. During menopause, irreversible changes in the hormonal function of the ovaries occur, the concentration of estrogens decreases. It is during this period

that a progressive increase in various diseases is noted. The study of the dental status in menopausal women has proven the existence of a relationship between a decrease in estrogen concentration and a sharp increase in dental diseases. Because the oral mucosa and salivary glands contain estrogen receptors, changes in hormonal levels can be seen directly in the mouth. **The purpose of the study:** to study the clinical and microbiological manifestations and mechanisms of development of dental diseases in postmenopausal women. **Material and methods:** we examined 40 postmenopausal women with various diseases of the oral cavity. The control group of patients were women who are not in the postmenopausal period with dental diseases. **Results and discussions:** All participants of the study underwent a comprehensive examination: hygienic and periodontal indices (OHI-S hygiene index, PI periodontal index), pH of mixed saliva was measured, sialometry was performed according to the method of M.M. Pozharitskaya, studied the microflora of the oral cavity by PCR (polymerase chain reaction). When collecting anamnesis, it was revealed that most often women of group I complained of bleeding gums (13.3%) and bad breath (6.7%). Group II patients complained of bleeding gums (66%), bad breath (43.9%), exposure of the roots of the teeth (15.3%), tooth mobility (16.1%), and 40% of women had complaints of dry mouth. While 26.7% of postmenopausal women taking HRT complained of bleeding gums, 18.1% complained of dry mouth and bad breath. **Conclusion.** Thus, the greater sensitivity of the above indices is associated with the peculiarities of the pathogenesis of menopause, namely with estrogen deficiency. The content of estrogen receptors on the oral mucosa plays a direct role in the development of dental diseases. During menopause, the angioprotective effect of estrogens weakens, followed by damage to the structures of the hemomicrocirculatory bed. Also during this period, the production of osteoclasts increases, the production of osteoblasts decreases, the absorption of calcium in the intestine decreases, the lack of vitamin D, which leads to increased bone resorption. Due to estrogen deficiency, there is a decrease in intestinal absorption of calcium in the body, which in turn leads to disturbances in the regulation of calcium-phosphate metabolism and increased calcium release not only into the blood serum, but also into saliva.

Literature:

1. Nazarova N. S., Islomova N. B. POSTMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA STOMATOLOGIK KASALLIKLARINING KLINIK VA MIKROBIOLOGIK KO 'RSATMALARI VA MEXANIZMLARI //Журнал" Медицина и инновации". – 2022. – №. 2. – С. 204-211.

2. Назарова Н., Исломова Н. Этиопатогенетические факторы развития заболеваний пародонта у женщин в периоде постменопаузы //Профилактическая медицина и здоровье. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 55-63.
3. Назарова Н., Исломова Н. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 60-67.
4. Назарова Н., Исломова Н. Postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rsatmalari va mexanizmlari //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 204-211.

SURUNKALI GAYMORITNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASHDA ENDOSKOPDAN FOYDALANISH

Jo'raboyev S.M.

Ilmiy rahbar: Iriskulova E.U., PhD

EMU University

emu.jurabaev@gmail.com

Kirish. Har yili surunkali odontogen gaymorit bilan og'rig'an bemorlar soni ortib bormoqda. Klinik ko'rinishlarga va bemor shikoyatlariga ko'ra, odontogen va rinogen gaymoritlar bir biriga o'xshaydi, ammo ularning sabablari va davolash usullari bir biridan farq qiladi. Odontogen gaymoritning sababi tishlarni endodontik davolash paytida gaymor bo'shlig'iga plomba moddasi kiritilishi hisoblanadi. Yana bir sababi tishlarni olish paytida pnevmatik gaymor bo'shlig'i tubining perforatsiyasi hisoblanadi. Bu holatlarni davolashda hozirgi paytda endoskopik gaymorotomiyadan foydalanish mumkin [1]. Kirish usuliga qarab, quyidagilar mavjud: yuqori jag'ning old devori orqali kirish, endonazal kirish (o'rta burun yo'li orqali), oroantral kirish.

Maqsad. Odontogen gaymoritni davolashda endoskopning afzaliklarini aniqlash.

Material va uslublar. EMU klinikasida 2022-2023 yilar davomida ushbu bemorlar davolandi: odontogen surunkali gaymorit - 15 bemorlar (37,5%), rinogen surunkali gaymorit - 25 bemorlar (62,5%). Operatsiyalar davomida «M.I One Endoscope Camera System» (Xitoy) endoskopidan foydalanildi. Hamma bemorlarda yuz sohasi kompyuter tomografiya (KT) tekshiruvlaridan o'tkazildi.

Natijalar. Hamma bemorlar davolashda endoskop yordamida endonazal gaymorotomiya amalga oshirildi.

Bemorlarda gaymor bo'shlig'i pastki devori sohasida yod jism joylashganligi holati bo'yicha klinik misollardan birini keltiramiz.

Bemor S., 47 yoshli ayol. Tashhis: chap tomonlama surunkali odontogen gaymorit, yod jism. Bemorda KT tekshiruvida gaymor bo'shlig'i pastki devori ichida olingan 25 tish sohasida 0,5sm o'lchamli yod jism (rasm 1) va gaymor bo'shlig'ining 2,5 sm li kista aniqlandi. Klinik va laborator tekshiruvlardan so'ng umumiy og'riqsizlantirish ostida endoskopik gaymorotomiya, vazotomiya va yod jism olish operatsiyasi o'tkazildi. Gaymorotomiya endonazal, o'rta burun yo'li orqali o'tkazildi, shuningdek, yod jismni (plomba moddasi) olib tashlash uchun yuqori jag' bo'shlig'ining old devori sohasida 1sm lik oyna orqali kirish amalga oshirildi. Gaymor bo'shlig'i malhamli doka bilan to'ldirildi va bir uchi o'rta burun yo'lidagi tabiy kengaygan teshik orqali chiqazib qo'yildi.

Bemorda operatsiyadan keyingi shishlar va og'riqlar 2 kun davomida kuzatildi. Og'iz ichidagi yara sohasida birlamchi bitish aniqlandi. 5 kundan so'ng gaymor bo'shlig'idagi malhamli doka olib tashlandi. Bemorni bir oydan so'ng qayta ko'rikdan o'tkazilganda umumiy va mahalliy holati qoniqarli.



Rasm 1. Gaymor bo'shlig'idagi yod jismni KT tekshiruvdagi ko'rinishi.

Hulosalar: Odontogen gaymoritni davolashda endoskopik jarrohlik yo'li qulayligi, samaradorligi, operatsiyaning ko'p vaqt talab etmasligi hamda pastki burun yo'lidagi sohada sun'iy teshik ochmaganligimiz sababli kam zararlighi aniqlandi.

Adabiyotlar:

1. Артюшкевич А. С. Одонтогенный гайморит. Причины возникновения, особенности лечения //Современная стоматология. – 2019. – №. 4 (77). – С. 10-12.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МИКРОИМПЛАНТОВ В ОРТОДОНТИИ

Доц. Шамухамедова Ф.А., Магистр Рабиева М.Ш.

Рахимбердиева М. Ш.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. Микроимпланты-это новая технология в ортодонтии, появление которой принципиально изменило возможности ортодонтического лечения. Микроимпланты – это минивинты уникального дизайна, которые используются для создания дополнительной опоры.

Материалы и методы. В поликлинику ортодонтии ТГСИ обратились 11 пациентов (5 мужчин и 6 женщин) с диагнозом дистопия клика и сужения зубной дуги на верхнем челюсти. Пациентом проведена клиническое, антропометрическое, рентгенологическое (ОПТГ, ЗД, КЛКТ) а также статистическое исследование.

Цель. Определение какие ошибки и осложнения встречаются при ортодонтическом лечении зубо-челюстных аномалий у пациентов с применением микроимплантов.

Результат исследование. У 5 мужчин пациентов с диагнозом дистопия клика и сужения зубной дуги на верхнем челюсти и у 6 женщин с диагнозом сужения зубной дуги на верхнем челюсти и торто аномалии клика выявила ошибки при установке.

Установили микроимплант, но вкручивали недостаточенно плотно. Некоторое микровинта есть специальные стопоры для предотвращения нарастания мягких тканей, так вот этот стопор должен плотно прилегать к слизистой и при установке винта слизистая должна быть бледной.

Второй же ошибка стало то, что перемещаемые зубы не были свободны в движении и в результате винты расшатывались и выпадали. Перемещаемые зубы не должны находиться в окклюзии, то есть надо разобщать прикус. При этом перемещение идет довольно быстро и в нужном направлении без проблем. Неправильный выбор длины микроимплантата. Глубина введения

микроимплантата на верхней челюсти больше, чем 6 мм. Посмотрев эти показатели и, надо выбрать правильный размер микроимплантата.

Заключение. При применении ортодонтического лечения зубо-челюстных аномалий у пациентов с применением микроимплантов надо изучать рентгенологическое исследование и надо выбрать правильный размер микроимплантата и надо укрепить микроимплантата.

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦЕДИВНОГО КАРИЕСА

Садриев Низом Нажмиддинович ассистент кафедры ортопедической стоматологии Самаркандского Государственного Стоматологического Университета. Узбекистан.

Электронный адрес: Zoma.krasav4ikn1@mail.ru

Введение. На настоящий день стоматология развивается очень быстро, то есть разрабатываются новые стоматологические технологии, новые методы лечения, и соответственно знания, кругозор стоматологов расширяется. Однако некоторые недостатки во всех сферах стоматологии до сих пор встречается. В виде примера можно привести проблемы возникающие во время реставрации скрытой кариозной полости по Блеку второго класса в направлении реставрационная терапия.

Вместе с тем, имеющиеся в литературе (Е. Иоффе 2000) свидетельствуют: качество лечения патологии твердых тканей зуба, частота возникновения рецидивирующего и вторичного кариеса в большой степени зависят от качества пристеночной фиксации пломбы.

Научные исследования в области улучшения лечения кариеса контактных поверхностей, в последнее время, рассматривали в основном проблемы создания механических предпосылок фиксации пломбы (Е.Б. Боровский).

Исследования. Сегодня всем стоматологом ясно, что финишный этап контактной поверхности жевательных зубов и качественная фиксация пломбы не всегда получается идеально. Потому что полировочные и шлифовочные инструменты во многих случаях не помещаются в межзубное пространство и это мешает нам получить гладкую и сошлифованную поверхность. Для того чтобы выяснить и решить эту проблему мы провели исследования в течении одного года среди 54 пациентов в научно-учебном практическом

стоматологическом центре при Ташкентском Государственном Стоматологическом Институте.

Цель и методы. В нашем исследовании основная цель направлена на повышение эффективности терапевтической помощи пациентам путем сравнения двух методов: "Малоинвазивный метод" и "Метод с профилактическим расширением".

Материалы. Во время реставрации мы использовали разные пломбировочные материалы, борчики, раздвигающие и полировочные, шлифовочные инструменты, чтобы наши результаты были не похожи друг на друга. После окончания каждой реставрации, мы зафиксировали на кадр и в конце исследования сравнивали их.

Инструменты. Для полирования и шлифования мы использовали набор резиновых головок «Identoflex» (Kerr), «NTI Unigue», шлифовальные штрипцы 3M ESPE, полировочные щетки компании «Ultradent», шлифовочные борчики с названием «Safe End» и другие разные инструменты.

Вывод. Наши сравнительные исследования показали, что вероятность появления вторичного кариеса в малоинвазивном методе больше, чем в методе профилактического расширения. Потому что при препарировании по первому методу возникли некоторые проблемы (сложный доступ к промежутку со шлифовочным и полировочными инструментами, не полный визуальный контроль). В результате появился недополированный зуб и это привело у многих пациентов к появлению вторичного кариеса. А у тех пациентов, которых пломбировали с помощью второго метода получилась гладкая, хорошо полированная поверхность и у них не наблюдался вторичный кариес.

TAKING IMPRESSIONS IN THE ORAL CAVITY AND THEIR REDUCTION

Sulaymonova Ziyoda Zayniddinova

Faculty of Dentistry, 5th year, 7th group, Samarkand State Medical University
Supervisor: Assistant of the Department of Orthopedic Dentistry, Samarkand State
Medical University Islamova N.B.

rafulin2021@bk.ru

Relevance: display of the prosthetic bed with minimal shrinkage of the impression material is a prerequisite for the quality manufacture of fixed prostheses. For this Numerous techniques and various techniques of a dentist are used when obtaining an impression. There is not only a large selection of elastic impression materials,

including silicone, and methods for mixing them, but also a sufficient choice of methods for obtaining impressions. The doctor is always faced with the choice of which impression material to use to obtain an impression and which technique to use? In addition, when taking an impression, patients experience a feeling of tightness in the oral cavity during the vulcanization of the first layer of material, and the second layer when taking two-stage impressions. This indicates shrinkage of the impression material during impression taking. There is also evidence of shrinkage of impression materials over time. Therefore, there is scientific and practical interest in the magnitude of shrinkage of impression materials during their preparation and over time.

The purpose of the study: to measure the dimensional stability of impression masses obtained with different materials and methods.

Research objectives: to develop models with different tooth mobility. Determine shrinkage impression material. Develop a device that will receive impressions of different thicknesses and measurement of shrinkage of impression materials by holographic interferometry.

Materials and methods: we have conducted studies of the most commonly used in clinical practice of silicone impression materials: Speedex, Zeta Plus, Bisico, Honigum, Silagum, Hydrorise. Various techniques for obtaining impressions were used. Since the shrinkage of the impression material depends on its volume, impressions of different thicknesses were obtained - 3 fixed values in the palate area of 13, 15 and 17 mm.

Results of the study: a device has been developed in which impressions of different thicknesses are obtained and the shrinkage of impressions is measured by the holographic method interferometry. Created 3 models with different tooth mobility, in which the reverse sides of the model to the tops of the roots of the teeth are attached rods to measure shrinkage impression materials. Tried Impression and Mobility Techniques teeth of holographic interferometry methods.

Conclusions: studies have shown a relatively high shrinkage of impressions at the time of vulcanization in the oral cavity.

Literature:

1. Perry R. Dental impression materials. J Vet Dent 2013;30:116-24.
2. Lu H, Nguyen B, Powers JM. Mechanical properties of 3 hydrophilic addition silicone and polyether elastomeric impression materials. J Prosthet Dent 2004;92(2):151-154

3. Walker MP, Petrie CS, Haj-Ali R, Spencer P et al. Moisture effect on polyether and polyvinylsiloxane dimetional accuracy and detail reproduction. *J Prosthodont* 2005;14(3):158-163
4. Pitel ML. Successful impression taking. First time. Everytime. 1st ed. Armonk, NY: Heraues Kulzer; 2005.
5. Lee EA. Impression material selection in contemporary fixed prosthodontics: technique, rationale, and indications. *Compend Contin Educ Dent* 2005;26(11):780-789

PATOMORPHOLOGIC PICTURE OF ORAL PRECANCEROUS DISEASES

Kh.P. Kamilov, A.A. Kadirbaeva, K.A.Musayeva
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

With a variety of modern diagnostic methods, the issue of non-invasive early diagnostics of precancerous diseases is considered relevant. In the whole world, the fight against malignant neoplasms is considered an important problem not only in medicine, but also in society, since malignant neoplasms occupy the first place among the causes of death in the population of industrialized countries.

There were 50 patients with precancerous diseases of the oral mucosa at the age of 25-80 years examined on the base of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute. Methods of research were clinical, cytology.

Early detection of potential precancerous processes allows avoiding interventional diagnostic methods, as well as reducing the risk of developing cancer of the oral mucosa.

The aim of the study showed about Referring improving diagnosis of precancerous processes as well as oral mucosa cancer using minimally invasive methods of examination.

Material and methods. On the base of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute for 2017-2020 years, 50 patients with precancerous diseases of oral mucosa at the age of 25-80 years were examined. Among them, various forms of precancerous pathology of oral mucosa and lip red border were revealed: erosive and ulcerative form of lichen planus (LP) was in 27 patients (54%), erosive form of leukoplakia was in 12 patients (24%), verrucous leukoplakia was in 8 patients (16%); decubital ulcer was in 2 patients (4%), Manganotti cheilitis was in 1 patient (2%).

Examination of patients included traditional methods, such as interrogation, anamnesis, visual examination, palpation of regional lymph nodes, examination of the dentition. Particular attention was paid to the study of prosthodontic structures, sharp edges of teeth, crowns, dentures.

One of the methods providing early diagnosis of precancerous diseases is the cytological method, which is convenient and simple for mass preventive examinations of the population, since it allows timely detection of cells with minimal signs of atypia, precancerous changes in cells and early stage of cancer, including cancer in situ, which is necessary for the timely and successful treatment and prevention of cancer.

Results and discussion. According to cytology, the main pathomorphological sign of flat leukoplakia was focal moderately expressed hyperplasia of stratified squamous epithelium with hyperkeratosis, parakeratosis and moderate acanthosis. Ten patients (32.3%) occurred orthokeratosis, in seven (22.6%) - parakeratosis and three (9.7%) - a combination of ortho- and parakeratosis.

Lichen planus in the subjects was characterized by atrophy of stratified squamous epithelium in some areas, and in some areas - by basal cell proliferation and acanthosis. Short acanthotic epithelial cords alternated with wide connective tissue outgrowths. Epithelial cells were represented by small monomorphic cells with hyperchromic nuclei.

The erosive-ulcerative form of LP had a characteristic scallop appearance on microscopy. In smears and scrapings from the elements of the lesion, a zonal combination of atrophy and hyperplasia with severe acanthosis was revealed. In the area of ulcerative lesions, the integumentary epithelium was completely absent. Signs of severe hyperplasia were found in the prickly layer of the epithelium. The short and wide acanthotic cords extended almost perpendicularly from the integumentary epithelium. In some areas, pronounced atrophy of the integumentary epithelium was registered, mainly in the area of the connective tissue papillae.

In all cases with chronic decubital ulcer of oral mucosa in the subepithelial layer of the detected pronounced diffuse inflammatory infiltrate consisting of different cells, such as lymphocytes, plasma cells, single cells Mott, eosinophils and segmented leukocytes with isolated macrophages containing hemosiderin different prescription education and tissue basophils. Infiltrative changes were accompanied by significant stasis and hyperemia.

In severe dysplasia of the OM, a classic pattern of multinucleated cells was observed in the spiny layer, destruction of the acantation of epithelial cell nuclei, with preservation of the basement membrane.

In the stratified squamous epithelium, a violation of the order of the cell layers, pronounced cellular polymorphism with the presence of large ugly cells and single giant multinucleated cellular elements was diagnosed. Pathological mitoses were found in some patients. The keratinization of individual cells of the spiny layer, stained in orange during the PAP test, was noted (Fig.2).

Papanicolaou staining allows detecting intracellular changes, structural damage to the nucleus, chromatin compaction, but does not fully reveal the first minimal signs of cancer.

DLPs necessarily appear in epithelial cells with high-grade intraepithelial lesions. With inflammation, DLPs are also detected, which makes it possible to diagnose preclinical manifestations of cancer. Even in the presence of artifacts and scarce material, the DLP in smears can be seen. In 6 % of patients with signs of malignancy, cytological examination showed dysplasia of the oral mucosa, while DLPs were detected both inside the cells and in the intercellular space. In 53.33% - 15 patients with leukoplakia and in 9 patients with erosive-ulcerative form of LP, intercellular DLP were revealed. However, cytology did not reveal cellular metaplasia, which implies that these cases can be considered a potential risk of malignancy. In 7 (14%) patients with LP, DLPs were detected singly, however, a cytological examination revealed a picture of inflammation. In 5 (10%) patients with leukoplakia, DLPs were absent.

Conclusions. The express method for determining the DLP allows the detection of precancerous pathology of the oral mucosa without the use of expensive chemical dyes.

Early detection of potential precancerous processes allows avoiding interventional diagnostic methods, as well as reducing the risk of developing cancer of the oral mucosa.

INCREASING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF CATARRHAL GINGIVITIS

Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Ibodullaeva Sh.A.

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

At the moment, there are fairly accurate clinical criteria for diagnosing inflammatory periodontal diseases, there are a large number of different methods for treating gingivitis, which reflect the attempts of researchers and clinicians to have a therapeutic effect on various links in the pathogenesis of the pathological process (Kamilov Kh.P., Takhirova K.A., 2019; Gerasimovich L.M., 2003). However, despite the significant achievements of modern dentistry, the frequency of recurrences of the transition to the developed forms of inflammatory diseases remains high. Progressive

damage to the periapical tissues often leads to loss of teeth and can be the source of many diseases (Bascones - Martinez A., 2005).

Therefore, the relevance of the problem of detection, diagnosis, treatment of gingivitis comes to the fore and requires careful study and search for ways and effective methods of providing dental care.

Materials and methods. The study will present data from a survey of patients with catarrhal gingivitis before and after treatment.

The protocol for examining patients will include: assessment of complaints, history taking, clinical examination, assessment of the hygienic status of the oral cavity, taking an imprint smear followed by microbiological examination. Statistical processing of clinical material will be based on the principles of evidence-based medicine.

Results and Discussion . Based on a sufficiently large clinical material, an assessment of rational and professional oral hygiene in the complex treatment of catarrhal gingivitis will be performed.

An objective evaluation of the results of the study, given in order to optimize the treatment of catarrhal gingivitis , will be carried out .

LICHEN PLANUS OF ORAL MUCOSA CLINICS AND TREATMENT. REVIEW

Kh.P. Kamilov, Sh. N. Dadamukhamedov, A.Ye. Buriyev

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

The mucous membrane of the oral cavity and the red border of the lips are the site of manifestation of a large group of dermatoses. Lichen planus (LP) refers to polyetiological, inflammatory-destructive diseases, in which the oral mucosa is involved in the pathological process (Kubanova A.A., 2009; Butov Yu.S., 2010; Torrente-Castells E., 2010; Tar I., 2009). Damage to the mucous membrane in the oral cavity with lichen planus can be combined with skin lesions, but is often isolated (Vasilyeva E. S., 2015; Pendyala G., Joshi S., Kalburge J., 2012; Adilkhodzhaeva Z.Kh., 2021). In gerontostomatology, lichen planus is the most common of all diseases of the oral mucosa (50-75%). High prevalence, variety of clinical forms, difficulty in diagnosis and failure of the therapy - all these factors repeatedly lead patients to see a dentist (Ingafou M., 2006; Tovar S., Parlatescu I., Gheorghe C., 2013; Shukurova U .A., 2019). Mostly women aged 40 years and older are ill. The "rejuvenation" of this disease occurs due to many reasons - circulatory disorders, a decrease in the body's immune reactivity, constant stressful situations (Orekhova

L.Yu., Kudryavtseva T.V., Cheminava N.R. et al. 2014; Pavlotsky F., Nathansohn N., Kriger G., 2008).

The dominant pathomorphological processes in lichen planus are the presence of an inflammatory tissue reaction and a change in its morphological structure. Inflammatory-destructive processes occur against the background of microcirculatory changes, regardless of the etiological factor (Weitzner E. Yu., 2012). Violation of microcirculation, an increase in vascular permeability is associated with the influence of proteases, substances secreted by neutrophilic granulocytes. Their action is directed to the morphological basis of the vessel: the endothelium and the basement membrane. An additional pathogenetic mechanism that affects the state of microcirculation in conditions of disease is the reaction of tissue basophils of the connective tissue of the oral cavity to a damaging factor. (Kozlov V.I., Gurova O.A., Litvin F.B., 2007). Thus, an important direction is the definition of new studies of the pathogenesis of violations of the process of repair of the oral mucosa in pathology, which are the target of the impact of new methods of pathogenetic therapy.

Purpose of the study: to assess the features of the clinical course and develop an integrated approach to the treatment of lichen planus of the oral mucosa.

Novelty of the study: Based on a sufficiently large clinical material, an analysis of the results of clinical, microbiological and functional studies of patients with LP OM will be performed. In patients with LP is of particular importance. We propose an alternative method for the treatment of LP of the oral mucosa with the use of low intensive laser. The complex treatment of LP of the oral mucosa also includes physiotherapeutic methods.

Thus, there is currently no generally accepted treatment for LP leading to a complete cure. Existing complex methods of treatment help to reduce the severity of the disease, which is expressed in lengthening the terms of remission, reducing the time of epithelialization of pathological elements, reducing their number and size. To achieve stable results in the treatment of LP, it is necessary to periodically repeat courses of complex therapy. The choice of optimal methods of general and local therapy should be based on an individual approach to each patient.

РОЛЬ ГНАТОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Курьязов.Ж.Х

студент 405А группы факультета МО Стоматология ТГСИ

Научный руководитель : **Хабиллов.Н.Л** профессор, заведующий
кафедры госпитальной ортопедической стоматологии, Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан.

Актуальность: Гнатология занимает ведущую роль в ортопедической реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС и нарушением функциональной окклюзии. Тем самым помогает нам подробно, в частности изучить каждую составляющую этой системы и установить оптимальность взаимодействия всех ее частей. Руководствуясь этой информацией мы и будем планировать наше лечение и последующую реабилитацию.

Цель исследования : Изучить гнатологические аспекты влияющие на ортопедическое лечение ,для точного воспроизведения природы и анатомии зубных рядов, их гармоничного взаимоотношения друг с другом для пропорциональной работы челюстной мускулатуры. Понять к каким последствиям могут приводить ошибки допущенные в ходе лечения.

Материалы и методы: При написании данного тезиса мы основывались на исследованиях Н.Томаса в 2009г. Далее мы рассмотрим все функциональные изменения комплексно как скелетные, мышечные, окклюзионные нарушения. черепно-нижнечелюстную дисфункцию, которая вызвана парафункциональной активностью жевательных мышц. Парафункции – нефизиологическая деятельность зубочелюстной системы. К парафункциям можно отнести: продолжительное жевание жвачки, накусывание кончика ручки или карандаша и т.д. Так же парафункции могут возникать как следствие неправильной постановки ортопедических конструкций или же композитных реставраций.

Ятрогенный фактор в патологии ВНЧС играет значимую роль. Не воссоздав правильную анатомическую форму коронки зуба, в особенности бугры жевательных групп зубов мы можем спровоцировать появление этих самых парафункциональных изменений. Отсутствие или неправильная форма жевательных зубов приводит к тому что нижняя челюсть и резцы нижней челюсти за счет контакта с небной поверхностью верхних резцов перемещается дистально, из-за чего происходит сужение просвета дыхательных путей, 75% пациентов с патологией внчс имеют ночное апноэ. Кроме того, дистализация нижней челюсти приводит к смещению головы вперед относительно туловища из-за чего нагрузка на позвоночник увеличивается. Тем самым ошибки в изготовлении ортопедических конструкций часто могут приводить к дистализации нижней челюсти, к возникновению ночного апноэ, и к деформации позвоночника.

Н.Томас в 2009 г провел исследование в ходе которого выявил прямую зависимость атлanto-оципитального сочленения от ВНЧС. Сняв оттиски с суставных поверхностей нижней челюсти и кондиллярного отростка атланта

определил, что при дегенеративных изменениях внчс происходят такие же изменения в атланта-оципитальном сочленении что в свою очередь за счет неправильного распределения нагрузки на позвоночник приводит к нарушению осанки.

Исследование проведенное в 2005 году помогает нам яснее понять взаимосвязь внчс со всей костно-мышечной системой организма. В ходе эксперимента крысам на первый моляр нижней челюсти с лева был установлен композитный блок завышающий прикус на 0.5 мм. Спустя неделю у 100% испытуемых крыс при рентгенограмме было выявлено искривление позвоночника. Далее этим же крысам были установлены композитные блоки на первый моляр нижней челюсти с противоположной стороны. И спустя определенный промежуток времени у 83% выявили восстановление прежней структуры позвоночника . В следствии чего был сделан вывод что изменения в позвоночнике были вызваны ротацией первого шейного позвонка, спровоцированного нарушением окклюзии.

В человеческом же организме как и в примере с крысами , нарушения окклюзии вызывают не менее масштабные изменения. Н. Томас разделял окклюзионные нарушения на Восходящие и Нисходящие . При нисходящем типе окклюзионных нарушений проблема только лишь стоматологическая . Если провести воображаемую линию между плечевым поясом ,тазом и коленями . При нисходящем типе окклюзионных нарушений окажется что эти линии не параллельны. Обратив внимание на степень стертости подошвы можем судить о наличии гипер или же гипопронации ступней.

Результаты Обсуждения: В ходе исследования рассмотрена значимость комплексного подхода к ортопедической реабилитации с учетом гнатологических особенностей. Где Зуб рассмотрен не как отдельная единица, а как функциональная часть зубочелюстной системы. Которая имеет колоссальное влияние на весь костно-мышечный аппарат человека.

Заключение: Из всего вышесказанного мы понимаем что существует прямая зависимость состояния позвоночника и всей костно-мышечной системы нашего организма от окклюзионных взаимоотношений верхней и нижней челюстей. И проводя лечение специалист должен понимать что последствия его лечения не будут ограничиваться лишь полостью рта а будут воздействовать на целостный организм .

Литература:

1. Климко, Кирилл Александрович, and Семен Антонович Наумович. "Гнатология в стоматологии." *Современная стоматология* 2 (63) (2016): 9-
2. Шатров, И. М. "Роль гнатологических аспектов стоматологического лечения в ежедневной практике врачей-ортопедов." *Фундаментальные исследования* 10-6 (2014):

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA 2015-2021 YILLARDA YUMSHOQ TO'QIMALAR SARKOMASI BILAN KASALLANISH HOLATI

Polatova J.Sh., Sheraliyeva S.J., Abdusattorov O.Q., Karimova N.M.

Toshkent Davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston

sayyora_info@mail.ru

Maqsad: Yumshoq to'qima o'smalari bilan kasallanish ko'rsatkichini 7 yil davomida Respublika miqyosida o'rganish va tahlil qilish.

Material va uslublar: Mazkur tekshirishda 2015-2021 yillar davomida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining onkologik kasalliklarni ro'yhatga olish - 7SSV hisobot shakli statistik ma'lumotlari asosida yumshoq to'qima o'smalari bilan kasallangan bemorlar o'rganib chiqildi. Kasallanish bo'yicha erkak va ayollar o'rtasidagi nisbat 1,3:1 ni tashkil etgan.

Natija: Respublikamizda yumshoq to'qima o'smalari bilan birlamchi kasallanish ko'rsatkichi 100 ming aholiga 2015 yilda 1,2% ni, 2016 yilda 1,0% ni va 2017 yilga kelib esa 1,1% ni tashkil etgan. 2018 yilda bu ko'rsatkich 1,0% ni tashkil etsa, 2019 va 2020 yillarda esa bu ko'rsatkich 1,2% ni tashkil etgan. 2021 yilga kelib esa yumshoq to'qima o'smalari bilan birlamchi kasallanish ko'rsatkichi 1,6 ga qadar oshgan va bu statistik ma'lumotlarda ma'lum bo'ldi.

Xulosa: Statistik ma'lumotlarga asoslanib shuni aytish mumkinki, yumshoq to'qima o'sma kasalliklari ham boshqa o'sma kasalliklari singari yildan yilga o'sib borishini 2016 yilgi kasallanish ko'rsatkichini (1,0%) 2021 yilga kelib 1,6% (100 ming aholi nisbatiga ko'ra) ga oshganligidan ko'rish mumkin. Bu esa tizimli profilaktik ko'riklarini yo'lga qo'yilganligining natijasi deb ham qarash mumkin.

PREOPERATIVE CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY BONE QUALITY ASSESSMENT FOR RESTORATION IN THE AESTHETIC ZONE.

Shomurodov Q.E., Usmanova D. R., Mukimov O. A., Isanova M.R.

Department of surgical dentistry and dental implantology, Tashkent state Dental Institute.

ANNOTATION

The use of a controlled surgical approach using computer simulation allows for the installation of the implant with an accuracy of about 98%, guided surgery is beneficial for conventional implant placement, immediate implant placement. The location of potential and immediate provisionalization.

Keywords: cone-beam computed tomography, implant placement, restoration in the aesthetic zone.

The purpose of our study was to prove experimentally and clinically the advantages and disadvantages of the method.

Materials and methods: currently, cone-beam computed tomography (CT) systems have replaced multi-slice computed tomography (MSCT) for dental treatment and planning due to the many advantages offered, including a lower radiation dose for the patient, shorter data collection time, affordable cost, better resolution, and sometimes larger details, MSCT uses isotropic pixels and, as a result, measurements are accurate and taken into account 1:1; surgical templates can be manufactured with great accuracy. A 31-year-old woman with preserved upper left main canine, agenesis =22, permanent cusp (=23) in a transposition with mesio-vestibular rotation, the "Digital Eye" option of the r2gate treatment planning software was used to facilitate the assessment of bone quality. this option provides automatic conversion of the MSCT gray scale to 5 main colors corresponding to 256 shades of gray, from CT scans visible on computer monitors, and atraumatic extraction of the primary canine using periostomes., 10 mm with a diameter of 3.5 mm Mega Gen AnyRidge (Korea) was introduced without valves, under local anesthesia, according to the planned 3D position using a stereolithographic template, eight weeks after implantation, after inconclusive operations. Osseo-integration, the temporary crown was unscrewed and excellent healing of the dentoalveolar complex and papilla. no protection was observed, a Digital impression was made and the abutment's zirconium CAD-CAM technology and customized ceramic crowns were made at the patient's request.

Results the Decision to immediately place the implant and manufacture a temporary crown may depend on the quality of the bone MSCT assessment during the pre-surgical implant-planning stage, The use of the MSCT gray scale automatic conversion to 5 colors and the window process allows the Clinician to better evaluate the characteristics of the bone for accurate implant planning and crown manufacture,

but the final decision on immediate recovery can only be made during the operation, after an objective assessment of the primary stability of the implant.

List of references:

1. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. *in Library*, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
2. Мукимов, О., & Исанова, Д. (2019). Сравнительная характеристика метода корневой мембраны и традиционного (одномоментного) метода установки имплантата. *in Library*, 19(1), 87–88. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13999>
3. Усманова Д. (2022). Improving the efficiency of dental implantation of the upper jaw using the "root membrane" method. *in Library*, 22(1), 507–511. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14020>
4. Исанова Д., & Мукимов О. (2019). Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. *in Library*, 19(2), 157–159. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13995>
5. Усманова, Д., Мукимов О., Лопс, Д., Мукимова, Х., & Тургунов, М. (2021). ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE” В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУ- БО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА. *Stomatologiya*, 1(1 (82), 73–76. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-25>

ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ДЕСНЫ.

Шомурадов К.Э., Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Шодмонов А.А.

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

Diyora.isanova.97@bk.ru

В настоящее время разработан ряд методов увеличения объема альвеолярного отростка на основе мягкотканого компонента, в частности пересадка десневого трансплантата и применение аллопластических материалов. «Золотым стандартом» считается соединительнотканый трансплантат (СТТ) (Давидян А.Л., 2007; Naeri A., Parsell D., 2000; Rocuzzo M. et al., 2002; Thoma D. et al., 2012). Тем не менее недостатками этих методик являются как болевой синдром, обусловленный взятием ткани, так и ее ограниченный объем (McGuire M.K., Scheyer E.T., 2014). Альтернативным

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

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

Для получения необходимого объёма десны в хирургической стоматологии в предоперационном периоде наиболее часто применяют следующие техники [4]:

- полнослойный слизисто-надкостничный лоскут на питающей ножке;
- расщепленный апикально-смещенный лоскут;
- методику валика деэпителизированным лоскутом;
- аутотрансплантат с нёба;
- туннельную пластику с использованием соединительнотканного трансплантата;
- расщепленный апикально-смещенный лоскут с использованием специальных мембран;
- туннельную пластику с использованием специальных мембран.

С целью увеличения глубины преддверия используют практически те же методики, но адаптированные для данного вида вмешательства.

Применение соединительнотканых трансплантатов характеризуется более быстрым приживлением в донорской зоне по сравнению с полнослойными лоскутами [11]. С. Тарасенко и И. Ашурко, на основании выполненного в 2015 г. всестороннего анализа клинических исследований по данному вопросу пришли к выводу, что в современной специализированной литературе недостаточно сведений о результатах гистологических исследований, полученных при использовании трансплантатов, особенно при применении коллагеновых матриц [12]. Материалы на основе коллагена давно

изучены и благодаря такому их преимуществу, как высокий темп биоинтеграции, в течение последних 30 лет нашли широкое применение в остеопластике и мукогингивальной хирургии. Тем не менее продолжаются исследования и разработка коллагеновых мембран с улучшенными характеристиками, более пригодных для нужд современной стоматологии [13]

Поэтому в последнее время клиницисты отдают предпочтение использованию ксеногенных коллагеновых матриц в качестве альтернативы аутооттрансплантатам. Таким образом, проблема прогнозируемой эффективности хирургического устранения множественных рецессии десны с применением аутооттрансплантатов или ксеногенных коллагеновых матриц требует дальнейшего многостороннего исследования и еще далека от своего окончательного разрешения. Коллаген обладает многими свойствами, помимо структурных, включая низкую иммуногенность, хорошую гемостатическую способность, хемотаксическое действие на регенеративные клетки, такие как фибробласты и остеобласты, и, наконец, хорошую размерную стабильность. Только глубокое знание особенностей таких биоматериалов и соответствующих хирургических процедур может позволить клиницистам сделать правильный выбор, чтобы максимизировать вероятность успеха своих клинических процедур.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. *in Library*, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
- 2.Мукимов, О., & Исанова, Д. (2019). Сравнительная характеристика метода корневой мембраны и традиционного (одномоментного) метода установки имплантата. *in Library*, 19(1), 87–88. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13999>
- 3.Усманова D. (2022). Improving the efficiency of dental implantation of the upper jaw using the "root membrane" method. *in Library*, 22(1), 507–511. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14020>
- 4.Исанова D., & Мукимов О. (2019). Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. *in Library*, 19(2), 157–159. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13995>
- 5.Усманова, Д., Мукимов О., Лопс, Д., Мукимова, Х., & Тургунов, М. (2021). ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА

“ROOT MEMBRANE” В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУ- БО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА. *Stomatologiya*, 1(1 (82), 73–76. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-25>

TISH IMPLANTATLARIDA TO'LIQ YOYLI PROTEZLARNING BIOMEXANIKASI.

**Safarov M.T., Ro'zimbetov X.B.,
Tashpulatova K.M., Safarova N.T.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti. Toshkent, O'zbekiston

Ushbu tadqiqotning maqsadi tishsiz jag' protezidagi implantlarning biomexanik xatti-harakatlarini qo'zg'almas protezlar bilan, darhol yuklash bilan o'rganish edi .

Brånemark protokoliga ko'ra, sobit protezni qo'llab-quvvatlash uchun mandibulyar aortaning interforaminal mintaqasiga besh-oltita implant qo'yish kerak.

To'liq tishsiz bemorlarda rezorbsiya yoki mandibulyar kanalning joylashishi tufayli qoldiq alveolyar suyakning anatomik cheklovlari . tish implantatsiyasini o'rnatishda muammolarga olib kelishi mumkin , bu ko'pincha suyaklarni ko'paytirish jarayonlarini talab qiladi. Yangi protokol taklif qilindi, ya'ni All-on-Four kontsepsiyasi . Implantatsiya bilan qo'llab-quvvatlanadigan to'liq kamonli protezlar tishsiz pastki jag'larni davolash usuli sifatida joriy qilinmoqda.

Kontsepsiya printsiplari All-on-Four bu vaqtinchalik , qo'zg'aluvchan va darhol yuklanadigan protezni qo'llab-quvvatlash uchun tishsiz jag'ning old qismidagi to'rtta implantdan foydalanish . (Patzelt SB, Bahat O, Reynolds MA, Strub JR. 2014).

All-on-Four kontsepsiyasi kamroq invaziv variant bo'lib , kamroq implantlar talab qilinadi, ikki tomonlama distal implantlar 30 gradusda . All-on-Four kontsepsiyasi qisqa muddatli klinik tadqiqotlarda muvaffaqiyatli bo'ldi .

Peri-implant zonasidagi stress konsentratsiyasi mikrozararlarni keltirib chiqarishi va suyak rezorbsiyasini keltirib chiqarishi mumkin, shu bilan birga All-on-Four kontsepsiyasidan foydalangan holda implantatsiyani davolashning prognozligi va uzoq muddatli muvaffaqiyati biomexanik muhitga katta ta'sir ko'rsatadi, chunki uning moyilligi. distal implantlar konsol uzunligini qisqartirishga imkon beradi, bu esa implant atrofidagi suyak tarangligini kamaytirishga olib keladi (Brunski JB, Puleo DA, Nanci A. , 2001; Bellini CM, Romeo D, Galbusera F, Taschieri S, Raimondi MT, Zampelis A, va boshqalar all.,2009). Oldingi biomexanik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, All-on-Four konfiguratsiyasi kechiktirilgan yuk ostida suyaklar, protez ramkalari va implantlarda qulay stressni kamaytirishga olib keldi (Fazi G, Tellini S, Vangi D, Branchi R.2009) .

Ramka materiali ta'sir qiluvchi muhim omil hisoblanadi implantlar, protezlar va peri-implant suyagida yuzaga keladigan stress . To'g'ridan-to'g'ri yuklash sharoitida ramka materiallari bilan bog'liq tortishuvlar mavjud. Ba'zi mualliflar ular tufayli metall ramkalardan foydalanishni tavsiya eting to'liq akril protezlarga nisbatan yuqori qattqlik (Stegaroiu R , Xraysat A , Nomura S , Miyakava O.2004T , Bevilacqua M.F. Menini M.G.Drago C, va boshqalar al)

metall ramkalarsiz to'liq akril tish protezlaridan foydalanganlar va yuqori ko'rsatkichlar haqida xabar berishgan omon qolish darajasi (Malo P, Nobre Mde A, Petersson U, Wigren S. 2006; Butura CC , Galindo D.F. Jensen _ OT . 2011; Crespi R , Vinchi R, Capparé P, Romanos GE, Gerlone E. A. 2012)

Xulosa. Uzoq muddat Implant va protezning omon qolishi bo'yicha klinik ma'lumotlar tishsiz jag'dagi to'rtta implant ustidagi qo'zg'almas protezlar bilan og'rigan bemorlarnikiga o'xshash natijalarni ko'rsatishini tasdiqladi. ko'p sonli implantlar (Brånemark PI , Svensson B, van Steenberghe D. Ten-1995; Adell R , Lekholm U, Rockler B, Brånemark PI. 1981 Gallucci GO , Morton D, Weber HP. 2009). Konsolsiz pastki jag'dagi fiksatsiyalangan to'liq kamonli protezlar qulay natijaga olib kelishi mumkin, konsollar bilan solishtirganda sog'ayish davrida implant atrofidagi suyak deformatsiyasining pasayishi . Maksimal mikroharakat zudlik bilan yuklash bilan osseointegratsiya asoratlarisiz implantatsiya uchun maqbul chegaralar ichida edi . Ramka materiali implant atrofidagi suyak deformatsiyasini va suyak-implant interfeysidagi mikroharakatni kamaytirishda muhim rol o'ynamadi .

COMPLEX METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS

Xaydarova Durdona Munisovna

Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

Relevance. Chronic periodontitis is a pathological condition resulting from prolonged inflammation of the periodontium, the connective tissue around the tooth root. In chronic periodontitis, there is destruction of the ligaments that hold the tooth in the gum. This is accompanied by painful sensations with pressure or exposure to hot or cold food, redness and swelling of the gums. The tooth becomes mobile, which can lead to its loss.

It is known that chronic periodontitis is one of the most difficult to cure variants of dental pathology, while destructive forms of periodontitis remain the main cause of tooth extraction to this day. A complete endodontic treatment is often mistaken for success, but even with a perfectly technically performed root canal treatment, an infectious focus often remains in the periapical tissues. Microorganisms that colonize periapical tissues enter the blood plasma, circulating in the body as a potential source

of infection of other organs and tissues. In addition, the waste products of the focus microorganisms cause and maintain the state of sensitization of the body, which is manifested by a variety of allergic reactions. Taking into account the complexity of the complete elimination of pathogenic microflora in the treatment of chronic periodontitis, the high frequency of relapses and the tendency of the pathological process to progress, we decided to develop and apply a complex treatment regimen for this disease and study the results.

The purpose of the work is to study the effectiveness of complex treatment of chronic periodontitis, aimed at eliminating the infectious periapical focus.

Materials and methods of research

At the Department of Therapeutic Dentistry, Samara State Medical University, 25 patients aged 25 to 45 years were treated for chronic periodontitis. Patients were divided into 2 groups: main (13 people) and control (12 people). All patients underwent endodontic treatment in full according to the generally accepted scheme, which included mechanical machine (endomotor), medical and ultrasonic treatment of the root canal system, followed by obturation by the method of lateral condensation of guttapercha. At the same time, patients of the main group were additionally prescribed a general treatment directly on the day of obturation of the root canals, which consisted of antibacterial, antihistamine and sorption therapy.

As an antibacterial drug, azithromycin was recommended at a dosage of 500 mg once a day, the course of treatment was 3 days. This drug was chosen by us taking into account the spectrum of its action, as well as due to the presence of such properties as osteotropism and low toxicity. In addition, it is known that azithromycin is able to accumulate in tissues and, in therapeutic dosages, retains its activity for another 7 days after the last dose. Thus, the course of treatment for the patient was 3 days, but the effect on the focus lasted up to a total of 10 days.

In parallel, the patient was prescribed the antihistamine drug cetirizine, which prevents the development and facilitates the course of allergic reactions, has antipruritic and antiexudative effects. The drug affects the early stage of allergic reactions, limits the release of inflammatory mediators at the late stage of an allergic reaction, reduces the migration of eosinophils, neutrophils and basophils. In addition, cetirizine reduces capillary permeability, prevents the development of tissue edema, relieves smooth muscle spasm. The drug was prescribed at a dosage of 10 mg 1 time per day, a course of 10 days.

Enterosgel is a gel-like enterosorbent. The preparation possesses the expressed sorption and detoxification properties. In the lumen of the gastrointestinal tract, the drug binds and removes from the body endogenous and exogenous toxic

substances of various nature, including bacteria and bacterial toxins, antigens, food allergens, drugs and poisons. Enterogel was prescribed at a dosage of 1.5 tablespoons 3 times a day, the course of treatment was also 10 days.

Thus, the complex treatment according to the scheme proposed by us affects several areas of therapy of the infectious focus at once: it allows to achieve the fastest possible elimination of microbes colonizing the focus, prevents the occurrence of sensitization of the body and allergic reactions, and also makes it possible to remove decay products of pathogenic microflora from the body as quickly as possible. The results of treatment of patients in both groups were evaluated by us in 2 stages. The first stage of evaluating the work of the treatment regimen was carried out 14 days immediately after the end of endodontic treatment. The subjects were asked to answer a series of questions, the purpose of which was to find out the degree of comfort regarding the patient's well-being in the short term after treatment. So, we recorded such symptoms of intoxication of the body as severe headache, itching, exacerbation of existing chronic diseases of the skin and mucous membranes.

The second stage of the assessment was carried out after 1 year, based on the patient's complaints, clinical picture and X-ray examination data.

Research results and discussion

An analysis of the data obtained at the first stage of the study showed that the incidence of complications in the short term after treatment in patients in the control group demonstrates rather high values - 16% (4 people). At the same time, 2 people (8%) complained of moderate pain when biting in the first week after endodontic treatment, 3 patients (12%) were worried about a slight swelling along the transitional fold in the area of the causative tooth. Signs of intoxication of the body were noted by 6 people. Thus, severe headache bothered 6 patients (24%), skin itching was reported by 2 people (8%), exacerbation of chronic recurrent aphthous stomatitis was registered in 1 patient (4%), exacerbation of psoriasis in 1 (4%) patients. The patient also complained about the occurrence of subfebrile temperature in the first two days after treatment.

Among the patients of the main group at the first stage of the survey, only 2 people (8%) reported slight pain when biting in the first few days after root canal obturation. There were no general complaints in this group of patients. The data obtained during the examination of patients after a year showed the following.

Of the 22 patients in the control group, no relapses were observed during the indicated period. At the same time, a decrease in the foci of destruction in dynamics was observed in 2 people in the control group (8%) and in 3 patients in the main group, respectively (12%). Thus, considering the effectiveness of treatment as a set of

criteria (no recurrence of the disease within a specified period, no clinical symptoms on examination, as well as detection of the complete disappearance of the focus of bone tissue destruction or its clear decrease), we obtained the following data. Successful results of treatment in total were registered in the main group in 83.3% of patients (10 people), in the control group this figure was significantly lower and amounted to 85% (11 people). The results obtained indicate that the therapeutic efficacy of the complex of treatment procedures performed in the main and control groups has fundamental differences.

Already at the first stage of the study, our data demonstrated the almost complete absence of immediate possible complications after treatment in the group with an integrated approach to the treatment of chronic destructive apical periodontitis, with a rather high incidence of such complications in the control group - 15%. Such success in the main group is achieved by the elimination of pathogens through antibiotic therapy, as well as by the rapid binding and elimination of toxins from the patient's body.

The data obtained during the examination of patients at the second stage also confirmed the priority of an integrated approach to the treatment of this disease. Thus, the success of treatment was achieved within a year in 83.3% of patients of the main group, while in the control group this figure was significantly lower and amounted to 85%. Thus, the treatment of chronic periodontitis is one of the most important and complex tasks of modern dentistry. The difficulties of such therapy lie in the deep penetration of pathogens into the periapical tissues, which does not allow to completely sanitize the infectious focus purely endodontically. An integrated approach to the treatment of chronic destructive apical periodontitis makes it possible to achieve the elimination of pathogens of the focus of infection, including a sharp decrease in the incidence of general complications. At the same time, in addition to the classical endodontic treatment, it is necessary to prescribe antibacterial, antihistamine, and sorption therapy.

Used literature

1. Амбулаторная хирургическая стоматология / В.М. Безруков и др. // МИА. – 2003. – 75 с.
2. Бадалян, В.А. Динамика заживления периапикальных деструктивных поражений в рентгенологическом изображении / В.А. Бадалян, Н.А. Рабухина, Л.А. Григорьянц // Стоматология. – 2000. – №2. – С. 12–16.

3. Григорьянц, Л.А. Клиника, диагностика и лечение больных с выведенным пломбирочным материалом за пределы корня зуба / Л.А. Григорьянц, В.А. Бадалян, М. Тамазов // Клиническая стоматология. – 2001. – №1. – С. 29–31.
4. Ефанов, О.И. Физиотерапия стоматологических заболеваний / О.И. Ефанов, А.Д. Джафарова. – М. : Медицина, 1980 – 296 с.
5. Клемин, В.А. Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей / В.А. Клемин, А.В. Борисенко, П.В. Ищенко. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 60 с.
6. Мамедова, Л.А. Причины неудачного эндодонтического лечения / Л.А. Мамедова, М.Н. Подолникова // Новое в стоматологии. – 2005. – №1. – С. 4–18.
7. Мисник, А.В. Лечение хронического верхушечного периодонтита с использованием технологий отсроченного пломбирования : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.В. Мисник. – М., 2009. – 23 с.
8. Митронин, А.В. Клинико-микробиологическая оценка эффективности эндоканального применения биоактивного геля коллапана при лечении хронического периодонтита / А.В. Митронин, В.Н. Царев // Новое в стоматологии. – 2004. – №5. – С. 50–60.
9. Особенности рентгено-логического выведения и инструментальной обработки корневых каналов моляров / З.Р. Ахмедова и др. // Российский стоматологический журн. – 2008. – №4. – С. 6–9.
10. Рабухина, Н.А., Роль рентгенологического исследования при эндодонтическом и хирургическом лечении зубов / Н.А. Рабухина, Л.А. Григорьянц, В.А. Бадалян // Новое в стоматологии. – 2001. – №6. – С. 39–42.

BIOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF PULPITIS

In our country, the number of patients with inflammatory diseases of the pulp, according to various authors, ranges from 19.5 % to 48.5% of all applicants for dental help. In the treatment of reversible forms of pulpitis, along with the use of drugs for direct covering the pulp, the complex of therapeutic measures includes various physical factors, contributing to the relief of inflammation and increasing the regenerative capacity of tissues, but as the study showed, a small number of doctors apply this in their daily dental practice.

Key words: dental pulp, pulpitis, biological method of treatment, questioning, calcium hydroxide, physiotherapy.

Materials and methods of research

The need to provide high-quality and effective dental care to the population is obvious and does not require special argumentation. At the same time, it should be noted that the volume of therapeutic measures in dentistry is not always limited to instrumental interventions, but often requires an integrated approach. In clinical practice, the problem of preserving damaged dental pulp stands before the doctor even when the pulp chamber remains unopened during the treatment of deep carious lesions of the dentin, and there are no clinical signs of degenerative changes in the pulp and periapical tissues.

Despite the feasibility of biological treatment pulpitis, especially at the initial stages of the pathological process, random opening the cavity of the tooth in patients of different age groups without aggravating somatic pathology, this method has not taken a dominant position among other types of pulpitis treatment. In order to obtain more objective information about the level of specialized care provided to patients with reversible forms of pulpitis, a survey of dentists was conducted among the staff of the Department of Therapeutic Dentistry, Department propaedeutics of dental diseases

The questionnaire was developed by the staff of the Department of Therapeutic Dentistry. It contained a list of questions, allowing to assess the level of professional qualification of respondents, the volume of diagnostic manipulations prescribed and carried out by them in patients, the frequency of using the biological method of treatment in clinical practice and the most commonly used drugs. The degree of satisfaction with existing methods of treatment of reversible forms of pulpitis was also assessed.

The survey was anonymous. In total, 50 doctors were interviewed from September 1 to September 30, 2022, including 25 specialists in therapeutic dentistry, 15 pediatric dentists, 10 general practitioner dentists.

For an objective assessment of the results of the survey, it was decided divide the respondents into 5 groups, depending on their work experience:

Group 1 — work experience in clinical practice up to 5 years;

- 2nd group - 5-10 years;

- 3rd group - 11-15 years old;

- 4th group - 16-20 years old;

- 5th group - more than 20 years.

After counting and processing the answers received during the survey, it was found that more than 75% of all respondents believe that the existing methods of treatment of reversible forms of pulpitis are not effective enough, which creates the prerequisites for the search for new methods.

When analyzing the results of the survey, it was found that 84.5% of the surveyed dentists used the biological method of pulp treatment at least once in their clinical practice. It should be noted that doctors with experience of 16 years or more in 75.5% of cases there were complications in the treatment of teeth by this method. Answering the question, how often does the unplanned happen in your practice opening of the dental pulp, respondents of all groups in 95% of cases noted that rarely and only 5% never encountered.

As the survey showed, the vast majority of dentists in case of accidental opening of the dental pulp, a biological method of treatment was chosen, occasionally giving preference to amputation and extirpation methods:

- in group 1, the biological method is used - 87.4%, amputation methods - 5%, extirpation methods - 7.6%;
- in group 2, the biological method is used - 48.7%, extirpation methods - 51.3%;
- in the 3rd group, the biological method is used - 79.5%, extirpation methods - 20.5%;
- in the 4th group, the biological method is used - 100%;
- in the 5th group, the biological method is used - 49.4%, amputation methods - 24.7%, extirpation methods - 25.9%.

Research results and discussion As the survey showed, doctors believed that for a quick recovery the vital activity of the pulp after a short-term inflammatory reaction, it is necessary to take into account the bacterial factor, and preparations based on calcium hydroxide, which has a bactericidal effect, were usually used as a dressing. Action, coagulation and dissolution of necrotic tissues, prevents resorption of bone tissue, induces the formation of an osteocement apical barrier, stimulates the formation of tertiary dentin (with direct coating pulp). It has been established that dentists most often use Dycal by Dentsply in 45.6% of cases.

However, as is known from the literature data, the classical forms of calcium hydroxide have a number of disadvantages, such as resorption of the material in a humid environment, a decrease in efficiency upon contact with air due to partial carbonization. New opportunities for biological treatment pulpitis were presented by ProRoot, MTA (Dentsply) and MTA-Angelus (Angelus), which are used by only 32.6% of all respondents. The basis of the materials is Portland cement (a mixture of calcium silicates, calcium-containing aluminum compounds and iron). But the high cost of drugs makes effective method of treatment for Russian patients in budgetary medical institutions.

The firm "VladMiVa" (Russia) developed a dental material "Trioxident", which is a more affordable analogue of MTA, the main which components are oxides of

calcium, silicon, aluminum. But this the material is not widely used and only 3% of all interviewed dentists.

In addition, the majority of respondents use original methods treatment without following a single protocol. So, to the question: “For how long do you apply medical pads in case of accidental opening of the tooth pulp?” the following responses were received, as shown in the table.

The timing of the imposition of medical pads in case of accidental opening of the tooth pulp

The term of imposing a medical pad	% of respondents
less than a week	7%
Week 1	9%
2-3 weeks	35%
1 month	27%
more than a month	5%
6 months	6%
Under a permanent filling	11%

It should also be noted that in the comments, doctors with experience of 1 year up to 10 years in 11% of cases, a medical pad is applied under a permanent filling. It is noteworthy that only 16% of the surveyed doctors use the biological method of treatment only in pediatric practice, 57% of dentists in the treatment of pulpitis in patients under 25 years old, however, 20% of respondents use this method for patients 25-45 years old, and 7% do not consider age contraindication to the use of a biological method of treatment. As a result of processing the survey data, it was found that dentists in the treatment of reversible forms of pulpitis use very little

additional research methods. Electroodontodiagnostics is used no more than 60% of doctors, and X-ray examination only 40%. At the same time, the diagnosis of the vitality of the dental pulp using the methods of rheodentography (RDG) and Doppler flowmetry (DF) is not used in practice at all, since none of the 105 respondents used these methods, referring to the complexity of conducting these studies, their low information content and lack of necessary equipment. It has been established that doctors are little informed about the possibility of using physiotherapy to preserve the viability of the pulp. Only 18.3% of physicians in their physiotherapy is used in clinical practice. However, out of the variety physical factors that can stop inflammation and stimulate the regenerative capabilities of the pulp, only laser therapy is used. Often doctors refer to the lack of physiotherapy equipment, however, the survey showed that in modern dental clinics there is a fairly wide widespread use of ozone generating plants. Thus, based on the results of the survey 50 practicing dentists found that improving the treatment of reversible forms of pulpitis by the biological method is a very urgent problem in modern dentistry. About 85% of the respondents at least times in their clinical practice encountered the use of biological pulpitis treatment method.

However, during this method of treatment, quite often there are complications. More than 75% of all respondents believe that the existing methods of treatment of reversible forms of pulpitis are not effective enough. The survey showed that complications and errors in the treatment of reversible forms of pulpitis are most often associated with non-compliance with a single protocol for maintaining patients, insufficient use of additional research methods, allowing not only to clarify the diagnosis, but also to control the condition of the pulp teeth during treatment. In addition, it was found that during the biological of the method of treatment, physiotherapy is little used, which makes it possible to increase the effectiveness of treatment.

A remarkable fact is that no correlation was found between the level of knowledge of doctors on the issue under study and the length of service in the specialty. This dictates the need to improve the level of training of students and doctors. When conducting seminars, practical classes, lectures, more attention should be paid to the treatment of reversible forms of pulpitis, as practice shows that the use of a biological method of treatment remains relevant, both in pediatric and adult dentistry.

In conclusion, it should be noted that the relatively widespread devices for ozone therapy in modern dental clinics creates favorable prospects for implementation in the dental practice developed at the Department of Therapeutic Dentistry of the Samarkand State Medical University a method for the treatment of reversible forms

of pulpitis using ozone therapy in combination with direct coating of the pulp with therapeutic materials.

REFERENCES [1] Ivanov V.C., Vinnychenko Ju.A., Ivanova E.A. Inflammation of the dental pulp. — Moscow, 2003. [2] Yudina N.A., Azarenko V.I., Rusak A.S. Treatment of pulp hyperemia. — Part 2 // Dental magazine. — 2009. — № 1. — P. 4—8. [3] Nichol'skaya I.A., Kopetsky I.S., Dubovaya T.K., Vygorko V.F., Volkov A.G. Regeneration of dental pulp by using materials for its direct coating in combination with ozone therapy// Bulletin of RNRMU. — 2012. — № 5.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
abduazimovalola@mail.ru

Актуальность: лечения гипертрофического гингивита у подростков обусловлена высокой распространенностью и интенсивностью заболевания. Определение распространенности и интенсивности гипертрофического гингивита, гигиенического состояние полости рта у детей является одним из основных моментов в реализации программы первичной, вторичной профилактики стоматологических заболеваний.

Цель и задача: Комплексный подход в профилактике и лечение гипертрофического гингивита у подростков 13-15 лет.

Материалы и методы: Исследование, проведенное нами среди 25 учащихся школ разных районов города Ташкента в возрасте от 13-15 лет показало, что 61,9% обследованных выявлен интактный пародонт, в 38,1% случаях имели место те или иные виды патологии тканей пародонта, при этом гипертрофический гингивит диагностировался в 11,3% случаях (3 человека). Большинство обследованных подростков с ГГ имели вертикальную резцовую дизокклюзию, тесное положение зубов и аномалии положения отдельных зубов.

Учитывая полиэтиологический характер гипертрофического гингивита в определении индивидуального плана диагностики, профилактики и лечение необходимо использовать комплекс мероприятий, направленных на выявление, устранение или ослабление воздействия этиологического фактора, патогенетическую и симптоматическую терапию, с привлечением не только

пародонтологов, но и ортодонтонтов, хирургов и терапевтов- стоматологов. Участие врачей общей практики (педиатров, оториноларингологов, эндокринологов, неврологов, психиатров) может служить основанием для оценки общего статуса, а также выбора рациональной терапии, способствующей нормализации взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз- половые железы в период гормональной перестройке организма.

Выводы: таким образом, планирование, проведение лечебных мероприятий и диспансеризация пациентов должна осуществляться комплексно, действия стоматологов и врачей общей практики должны быть направлены на устранение или уменьшение влияния симптомокомплекса, способствующего развитию патологического процесса. А установленный уровень распространенности гипертрофического гингивита еще раз подтверждает актуальность проблемы и может быть использован в качестве исходных материалов для осуществления долговременного мониторинга и пародонтологического статуса подростков.

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Файзуллаева С.А., Ахмаджонов Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

bekjanovaolga@mail.ru

Хронические апикальные периодонтиты составляют большую проблему для современной стоматологии. Так, частота больных с такими диагнозами доходит до 30–35% от общего числа больных. Особую сложность в лечении этих больных представляет бактериальная микрофлора.

В настоящее время основная роль в качестве эндодонтического лечения отводится этапу медикаментозной обработки корневых каналов. Применение в эндодонтической практике антисептиков и материалов на их основе является приоритетным в лечении. Важным качеством антисептиков является более медленное по сравнению с антибиотиками появление устойчивых к ним штаммов бактерий. Однако к традиционным антисептикам, таким как фурацилин, хлоргексидин, борная кислота и другие, возбудители гнойно-воспалительных инфекций выработали устойчивость, что в значительной мере снизило эффективность их использования.

Цель исследований: оценить интегральную противомикробную активности антисептической обработки корневых каналов зубов.

Материалы и методы: Противомикробную активность определяли диффузионным методом «колодцев» с определением диаметра зон задержки роста микроорганизмов. Для оценки противомикробной активности препаратов использовали следующие - штаммы микроорганизмов, полученные в ходе микробиологического исследования микрофлоры корневых каналов зубов у пациентов с хроническим периодонтитом. Микробная нагрузка среды составляла 10⁷ КОЕ/мл и устанавливалась согласно стандарта McFarland. Для исследований брали 18-24-х часовую культуру микроорганизмов. При культивировании каждого вида бактерий использовали стандартные дифференциально-диагностические питательные среды. Расчет интегрального показателя противомикробной активности препарата А и его ошибки δА проводили по формуле:

$$A = \sqrt{\left(\frac{a_1 \cdot D_1}{25}\right)^2 + \sqrt{\frac{a_n + D_n}{25}}}, \text{ где } D - \text{диаметр зоны лизиса}$$

$a_n = 1$, где А – интегральный показатель противомикробной активности препарата, градационная величина, диапазоны эффективности показателя составляют: 1,0-1,5 препарат проявляет слабую противомикробную активность; 1,5-2,5 препарат проявляет среднюю противомикробную активность; более 2,5 препарат проявляет сильную противомикробную активность; a_1, \dots, a_n – относительные нормированные весовые коэффициенты значимости штаммов, видов, подвигов, типов микроорганизмов в заболеваниях против которых используют препарат т.е. – это частота встречаемости микроорганизма среди больных людей (находится в диапазоне от 0 до 1, в наших расчетах значения коэффициентов приняты за единицу); $D_1 \dots D_n$ – средняя величина диаметра зон задержки роста исследуемых тест-штаммов микроорганизмов.

25 – нормирующая константа, которая позволяет в случае использования в качестве критерия диаметра зоны задержки роста микроорганизма, привести величины интегрального показателя (А) к градационным диапазонам эффективности этого показателя.

Результаты: Антимикробная активность препаратов различных групп в отношении патогенной микрофлоры корневых каналов достаточно высокая, при этом величины диаметров зоны лизиса роста изучаемых штаммов существенно различается при сравнении различных препаратов в отношении одного и того микроорганизма, что значительно затрудняет трактовку результатов. что все используемые для санации корневых каналов лекарственные антимикробные средства имеют высокий интегральный показатель антимикробной активности, так интегральный показатель

антимикробной активности препарата «Хлоргексидин биглюконат» – 3,44; «Декасан» - 3,43; «Йодинол» - 3,19 и «Хлорофиллипт» 3,03, что находится выше верхней границы высокого уровня активности. При этом наиболее активными оказались препараты хлоргексидин и декасан, а менее активными йодинол и хлорофиллипт.

Выводы: Результаты проведенных исследований противомикробной активности препаратов, широко используемых для санации корневых каналов при лечении хронических апикальных периодонтитов, показало, что их интегральная противомикробная активность в отношении микрофлоры корневых каналов высокая.

Сравнение средне групповых значений противомикробной активности исследуемых препаратов для санации корневых каналов зубов с таковыми для декасана показало перспективность использования препарата в эндодонтической практике в комплексной терапии хронических апикальных периодонтитов.

Список литературы

1. Абдулхакова, Н. Р. Особенности микробного состава корневых каналов зубов у пациентов с хроническим периодонтитом / Н. Р. Абдулхакова, М. Т. Копбаева, О. Е. Бекжанова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : Сборник научных статей X региональной научно - практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 09 октября 2020 года / Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2020. – С. 5-6. – EDN OFSSJW.
2. Бекжанова О., Абдулхакова Н., Олимжонов К. Видовой и количественный состав микрофлоры корневых каналов зубов у пациентов с хроническим периодонтитом // Stomatologiya. – 2020. – №. 2 (79). – С. 32-34.
3. Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш. Сравнительная оценка интегральной противомикробной активности Декасана в отношении микроорганизмов корневых каналов зубов // Медицинский журнал Узбекистана. 2019. Т. 77, № 4. С. 22–25.
4. Казеко Л.А., Лобко С.С. Ирригационные растворы, хелатные агенты и дезинфектанты в эндодонтии: учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2013.
5. Yesenovna B. O., Shuxratovna A. N., Nodirovna A. S. ASSESSMENT OF THE SENSITIVITY OF ROOT CANAL MICROORGANISMS // The 9 th International scientific and practical conference “Innovations and prospects of world

science” (April 28-30, 2022) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2022. 724 p. – 2022. – С. 40.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМ ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РФ

Аверьянова Диана Альбертовна

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов им. Патриса

Лумумбы, Медицинский институт

averianova_da@pfur.ru

Аннотация

Изучена стоматологическая эпидемиология травм челюстно-лицевой области при ДТП в трех субъектах Российской Федерации за период 2015–2017 годы. Проанализированы частота повреждений костей и мягких тканей челюстно-лицевой области у 5351 пострадавшего, частота сочетанных повреждений и воспалительных осложнений. Установлены различия в возрастной структуре пострадавших и погибших в ДТП. У 53 % погибших и у 55% выживших повреждения сочетались с переломом костей лицевого черепа, из них у 30% выживших с челюстно-лицевой травмой развиваются воспалительные осложнения, причем в 10% случаев с образованием флегмон. Для коренного улучшения данной ситуации требуется разработка специализированного алгоритма стоматологической помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с повреждениями ЧЛЮ.

Введение

Эпидемиологические исследования челюстно-лицевых травм свидетельствуют о том, что специалисты всего мира изыскивают возможности предупреждения транспортного травматизма. В этих целях рассматриваются три важнейших элемента: человек-оператор, средство передвижения и ее эргономическое сопровождение, и дорога, что в совокупности формирует человеко-машинную систему. Кроме того, в этой системе присутствует профессионализм человека, управляющего средством передвижения. Технологически эта система не допускает ошибок лишь в том случае, когда все участники движения соблюдают установленные правила. Самым слабым звеном в этой системе является человек и его способности решать внезапно возникающие задачи в процессе движения. Учитывая разнообразие дорожно-транспортных происшествий иногда

особую значимость, могут иметь дорожное покрытие, освещенность, что довольно часто выяснялось в наших исследованиях. [2,4,5]

В большинстве случаев, ответственным за травмы признавался человеческий фактор, который зависел от опыта, возраста, времени суток и погодных условий.

Наши исследования показали, что даже при сравнительно эффективной профессиональной подготовке травмы могут носить разнообразный характер, сопровождающийся повреждением черепно-мозговых костей, мягких тканей и различных анатомических областей (скуловой кости, орбиты, верхних челюстных костей и нижней челюсти) с повреждением зубных рядов, которые в совокупности становятся впоследствии важнейшей симптоматикой, часто приводящей к летальным исходам и инвалидности.

Целью являлось исследование стоматологической эпидемиологии травм челюстно-лицевой области у лиц, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в период 2015–2017 годах в трех субъектах Российской Федерации на примере г. Москвы, Пензенской области и Тульской области.

Материалы и методы

Были проанализированы: характер травм, частота, возрастные и гендерные различия и исход. Проведен анализ состояния повреждения челюстей, костей лицевого черепа, зубо-альвеолярные повреждения и повреждения мягких тканей головы. Применены: теория рисков, описательная статистика, теорема нормального распределения, обобщенная оценка данных и современные методы прикладной математической статистики.

Изучены 5351 человек, пострадавших в г. Москве, Тульской и Пензенской областях за 2015–2017 годы, с применением вероятностно-статистической и алгебраической модели конструктивной логики. Статистическая обработка осуществлялась на массиве пострадавших с использованием показателей генеральной совокупности и выборки по различным регионам с установлением репрезентативности и схожести между собой трех субъектов РФ, с применением теоремы центрального предела, что позволило вычислить вероятность результата при нормальном распределении. Исходные данные, преобразованные в Z-значения, были выражены в единицах стандартного отклонения с известным средним арифметическим и стандартным отклонением. Опубликованный анализ данных ДТП с использованием метода оценки рисков и математической статистики свидетельствует о том, что ошибка статистического учета колеблется в пределах 10% и более и зависит от человеческого фактора.

Объектом исследования являлись лица, пострадавшие в ДТП, получившие сочетанные травмы лицевого черепа и мягких тканей, включая челюстные кости и зубные ряды. Предмет исследования представлен организацией и оценкой здоровья пострадавших граждан на месте дорожно-транспортного происшествия.

Исследована отчетная документация о пострадавших и погибших в ДТП за период 2015–2017 годы центров судебно-медицинской экспертизы исследуемых регионов.

Базами исследования являлись ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

Результаты и обсуждение

Из общего числа (5351 человек) изучены три совокупности (табл. 1), характеризующие частоту травмирования и смертность в дорожно-транспортных происшествиях трех субъектов Российской Федерации, включая г. Москву – 1626 случаев, Тульскую область – 2127 случаев и Пензенскую область – 1598 случаев, представленных в табл. 1. Обобщенные данные показали, что 2199 пострадавших пациентов доставлены в нейрохирургическое отделение, 1808 человек – в травматологическое отделение, 64 – в хирургическое и 1280 человек были доставлены в отделение челюстно-лицевой хирургии, что определял организационный алгоритм. Отмечено, что только в 10% осуществлялась ревизия дыхательных путей, проводилась сердечно-легочная реанимация, в 30% - остановка кровотечения и ряд других процедур, которые в итоге не обеспечивали полный алгоритм жизнедеятельности пострадавших.

Таблица 1.

Число травмированных лиц в ДТП в г. Москве, Тульской и Пензенской областях в период 2015–2017 г.

Субъект	Н погибших	Н пострадавших	Всего
г. Москва	589	1037	1626
Пензенская обл.	590	1008	1598
Тульская обл.	638	1489	2127

В клинике травм перелом нижней челюсти является наиболее частой травмой лицевых костей, представленных в статистике и описанных в литературных источниках. Можно предполагать географические и

национальные вариации. В целом наблюдается преобладание переломов в области угла нижней челюсти. Частота переломов костей лицевого черепа представлена на диаграмме рис. 1: нижней челюсти в 64%, верхней челюсти 16% (с деформацией пазух и глазницы), скуловой кости в 12%, костей носа 4%, орбиты 4%, с повреждением мягких тканей в 10% случаев.

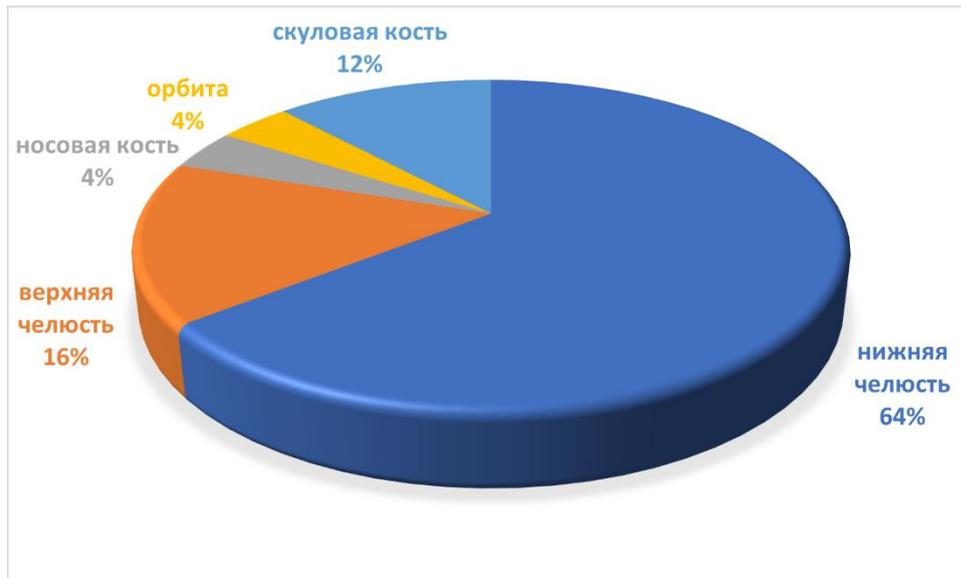


Рисунок 1

Обобщенная диаграмма повреждений отделов челюстно-лицевой области пострадавших в ДТП в г. Москве, Тульской и Пензенской областях в период 2015–2017 г.

Впоследствии у пострадавших в стационаре помимо травматических повреждений в 30% случаев развивается воспалительный процесс, что приводит в 10% (541 человек) случаев к острому воспалению (флегмоне) по данным этих регионов.

Сочетанные множественные системные поражения установлены у 42% пациентов, с преобладанием травмы верхних (24%) и нижних конечностей (15%).

Результаты свидетельствуют о том, что у мужчин отмечаются чаще переломы, чем у женщин, при этом соотношение мужчин и женщин 4:1. Это исследование выявило неизменно высокую частоту травм в возрастной группе от 19 до 34 лет, со средним возрастом 35,9. Анализ распределения больных по возрастным группам, представленных на диаграммах показал, что доля пострадавших в ДТП по Московскому региону меньше, чем в Туле во всех возрастных группах (рис.2), а доля погибших в Тульском регионе превышает показатели Московского региона по возрастным группам 19–24,

30-34, 45-49 и значительно превышает в группе 40-44 года (рис.3). Требуется дополнительных исследований причины резкого увеличения смертности в г. Москве и Пензенской области в возрастной группе 55–59 лет от ДТП.



Рисунок 2

Распределение пострадавших в ДТП по возрастным группам в г. Москве, Тульской и Пензенской областях в период 2015–2017 г.

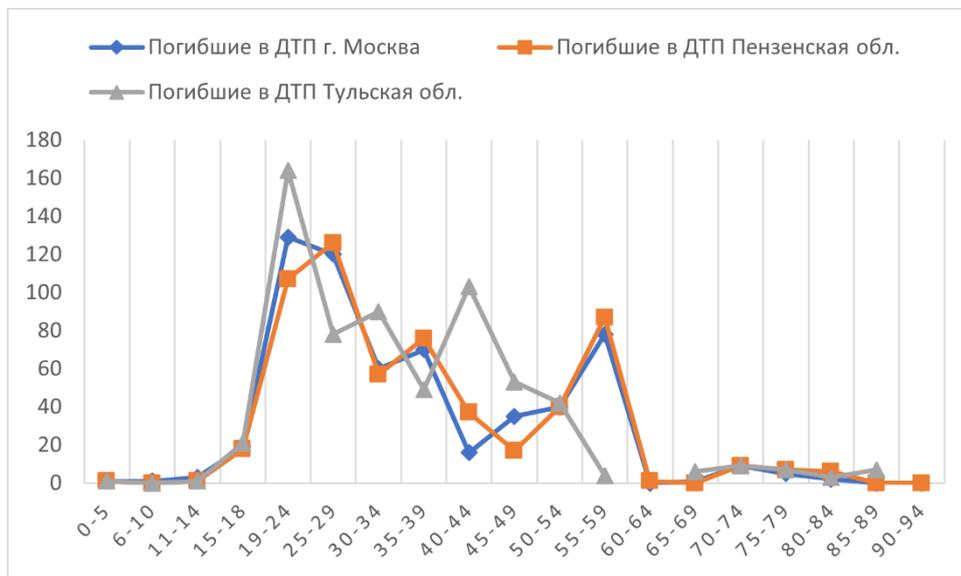


Рисунок 3

Распределение погибших в ДТП по возрастным группам в г. Москве, Тульской и Пензенской областях в период 2015–2017 г.

Заключение

1. Более 50% пострадавших имеют повреждения челюстно-лицевой области.
2. Большинство пострадавших и погибших находятся в молодом и трудоспособном возрасте.
3. Наибольшая частота повреждений выявлена у нижней челюсти и сочетанных повреждений, а нередким осложнением являются воспалительные заболевания, которые в 10% случаев приводят к флегмонам.
4. Полученные данные требуют специализированного стоматологического алгоритма, чтобы снизить число осложнений.

Список литературы

1. Вишневский А. Г., Фаттахов Т. А. ДТП и смертность в России. // ДемоскопWeekly. - М., 2012. - С. 527–528.
2. Китанина К.Ю., Хромушин В.А., Аверьянова Д. А. Совершенствование методов исследования здоровья населения с использованием алгебраической модели конструктивной логики. // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т.22. № 3. С. 8–14.
3. Князев А. С., Бородина С. Г., Бурмистров А. О., Дедюлин Е.В. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 12 месяцев 2016 года. Информационно-аналитический обзор. // М.: ФКУ НИЦ БДД МВД России. - 2017. - 18 с.
4. Ластовецкий А.Г., Лебедев М.В., Аверьянова Д.А. Частота и структура травматических повреждений мозгового и лицевого отдела черепа у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. -2014.- №3(31). - С. 105-117.
5. Лебедев М. В., Аверьянова Д. А., Хромушин В. А., Ластовецкий А. Г. Травматизм в дорожно-транспортных происшествиях: Аналитические исследования с использованием алгебраической модели конструктивной логики. Учебное пособие. // Москва, 2014. - 120 с.
6. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.

ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Бекжанова О.Е., Адизов М.А., Тилляходжаев С.М., Сафарова Н.С.
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.
adizovmiraziz@mail.ru

Организационные меры касались всех рабочих коллектива и включали организационные меры, посвящённые просвещению работающих о вреде патологии пародонта, чтение лекций о патогенезе и вреде для организма патологии пародонта, взаимосвязи вредных привычек курения и приёма алкоголя с патологией пародонта, влиянии производственных вредностей на риск развития патологии пародонта и тяжесть его клинического течения, особенностях и необходимости специальной гигиены полости рта в условиях действия производственных вредностей, обучение правильной чистке зубов; размещение памяток с правилами чистки зубов, видах и типах зубных щеток и лечебно-профилактических зубных паст.

В рамках коллективных лечебно-профилактических мероприятий по разработанной компьютерной программе всем работникам осуществлялась оценка степени риска развития генерализованного пародонтита и тяжести его клинического течения.

Меры превентивной диагностики, профилактики и специфической персонифицированной терапии у рабочих состояли из 2-х направлений: алгоритм наблюдения рабочих у цехового стоматолога и/или в стоматологической поликлинике по месту жительства, что предполагает обязательное консультирование и обследование всех рабочих нефтехимического производства. При отсутствии патологии пародонта осуществляется санация полости рта и профилактические мероприятия по поводу заболеваний пародонта и слизистой полости рта, а также динамическое наблюдение за работающими каждые 6 месяцев.

При подтверждении диагноза генерализованного пародонтита осуществлялся стандартный протокол терапии генерализованного пародонтита в соответствии с тяжестью течения патологии, включающий санацию полости рта, лечение кариеса и его осложнений, терапия патологии СОПР, профессиональная гигиена полости рта, обучение гигиене полости рта и осуществление контролируемой гигиены, ликвидация супраконтактов, кюретаж пародонтальных карманов, иммобилизация подвижных зубов, устранение гингивального воспаления. Осуществлялся регулярный контроль за состоянием тканей пародонта: у больных с ГПЛТ – каждые 6 месяцев; при ГПСТ и ГПТС – каждые 3 месяца.

Список литературы

1. Гусейнова, Ч. Б. Стоматологический статус у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом / Ч. Б. Гусейнова // Клиническая стоматология. – 2010. – № 3(55). – С. 70-72. – EDN TBSVZZ.
2. Bekjanova, O. E., Rizaev, D. A., Rizaev, E. A., & Alimjanov, K. D. (2020). Integral assessment of the population risk of generalized periodontal disease. *Russian Journal of Dentistry*, 24(5), 312-317.
3. Bekjhanova , O., & Adizov , M. (2022). Prevalence And Intensity Of Parodontal Diseases In Workers In The Oil Refining Industry. *KRS Journal of Medicine*, 2(4), 57–62. Retrieved from <http://krsjournal.com/index.php/krsjm/article/view/46>
4. Bekjhanova , O., & Adizov , M. (2022). State Of Hard Tissues Of Teeth Of Workers In Oil Refining Industry. *KRS Journal of Medicine*, 2(4), 46–50. Retrieved from <http://krsjournal.com/index.php/krsjm/article/view/44>
5. Carvalho F. C., Godinho M. R., Ferreira A. P. Cardiovascular risk factors among oil refinery workers: ecological study/ Fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de um refinaria de petroleo e derivados: um estudo ecologico // *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. – 2020. - Vol. 18. - Issue 1.

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Бекжанова О.Е., Ахрорходжаев Н.Ш., Азимов Н.А., Фуркатова С.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

bekjanovaolga@mail.ru

При лечении кариеса врач стоматолог выполняет целый ряд разнообразных манипуляций. Но, отличные результаты достигаются не только при условии тщательного соблюдения методики применения пломбирочного материала, необходим учет исходного состояния твёрдых тканей, фоновой патологии организма, адекватности типа пломбирочного материала функциональной группе зубов.

Оценка деятельности специалистов узкого профиля возможна с помощью современных методов анализа и моделирования.

Цель исследования: анализ врачебных ошибок при диагностике и лечении кариеса, ведущих к снижению качества пломбирования.

Материалы и методы: В исследовании приняла участие группа экспертов, включающая 5 высококвалифицированных специалистов. На начальном этапе путём предварительных опросов нами были выявлены

ключевые проблемы, которые были систематизированы и представлены в виде экспертных критериев, явившихся основным инструментом обследования. На втором этапе исследований осуществили динамический контроль за работой врачей-стоматологов, проводивших лечение кариеса.

Результаты и обсуждение: Наблюдение за лечением кариеса позволило выделить и сгруппировать ятрогенные ошибки. Все врачебные ошибки составили 2 проблемы: при подготовке к лечению и при препарировании и пломбировании кариозной полости.

Анализ врачебных ошибок отразил важные проблемы в диагностике и лечении кариеса зубов. На основании проведенных исследований можно сделать следующие **выводы:** отсутствие статистического учёта врачебных ошибок при лечении кариеса приводит к отсутствию ориентиров и концентрации внимания на причинах их возникновения, что снижает качество лечения и увеличивает число осложнений; основными в подготовке и лечении кариеса зубов являются отсутствие или неэффективное лечение начального кариеса, отсутствие учёта минеральной плотности эмали и недостаточное применение реминерализующей терапии; основной причиной низкой эффективности лечения кариеса является несоответствие типов пломбировочных материалов функциональной группе или функциональной поверхности зубов.

Список литературы

1. Бекжанова О. Е., Эгамбердиев У. А. Состояние диагностики кариеса на амбулаторно-поликлиническом приеме //Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2021. – Т. 6. – С. 98-101.
2. Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Махмудова М. К вопросу диагностики и лечения начальных форм кариеса у взрослого населения г. Ташкента //Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент 2015. №1. С. 28-30.
3. Лечение заболеваний пародонта на амбулаторно-поликлиническом приеме при лечении кариеса / О. Е. Бекжанова, У. А. Эгамбердиев, Н. Ш. Ахрорхужаев, М. М. Астанакулова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 21 октября 2016 года. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2016. – С. 19-21. – EDN ZSCHAH.

4. Bekjanova, O. E., Rizaev, D. A., Rizaev, E. A., & Alimjanov, K. D. (2020). Integral assessment of the population risk of generalized periodontal disease. *Russian Journal of Dentistry*, 24(5), 312-317.
5. Bekjhanova, O., & Adizov, M. (2022). State Of Hard Tissues Of Teeth Of Workers In Oil Refining Industry. *KRS Journal of Medicine*, 2(4), 46–50. Retrieved from <http://krsjournal.com/index.php/krsjm/article/view/44>

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Акбаров А.Н., Салимов О.Р., Толипова М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт
mokhinurtolipova@gmail.com

Актуальность. Среди важных проблем современной практической стоматологии вопросы совершенствования диагностики, профилактики, лечения заболеваний зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, несмотря на многочисленные исследования, проводимые во всем мире, остаются актуальными и имеют большую социальную значимость.

Вирусные гепатиты как в нашей стране, так и за рубежом занимают значительное место в общей патологии человека, нанося обществу существенный социально-экономический ущерб. В настоящее время известно не менее 9 типов ВГ человека (А, В, С, D, E, G, F, TT, Sen), среди которых особого внимания заслуживают парентеральные вирусные гепатиты, отличающиеся тяжелыми и хроническими формами с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Более 350 млн. человек в настоящее время являются носителями этой инфекции, а от заболеваний, связанных с ГВ, ежегодно умирает около 2 млн. человек .

Не менее значимой, а с некоторых позиций даже более важной, является проблема вирусного гепатита С (ВГС). Он привлекает к себе пристальное внимание ввиду большой частоты формирования хронических форм (до 50-80%) и доминирующим положением среди посттрансфузионных гепатитов. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается более 170 млн. больных хроническим вирусным гепатитом С, а количество инфицированных HCV достигает 500 млн. человек.

Анализ изученных результатов исследования показал наличие высокой распространенности кариеса зубов у больных хроническими диффузными поражениями печени: при ХГВ - 84,6% и ХГС - 83,4% при интенсивности

кариеса зубов 8,67 и 7,69 соответственно на одного обследованного (таблица 1).

Таблица 1

Распространенность (в %) и интенсивность (в среднем на одного обследованного) кариеса зубов у больных хроническими диффузными вирусными заболеваниями печени

Нозологическая единица	Распространенность кариеса зубов	Интенсивность кариеса зубов
ХГВ	84,6± 1,97	8,67
ХГС	83,4±1,94	7,69

Наиболее распространенный и интенсивный кариозный процесс наблюдали у больных ХГВ - 84,6±1,97, при котором количество нуждающихся в лечении разрушенных и удалении зубов было выше, чем в сравнении с лицами с ХГС - 83,4± 1,94, у которых эти значения наблюдались в несколько меньшей степени.

Структура элементов показателей КПУ у больных хроническими вирусными гепатитами В и С отражена в таблице (2). Как следует из таблицы, в среднем количество зубов, нуждающихся в лечении по поводу «К» кариеса и его осложнений, среди всех осмотренных ХГВ составило 3,06. При ХГС величина элемента «К» и его осложнений уменьшалась, достигая значения, равного - 2,85.

Число запломбированных зубов «П» у больных ХГВ, приходящихся в среднем на одного обследованного, составило 2,43, а у пациентов с ХГС число запломбированных зубов оказалось ниже, и составило 2,11.

Таблиц 2

Структура элементов показателей КПУ у обследованных больных хроническими вирусными гепатитами (в среднем на одного обследованного)

Нозологии	Кол-во зубов нуждающихся в лечении по поводу кариеса	Среднее количество запломбированных зубов - «П»	Среднее количество удаленных	Средний индекс КПУ
единица				

	его осложнений «К»	-	зубов - «У»	
ХГВ	3,06	2,43	3,18	8,67
ХГС	2,85	2,11	2,73	7,69

Среднее количество удаленных зубов «У» ХГВ, приходящегося на каждого осмотренного, равно 3,18, а у пациентов ХГС - 2,73. Значение этого элемента неуклонно увеличивалось у больных циррозом печени, достигая максимального значения - 3,38.

Таким образом, основная масса индекса КПУ чаще выявлялась у больных циррозом печени и при ХГВ приходилась на удаленные, запломбированные и зубы, нуждающиеся в лечении по поводу «К» - кариеса и его осложнений, составляя в среднем 10,18 и 8,67. При ХГС также наблюдалось изменение индекса КПУ - 7,69, но в меньшей степени, чем при циррозе печени и ХГВ.

В группе больных хроническими вирусными гепатитами всего было обследовано 120 лиц, из них 55(45,8%) пациентов имели ХГВ, 35 (29,2%) - ХГС и контрольную группу составили 30 (25,0%) человек.

Выяснилось, что среди выявленных больных женщин было больше на 3,3%, чем лиц мужского пола. Наибольший процент страдающих патологией пародонта наблюдался у пациенток в возрасте 30-39 лет - 14 чел., 40 - 49 лет -16 чел., 50-59 лет - 17 чел. Далее - в возрасте 20 - 29 лет выявлено 7 человек и 60 и старше - 8 больных. При этом установлена прямая корреляция между увеличением возраста и частотой заболевания.

Больных мужчин было обследовано 58 человек, среди которых наибольший процент с патологией пародонта наблюдался в возрасте 30-39 лет - 12 чел., 40 - 49 лет - 14 чел., 50-59 лет - 16 чел., 20 - 29 лет - 8 чел., и 60 лет и старше тоже 8 больных. Здесь также наблюдалась четкая корреляция между возрастом и частотой заболевания. Так, если среди 20 - 29 летних пациентов заболевания пародонта были зарегистрированы у 8 (6,6%), то среди 30 - 39 - летних - у 12 (10,0%) пациентов.

При длительности заболевания до 3 лет частота распространенности поражения тканей пародонта у женщин имела место у 15, от 3 до 5 лет - у 12, от 5 до 10 лет -12, свыше 10 лет - у 12, а впервые - у 11 женщин.

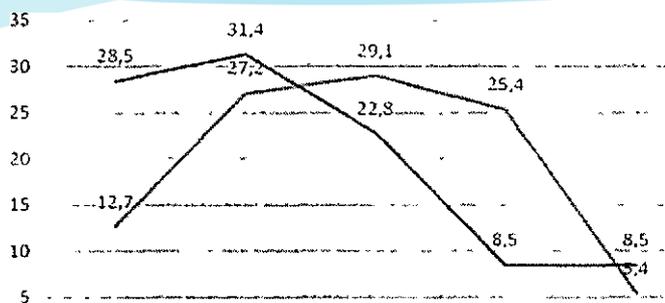
Среди мужчин пик поражения тканей пародонта наблюдался впервые - у 9 чел., при длительности заболевания до 3 лет - у 12 чел., от 5 до 10 лет - у 12 больных, от 3 до 5 лет - у 14 человек, у лиц свыше 10 лет - у 11 пациентов.

Наибольший процент больных в совокупности обеих полов верифицировался в возрастных группах 30 - 39 лет - 21,6% ,40 - 49 лет -25,0% и 50 - 59 лет - 27,5% при длительности заболевания до 3 лет, от 3 до 5 лет и от 5 до 10 лет.

Возрастная характеристика больных ХГВ и ХГС представлена в таблице 3 и рис. 1.

Таблица 3

Возраст	ХГВ		ХГ	
	абс.	%	абс.	%
20-29	7	12,7	10	28,5
30-39	15	27,2	11	31,4
40^49	16	29,1	8	22,8
50-59	14	25,4	3	8,5
60 и старше	3	5,4	3	8,5
Всего	55	100,0	35	100,0



20-29 30-39 40-49 50-59 60 и старше ХГВ, 11-55 ХГС. n=35

У больных хроническим гепатитом В начальные изменения наблюдались - у 12 (21,8%), 1/3 - у 12 (21,8%), 1/2 - у 16 (29,1%) и более 1/2 - у 15 (27,2%). При хроническом гепатите С начальные изменения зарегистрированы у 9 пациентов (25,7%), 1/2 - у 13 (37,1%), 1/3 - у 7 больных (20,0%) и более 1/2 - у 5 (14,3%).

Все пациенты с ХГ нуждались в лечении пародонта, только у одного пациента с ХГС не отмечались изменения в костных отделах пародонта.

Вызвало интерес изучение микробной контаминации полости рта у больных хроническими вирусными диффузными поражениями печени.

Было обследовано 55 больных хроническим вирусным гепатитом В и 35 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

Как оказалось, состав микробной флоры полости рта неоднороден. Доминирующее место как по разнообразию обитающих в полости рта видов, так и по количеству занимают бактерии.

У больных хроническим вирусным гепатитом В штаммы *Staphylococcus epidermidis* высевались в 38,9% случаев, штаммы *Enterococcus* - в 16,7%, и штаммы *Staphylococcus aureus* обнаружались в 5,5% пациентов.

В ротовой полости 35 больных хроническим вирусным гепатитом С также преобладало наличие штаммов *Staphylococcus epidermidis* (33,3%) при одновременном обсеменении штаммами *Str.haemolyticus* (5,5%).

В результате проведенных исследований выяснилось, что в микробной флоре всех больных хроническим гепатитом как В, так и С преобладали штаммы *Staphylococcus epidermidis*.

Микробная флора полости рта больных хроническими вирусными гепатитами В и С

Группа больных	Возбудители	Число штаммов	%

Хронический гепатит НВУ(п=55чел.)	Staphylococcus epidermidis	21	38,2%
	Enterococcus	9	16,7%
	Staphylococcus aureus	3	5,5%
Хронический гепатит (п=35чел)	Стр.haemoliticus	3	5,5%
	Staphylococcus epidermidis	18	33,3%
Всего выявлено штаммов		54	100%

Вывод. При хроническом гепатите наблюдается развитие зубных камней, кариозное поражение зубов и генерализованный пародонтит легкой, средней и тяжелой степени активности. Причем степень изменения зубов и воспалительное поражение слизистой полости рта и тканей пародонта при ХГ вируса В намного тяжелее, чем при ХГ вируса С.

Список литературы:

1. Salimov, O. A., Khusanova, S. A., Salimov, M., & Rahimjonov, A. R. (2022). Study of Factors Affecting the Quality of Raw Cotton During Storage and Processing. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF THEORETICAL & APPLIED SCIENCES*, 3(3), 40-46
2. АКБАРОВ, А., & ТОЛИПОВА, М. (2022). COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CERAMIC AND COMPOSITE VENEERS. Журнал "Медицина и инновации", (2), 191-204.
3. Khabilov, N. L., Mun, T. O., Salimov, O. R., & Shukrapov, A. B. Piyas Sh., Usmonov FK EXPERIENCE OF EXPERIMENTAL APPLICATION OF RATIONAL DESIGN OF DOMESTIC DENTAL IMPLANT. *Central Asian journal of medical and natural sciences* Volume, 2, 5-12.

НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID 19

Алимова Д.М., Фозилова Л.Г., Астанакулова М.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

stom_81@bk.ru

Актуальность. 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. 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 том числе и в пародонте, где начинает активно размножаться (Никифоров В.В., Суранова Т.Г.2020).

Коронавирус способен поражать слизистую оболочку полости рта, а также тканей пародонта. Последствия и осложнения после коронавируса встречаются у некоторых переболевших и имеют разную степень тяжести. Так, согласно данным ВОЗ, каждый десятый выздоровевший сообщает о сохранившихся симптомах коронавируса. Осложнения развиваются после тяжелой формы течения болезни, но могут появиться и после легкой.

Среди переболевших коронавирусом все чаще регистрируются пациенты, у которых после перенесенного недуга обострились хронические заболевания, появились проблемы в тканях пародонта и кровеносными сосудами, у которых в целом восстановление после болезни идет медленно.

При изучении микроциркуляторных характеристик хронического генерализованного пародонтита (ХГП) различной степени тяжести после перенесенного коронавирусной инфекции COVID-19 практически отсутствуют сведения о состоянии микроциркуляции в тканях пародонта и развитии расстройств микроциркуляции с увеличением тяжести ХГП. Коронавирус взаимодействует с клеточными рецепторами, вследствие чего поражаются эндотелий, клетки, выстилающие внутреннюю поверхность сосудов, в результате страдают кровеносные сосуды в деснах.

Цель исследования: оценка состояния микроциркуляции ткани пародонта у больных ХГП после перенесенного коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, выявление причин возникновения заболевания, характера его течения, частоты обострения, анализа ранее проводимого лечения. Больные были разделены на 2 группы: 1 опытную – 17 человек и 2 контрольную – 15 человек.

Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) осуществлялась с помощью лазерного флоуриметра ЛАКК-01 (НПП«Лазма», Россия). Оценку

достоверности различий результатов 2-х сравниваемых групп осуществляли по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. После перенесенного коронавирусной инфекции COVID-19 у больных с ХГП различной степени тяжести регистрировалась гиперемическая форма расстройства микроциркуляции, для которой характерен комплекс изменений, связанных с усилением притока крови в микроциркуляторное русло. Морфологически такая форма нарушений характеризуется увеличением числа функционирующих капилляров, увеличением их извитости, расширением микрососудов, повышением проницаемости сосудистой стенки.

При объективном исследовании по данным ЛДФ-метрии: показатели микроциркуляции (ПМ) были выше нормы, флакс снижен, ИФМ – снижен. При этом изучаемые показатели ЛДФ-метрии имели статистически значимые ($P < 0,05$) различия как с величиной контроля.

Степень нарушений прогрессивно увеличивалась от ХГП легкого и ХГП более тяжелого течения. Так, у больных ХГП легкого течения показатель ПМ был повышен относительно контроля на 20,73% ($P < 0,05$); при течении средней тяжести уже на 47,32% ($P < 0,01$); а при тяжелом течении – на 78,45% ($P < 0,01$); соответствующие снижения σ составили 21,43% ($P < 0,05$); 41,01% ($P < 0,05$) и 47,62% ($P < 0,01$); K_v , в %, соответственно 17,02% ($P < 0,01$); 52,34% ($P < 0,01$) и 65,10% ($P < 0,01$); и ИФМ – на 24,82% ($P < 0,01$); 51,84% ($P < 0,01$) и 62,04% ($P < 0,01$).

Можно предположить, что исходное состояние микроциркуляторного русла в тканях пародонта во многом определяет частоту и тяжесть ХГП, характер течения воспалительного процесса и прогноз заболевания.

Выводы. Развитие и течение ХГП после перенесенного COVID-19 сопровождается нарушениями микроциркуляции, имеющими гиперемическую форму в очаге поражения, и характеризующейся венозной гиперемией и венозным застоем в тканях пародонта. Тяжесть указанных нарушений синхронизирована с клиническим течением ХГП. После выздоровления всем переболевшим стоит пройти обследования у врача стоматолога, так можно вовремя выявить и предотвратить проблему.

Список литературы

1. Алимова Д. М., Фазылова Л. Г. Повышение эффективности лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом после перенесенного коронавирусной инфекцией COVID-19 //Высшая школа: научные исследования. – 2021. – С. 63-69.

2. Бекжанова О., Каюмова В. Клинические проявления COVID-19 в полости рта //Stomatologiya. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (82). – С. 60-64.
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А. Ю., Забозлаев Ф.Г. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. 2020;48. [Nikiforov V.V., Suranova T.G., Mironov A. Yu., Zabozlaev F.G. New coronavirus infection (COVID-19): etiology, epidemiology, clinic, diagnosis, treatment and prevention. 2020;48. (In Russ.; abstr. in Engl.)]. DOI 10.19163/1994-9480-2021-1(77)-110-115
4. Badran, Z., Gaudin, A., Struillou, X., Amador, G., & Soueidan, A. (2020). Periodontal pockets: A potential reservoir for SARS-CoV-2? Medical Hypotheses. 2020;143: 109907. <https://doi.org/10.1016/j>.
5. Kayumova V. R., Bekjanova O. Y. INDICATORS OF PERIODONTAL PATHOLOGY IN PATIENTS AFTER COVID-19. – 2022.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бекжанова О.Е., Алимова С.Х., Мустагизова Ф.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

sevara_36@mail.ru

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — состояние, характеризующееся развитием значимо беспокоящих пациента симптомов вследствие рефлюкса желудочного содержимого. ГЭРБ – одно из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, по частоте встречаемости соперничающее с язвенной и желчнокаменной болезнями. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что по своей частоте и распространенности ГЭРБ выходит на лидирующие позиции в ряду других гастроэнтерологических заболеваний.

Цель исследований: Изучить распространённость и интенсивность заболеваний пародонта у пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью.

В исследованиях приняли участие 291 больной с клинически диагностированной гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, 40 человек сопоставимого пола и возраста составили группу контроля.

При сборе анамнеза у всех больных учитывались такие факторы, как длительность течения, заболеваний пищевода и желудка, характер обострений, наличие привычных интоксикаций, клинические проявления заболеваний, результаты лечения и количество обострений. Группы пациентов,

включенных в исследование, были идентичны по возрасту, полу, тяжести заболеваний пищевода и желудка.

Результаты и обсуждения. Как показали результаты исследований больные ГЭРБ и лица контрольной группы предъявляли разнообразные жалобы, связанные с заболеваниями полости рта. Необходимо отметить, что частота жалоб, связанных с патологией полости рта была статистически значимо ($P \leq 0,05$) выше у больных с ГЭРБ.

Так $51,55 \pm 2,92\%$ пациентов с ГЭРБ жаловались на запах изо рта, частота встречаемости этой жалобы в группе сравнения составила $25,0 \pm 6,84\%$ ($P \leq 0,05$); соответствующие соотношения жалоб на кровоточивость десен составили $62,54 \pm 2,83\%$ против $20,0 \pm 6,32\%$ ($P \leq 0,05$); на боли и неприятные ощущения в деснах жаловались $67,01 \pm 2,92\%$ пациентов с ГЭРБ против $30,0 \pm 7,26\%$ ($P \leq 0,05$) в группе контроля; соответствующие соотношения ощущения кислого во рту составили $56,70 \pm 2,90\%$ против $5,0 \pm 3,45\%$ ($P \leq 0,05$); болей и жжения языка, чувство «ошпаренного» языка - $38,14 \pm 2,85\%$ против $7,50 \pm 4,16\%$ ($P \leq 0,05$) в группе контроля; соответствующие соотношения жалоб на гиперестезии и чувствительность зубов составили соответственно $34,70 \pm 2,79\%$ против $2,5 \pm 2,45\%$ ($P \leq 0,05$); жалобы на ощущение сухости во рту предъявляли $45,02 \pm 6,00\%$ больных с ГЭРБ против $15,0 \pm 6,85\%$ в группе контроля; соответствующее соотношение жалоб на появление заедов в углах рта составило $28,18 \pm 2,64\%$ против $7,50 \pm 4,16\%$ ($P \leq 0,05$); со слов $35,05 \pm 2,80\%$ больных ГЭРБ у них в полости рта имелись или появлялись афты в группе контроля жаловались на появление афт $15,00 \pm 5,65\%$ ($P \leq 0,05$) пациентов; у больных с ГЭРБ достоверно ($P \leq 0,05$) чаще обнаруживался налёт на языке $42,89 \pm 2,77\%$ против $7,5 \pm 4,16\%$ и изменения вкусовой чувствительности $35,05 \pm 2,80\%$ против $15,0 \pm 6,85\%$ ($P \leq 0,05$).

Широкий спектр жалоб больных с ГЭРБ обусловлен не только высокой распространенностью данной патологии среди населения, но и значительной частотой развития различных осложнений, сопровождающихся повреждением многих органов и систем организма

Такие изменения носят универсальный характер и связаны с существенными нарушениями в работе ряда неспецифических защитных систем организма, прежде всего иммунной и антиоксидантной, которые играют существенную роль в реализации протективных механизмов на клеточном и молекулярном уровнях. Именно эти механизмы определяют частоту встречаемости и тяжесть клинических проявлений ГЭРБ в полости рта.

Список литературы

1. Алимова, С. Х. Особенности заболеваний твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / С. Х. Алимова, О. Е. Бекжанова, В. Р. Каюмова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : Сборник научных статей X региональной научно - практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 09 октября 2020 года / Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2020. – С. 7-8. – EDN МЕВІРВ.

2. Akhmedkhanov I.A., Maev I.V., Lukina G.I. Features of salivation and the state of the oral cavity in patients with pathology of the organs of the esophagogastroduodenal zone. // Dentistry for all. - 2012.- No. 4.- P. 57-59.

3. Bekzhanova OE, Inogamov Sh.M. Features of dental care for patients with gastroesophageal reflux disease // "Stomatologiya" 2017 №1. P.69-73

4. ICD-DA: International Classification of Diseases, Dental Application, WHO, Geneva, 1995.

5. Jawed M, Shahid S.M., A. Rehman A. et al. Serum and salivary minerals in dental caries // J. Dow. University of Health Sciences. - 2009. - Vol. 3, no. 2. - P. 61–65

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБОВ

Нигматова Н.Р.¹, Магистр Рузиев Бехзодбек Дилшодбек угли².

Ташкентский государственный стоматологический институт

Андижанский государственный медицинский институт

Протезирование зубов – это бесценное изобретение, которое повлияло на качество жизни многих пациентов стоматологии. Ведь что такое протезирование? Это единственный возможный способ замещения утраченных зубов, которое восстанавливает целостность зубного ряда, а значит, возвращает людям жевательную функцию, комфорт и красивую улыбку. В современном протезировании зубов используются разные высокоэффективные методики, технологии, качественные безопасные материалы. С помощью современных ортопедических конструкций возможно восстановление зубного ряда при адентии любой сложности. Однако при определенных обстоятельствах после протезирования пациент может столкнуться с осложнениями. В этой статье мы поговорим о рисках в протезировании и о том, как их можно избежать.

Чаще всего после протезирования зубов проявляются такие проблемы:

- боль, ощущение дискомфорта во рту;
- раздражение слизистой, протезный стоматит;
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;

- гальванический синдром;
- пародонтит;
- расцементировка и дестабилизация несъемных ортопедических конструкций;
- повреждение, сколы облицовочного материала коронок, протезов;
- поломка несъемных протезов
- непереносимость материалов ортопедической конструкции.

Расскажем подробно о каждой проблеме.

Дискомфорт от протеза

Эта проблема может возникнуть вследствие ошибок при установке конструкции или в случае несоответствия зубного протеза размерам, форме челюсти.

Дискомфорт от ношения нового зубного протеза от нескольких дней до 2 недель – это нормальное явление. Если неприятные ощущения во рту не проходят на протяжении длительного времени, нужно обратиться к стоматологу-ортопеду для коррекции самой ортопедической конструкции или исправления ошибок установки.

Протезный стоматит

Протезный стоматит является следствием воспалительного процесса, который развивается в тканях десны под протезом.

Причиной воспаления может быть:

- неправильная фиксация, чрезмерное давление конструкции на десну, из-за чего в тканях нарушается кровообращение, появляются пролежни, образуются язвы, начинается некротический процесс
- сахарный диабет;
- продолжительный прием стероидных, некоторых антибактериальных препаратов;
- низкое качество гигиены полости рта.

В ответ на воспаление слизистой могут воспалиться лимфоузлы. Программа лечения протезного стоматита будет зависеть от его причин. При необходимости проводится коррекция установки протеза. В рамках профилактического лечения ключевой момент – это правильная тщательная гигиена. Дополнительно может проводиться санация полости рта антисептическими препаратами.

Нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава

Одним из самых неприятных и опасных осложнений после протезирования являются нарушения в работе височно-нижнечелюстных суставов. Зубочелюстной аппарат – это сложная система, в которой огромную роль

играет каждый зуб, лицевые мышцы и суставы. Любая проблема с зубами (смещение, утрата одного/нескольких зубов) повышает нагрузку на жевательные мышцы, что приводит к их быстрой усталости, появлению некомфортного напряжения во время жевания и при разговоре. В результате имеем усиление нагрузки на височно-нижнечелюстные суставы, дисфункцию суставов.

Не заметить патологические изменения невозможно, так как при дисфункции сустава у пациента появляются характерные симптомы: хрустит челюсть возле уха при открывании/закрывании рта, при жевании, челюсть болит и появляется ограничение движения (не получается широко открыть рот или возникает ограничение при движении челюсти в одну сторону). При дисфункции ВНЧС болезненные ощущения не ограничиваются только жевательным аппаратом. Пациенты жалуются, что болит половина лица, шея, часто болит голова. Человек постоянно чувствует себя уставшим.

Патологические процессы в ВНЧС становятся причиной развития других патологий:

- бруксизма (сильное смыкание зубов, скрежетание зубами во сне);
- сутулость (из-за постоянного напряжения жевательных мышц).

Гальванический синдром

Если в зубопротезной конструкции присутствует металл, очень важно, чтобы именно из этого металла были изготовлены все последующие протезы зубов. Дело в том, что разные металлы имеют разные электро-механические характеристики, что может привести к возникновению гальванических токов при контакте с электролитом (роль электролита в полости рта выполняет слюна).

Пародонтит (воспаление околозубных тканей)

Развитие пародонтита после протезирования чаще всего связано с неправильным формированием культи под протез (без уступа) и неправильным выбором ортопедической конструкции. В этом случае десна приобретает синюшный оттенок, начинает кровоточить, отекает, со временем начинается рецессия десневой ткани. Это, в свою очередь приводит к оголению неэстетичного серого края ортопедической конструкции, а также может иметь неприятные последствия для здоровья самого зуба, так как воспаление распространяется на все околозубные ткани, приводит к поражению и атрофии челюстной кости, потере зуба.

Отклеивание несъемной конструкции

Искусственные зубы фиксируются при помощи специальных стоматологических цемента. Качественный цемент обеспечивает надежность и

стабильность фиксации. Однако бывают случаи, когда коронка начинает шататься, что говорит о расцементировке или отклеивании ортоконструкции.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ.

Пулатова Б.Ж., Ачилова Н.Г.

Ташкентская медицинская академия

Пулатова Б.Ж. - доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ.

Ачилова Н.Г. - ассистент кафедры отоларингологии и стоматологии ТМА.

Пулатова Барно Журахоновна Ташкент, индекс 100090, Юнусабадский массив 8 квартал, дом 32, квартира 27. Адрес: Wonderland8540@gmail.com.

Ачилова Нодира Ганиевна город Ташкент, индекс 100100, Яккасарайский район дом Тошбулок дом 27А. Электронная почта: achilovanodira16@gmail.com.

Аннотация. Частое обращение пациентов пожилого возраста, особенно женщин, для устранения дефектов зубов с применением имплантатов делает эту проблему особенно актуальной, поскольку бессимптомное, малозаметное течение остеопороза может быть причиной осложнений при лечении с применением внутрикостных имплантатов.

Ключевые слова: остеопороз, системный остеопороз, дентальная имплантация, менопауза.

Введение: По данным Всемирной организации здравоохранения, одной из важнейших проблем общественного здравоохранения является остеопороз, занимающий четвертое место по значимости после сердечно-сосудистых заболеваний, рака и сахарного диабета (ВОЗ; 2018). В силу своей многогранности данная патология поражает врачей всех специальностей, а диагностика локальных проявлений системного остеопороза в костной ткани челюсти также является актуальной проблемой для стоматологии. Это связано в первую очередь с увеличением распространенности системного остеопороза, как в Европе, так и в Америке (Рожинская Л.Ю., 2017; Mulligan R., Sobel S., 2015). Установлено, что нарушение структуры и функции альвеолярного отростка при остеопорозе крайне негативно сказывается на состоянии пародонта (Поворознюк В.В. и др., 2013; Мухамеджанова Л.Р., 2015; Шторина

Г.Б. и др., 2015), из-за чего в сочетании с другими неблагоприятными факторами способствует ускоренной потере зубов. В последующем быстро прогрессирующая атрофия альвеолярных отростков челюстей значительно усложняет ортопедическое лечение внутрикостными дентальными имплантатами (Кулаков А.А. и др., 2013; Гулюк А.Г. и др., 2016).

Оценка исходного состояния костной ткани важна не только для установки имплантатов в соответствии с выбранным планом лечения, но и для прогнозирования результатов их остеоинтеграции (Becker W. et al., 2020; Chuang S. et al., 2012). До недавнего времени противопоказанием к имплантации были системные заболевания соединительной ткани (Иванов С.Ю. и соавт., 2013), хотя считается, что при остеопорозе также возможен остеоинтегрированный контакт поверхности разгруженного имплантата с окружающей костной тканью (Сорока И.Ф., 2016). Однако эффективность имплантации в таких случаях весьма сомнительна (Langer B. et al., 2013), так как снижение минеральной плотности кости и изменение ее метаболизма часто приводит к усилению процессов деструкции, что приводит к патологическому ремоделированию кости (Baxter B. et al., 2013). Дж., Фатторе Л., 2013).

Методы исследования: Для оценки результатов ортопедического лечения с применением дентальных имплантатов у пациентов с остеопорозом к нам были привлечены пациенты с очень низкой плотностью костной ткани (от 200 до 500 единиц по шкале Хаунсфилда) и остеопорозом челюстных костей различной степени тяжести на дооперационном этапе. по данным спиральной КТ. Из 60 пациентов, перенесших дентальные имплантации, нам удалось обследовать 53 пациента, которым в общей сложности было установлено 96 имплантов, при этом 7 человек не явились на обследование по тем или иным причинам.

Анализ результатов имплантации при различных типах архитектоники челюстной кости показал, что у пациентов с остеопорозом только 66% имплантатов сохраняли способность функционировать в сроки от 1,5 до 10 и более лет после операции внутрикостной имплантации, тогда как при нормальной архитектонике челюстной кости эффективность имплантата составила 95%.

Как правило, основной причиной распада было развитие воспаления вокруг имплантата (периимплантит) или возникновение подвижности имплантата без признаков воспаления. В дофункциональном периоде удалено 13% всех имплантатов, в том числе 6% по поводу периимплантита и 7% по поводу функциональной нестабильности без признаков воспаления. В

В раннем функциональном периоде удален 21% имплантатов, в том числе 12% из-за воспаления в окружающих тканях и 9% из-за функциональной нестабильности без признаков воспаления. Распад имплантатов чаще происходил на верхней челюсти (из общего числа потерянных имплантатов 58% были удалены именно на верхней челюсти).

Часто осложнения возникали из-за того, что имеющиеся противопоказания были сокрыты больным или недооценены врачом на предоперационном этапе. В ряде случаев из-за желания помочь пациенту операцию проводили при наличии явных противопоказаний к имплантации, несмотря на высокий риск распада имплантата.

Литература.

1. Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. *Stomatologiya*, 1(4(77)), 70–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>
2. Нигматов, Р., Нигматова, И., Кадыров, Ж., & Холмирзаев, Р. (2020). ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ. *Stomatologiya*, 1(2(79)), 59–63. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1163>
3. [Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus](#) IM Nigmatova, ZR Khodzhaeva, RN Nigmatov - Scientific and practical journal" *Stomatologiya*, 2018
4. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Акбаров К.С., Арипова Г.Э., Кадиров Ж.М. и др. «Анализ по Болтону» (ABolton.exe) -Болтон бўйича тахлил (ABolton.exe) //IE – 2023.
5. И. М. Нигматова., Р. Н. Нигматов. Ортодонтик аппаратлар.
6. Нигматова, И., Нигматов, Р., & Иногамова, Ф. (2018). Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями. *Stomatologiya*, 1(2(71)), 43–46. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1723>

РОЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОСВЯЩЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ

Арзикулова Муниса Шухрат кизи
munisaarzikulova43@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Одним из самых распространенных направлений в современной детской стоматологии является снижение стоматологических заболеваний среди детей и подростков. В сохранении здоровья зубов будущего поколения ведущую роль играют родители. Копирования поведения взрослых является неотъемлемой частью психологических особенностей детей. Образ жизни родителей, их привычки и навыки, стоматологические знания и показатели здоровья имеют прямую зависимость со стоматологическим статусом ребенка.

Цель исследования. Изучить стоматологическую просвещенность родителей, оценка взаимосвязи гигиенического статуса родителей и детей

Материалы и методы исследования Для решения поставленных задач методом анкетирования участвовали 60 родителей – матерей, обратившиеся за стоматологической помощью в областную специализированную детскую стоматологическую поликлинику города Самарканд. Для проведения анализа мы использовали опросник (анкету), содержащую 20 вопросов. Вопросы были направлены на оценку образования родителей, уровня знаний по гигиеническому уходу за полостью рта, качества ухода, участия родителей в гигиеническом уходе за полостью рта.

Результаты. По полученным данным анкет было выявлено, что большинство родителей чистят зубы своим детям после двух лет (64 и 55 % соответственно). Только часть родителей чистят зубы своим детям 2 раза в день и только 17,4 % делают это правильно. Больше половины опрошенных убеждены, что посещать первый раз стоматолога нужно только при разрушении зубов (40%) или в случае появления боли (36,6%). В питании большинства детей включены сладости и продукты, богатые углеводом (хлеб – булочные изделия).

Выводы. В результате анкетирования было выявлено недостаточная просвещенность родителей в вопросах гигиены полости рта их детей. Следовательно, необходимо повысить уровень знания родителей по правилам ухода за полостью рта их детей путем проведения лекций и бесед с врачами – стоматологами

Список литературы:

1. Аврамова, О. Г. Клинические аспекты профилактики основных стоматологических заболеваний с использованием фторидосодержащих зубных паст / О. Г. Аврамова // Стоматология для всех. — 2005; №7. — С. 50-53.

2. Адмакин, О.И. Протокол гигиенического ухода за полостью рта детей с применением зубной пасты, содержащей бромелаин / О.И. Адмакин // Фарматека.—2014.—№ 3.—С.24—26.

3. Алиев, З.У. Современные проблемы гигиенического состояния полости рта // European research.—2016.—№ 4.—С.145—146.

4. Анализ стоматологической заболеваемости 12 и 15-летних подростков Нижнего Новгородда за период 2003-2013 гг. / С.Ю. Косюга, Г.В. Кривулина, Т.С. Балабина, Е.И. Смирнова // Dental Forum.—2014.—№ 4.— С.57—58.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В КАРАКАЛПАКСТАНЕ.

Артикбаев М.Б., Махкамов М.Э. – врачи РДММЦ. г. Нукус.

Ережепов Б.Б. – ассистент кафедры стоматологии КМИ

В последние десятилетия отмечена тенденция к возрастанию частоты этого порока, как и в целом врожденных пороков развития, что связывается с повышенным влиянием токсических веществ на организм, в связи с интенсивным развитием промышленности, в частности химической. В Республике Каракалпакстан в регионах с химической промышленностью на сегодняшний день рождаемость детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба выше среднестатистической по стране. В этиологическом аспекте врожденные расщелины верхней губы и неба относятся к мультифакторной патологии, в которой могут иметь значение различные эндогенные, экзогенные, а также генетически обусловленные факторы.

Ключевые слова: статистические показатели рождения, врожденные пороки лица, врожденные расщелины губы и неба.

По данным Амануллаева Р.А. (2009) показатель рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба по Оренбуржью составляет 1 на 700-850 новорожденных (1). Частота рождения детей с врождённым пороком в Узбекистане увеличилась с 1:1230 в 1995гдо 1:745 в 2003 году (1, 8, 11, 16, 19).

Клинико-эпидемиологическая характеристика врождённых пороков развития челюстно-лицевой области на территории Каракалпакстана и города Нукуса и подлежащего района показала, что распространённость данной патологии примерно такая же, как и по другим регионам Приаралья. В тоже время представленные данные требуют уточнения и определения зон с

различной частотой рождения детей с врожденной патологией, изучения этнического, экологического, возрастного и других факторов риска (1, 6, 14, 20).

Анализ литературы по данному разделу свидетельствует о вариабельности статистических данных, которая, по-видимому, зависит от методов регистрации врожденных расщелин, детской смертности, географического положения, социальных условий, уровня медицинской помощи в различных регионах Приаралья (1, 5, 10, 12, 13, 18).

Сведения о распространённости врожденных расщелин губы и неба, по мнению специалистов необходимы для медико-статистического анализа, выявления факторов, приводящих к их развитию, оценки эффективности профилактики; планирования объема специализированной помощи (2, 3, 4, 7, 9, 15, 17).

Изучая литературные данные, мы определили, что, по настоящего времени, нет обоснования современных методов диагностики, и сроков выполнения этапов комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Каракалпакских условиях так как отсутствует специализированный центр диспансеризации. Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования:

Изучить частоту распространённости врождённых расщелин губы и неба и обосновать необходимость создания в условиях специализированного центра Каракалпакстана.

Задача исследования:

Изучить частоту и оценить факторы риска рождения детей с врождённой расщелиной верхней губы, и неба на территории Республики Каракалпакстана.

Район	Всего родившихся живыми					Количество детей с ВЧДП					Итого
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	
г. Нукус	2983	2910	2905	2896	2796	3	4	3	4	3	1,18/1000
Нукусский	2964	2656	2651	2642	2542	3	4	3	4	3	1,3/1000
Амударья	2745	2612	2607	2598	2498	2	2	2	3	2	0,8/1000
Беруний	2654	2664	2659	2648	2602	3	2	3	4	4	1,2/1000
Бузатау	1623	1543	1538	1529	1509	3	3	5	5	3	2,5/1000
Кегейли	2586	2592	2587	2578	2508	2	2	2	2	2	0,8/1000
Караузьяк	2154	2170	2165	2156	2126	3	3	3	4	3	1,5/1000
Кунград	2658	2589	2584	2575	2529	5	4	4	5	6	1,9/1000
Канликуль	1688	1602	1597	1588	1562	1	3	2	2	2	1,24/1000
Муйнак	1257	1212	1207	1198	1156	2	2	4	5	4	2,82/1000
Тахтакупир	2259	2189	2184	2175	2129	4	5	5	6	5	2,28/1000
Турткуль	2673	2584	2579	2570	2535	3	3	2	3	1	0,92/1000
Ходжели	2896	2574	2569	2560	2518	2	3	1	2	2	0,76/1000
Тахиаташ	2987	2542	2537	2528	2486	2	2	2	3	3	0,91/1000
Чимбай	2359	2018	2013	2011	2114	2	2	2	3	3	1,14/1000
Шуманай	2562	2047	2042	2026	2036	3	3	2	3	3	1,3/1000
Элликкала	2297	1882	1877	1880	1710	3	2	2	3	3	1,4/1000
Всего	38352	38386	38306	38158	37356	46	49	47	61	51	1/750

Согласно статистическим данным за исследуемые годы (2017-2021) в Каракалпакстане родилось 190558 детей. Из них - 254 человек с врожденной патологией челюстно-лицевой области в том числе:

- 66 – односторонняя сквозная расщелина губы и неба
- 22 - двусторонняя сквозная расщелина губы и неба
- 100 – изолированная расщелина губы (ИГ)
- 64 – изолированная неба (ИН)
- 2 – атипичная расщелина лица (АРЛ)

Таблица 1

Динамика частоты рождения детей с патологией челюстно-лицевой

Год	Всего детей, родившихся живыми	Количество детей с ВЧЛП	Количество детей с ВРГН				
			ИГ	ИН	односторонней	двусторонней	АРЛ
2017	38352	46	15	18	11	4	
2018	38386	49	18	12	13	4	1
2019	38306	47	26	9	11	4	1
2020	38158	61	21	13	16	5	
2021	37356	51	20	12	15	5	
Всего	190558	254	100	64	66	22	2

области и с врожденной расщелиной верхней губы и неба с 2017г. по 2021 г.

Проведённый сравнительный анализ динамики частоты рождения детей с врожденной патологией лица в течение 5 лет свидетельствовал об отсутствии тенденции к увеличению этого показателя. Наименьший показатель был зарегистрирован в 2017 г., в 2020 г. Показатель частоты рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба на 1000 новорожденных за исследуемые годы (2017-2021г.г.) варьировал от $0,76 \pm 0,5$ в 2017 г. до $2,82 \pm 0,23$ в 2021 г. ($p < 0,001$). Частота расщелин лица за анализируемый период составляла в среднем 1:750. Результаты распределения районов Каракалпакстана по частоте рождения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение новорожденных с челюстно-лицевой патологией в районах Каракалпакстана за 2017г. - 2021г.

К административным районам с самой низкой частотой рождения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области можно было отнести район Ходжайли (0,76 на 1000 новорожденных), в районах Амударьинской - и Кегейли (0,8 на 1000 новорожденных). Данные районы относились к типично сельским, в которых имеет место минимальное производственные загрязнение.

К административным районам с высокой частотой рождения детей с врожденной патологией лица относили: Муйнак (2,82/1000), Бузатау (2,5/1000), Кунград (1,9/1000), где показатели значительно превышали средний по республике.

Тяжесть порока развития лица определяется не только внешней обезображенностью, выраженными функциональными нарушениями, социальной ущербностью ребенка в дошкольном и школьном коллективах, конфликтной напряжённостью и негативным психологическим фоном в семье, но и тем, что наличие расщелины обуславливает ряд соматических расстройств, приводящих к нарушению роста и развития детского организма.

Проблема реабилитации детей с врождёнными расщелинами неба многогранна и сложна. Конечной целью реабилитационных мероприятий является восстановление функции артикуляционного аппарата и формирование правильной речи у детей.

Основным способом лечения таких детей является хирургическое устранение дефекта неба - уранопластика. Однако в большинстве случаев оперативное лечение, восстанавливая целостность нёбно-глоточного затвора, не всегда обеспечивает достаточного его функционирования, что обуславливает затруднение нормального питания и различные дефекты речи.

Тяжесть указанной патологии у детей, неудовлетворительное качество жизни, трудность полноценной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба обосновывает необходимость проведения научного поиска, направленного на совершенствование методов профилактики и реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Развитие специализированной помощи детям с врожденной патологией их семьям на всех этапах развития общества, в самых сложных социально-экономических условиях должно оставаться важнейшей задачей отечественного здравоохранения. Единственно правильным является комплексный подход к их лечению в условиях специализированных центров в диспансерном регламенте, с использованием всех высокотехнологичных методов обследования и реконструктивно-хирургического лечения.

Основной задачей центра считают обеспечение планомерного поэтапного лечения больных с врожденной расщелиной губы и неба на весь период диспансерного наблюдения.

Эффективность работы центра диспансеризации можно оценить только в том случае, если имеется чёткая программа лечебных мероприятий, исходя из условий конкретного региона.

К составлению каждым центром чёткой программы помощи больным детям обязывает многоэтапность лечения у специалистов, различная последовательность и сроки их проведения.

Информационно-компьютерные технологии в здравоохранении послужит основой для формирования новых подходов к работе. Показано, что информационное компьютерное пространство является новой технологией медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

По мнению большинства специалистов, в настоящее время необходимо создавать и внедрять автоматизированные информационные системы, что позволит пользователю иметь полноценные данные о пациенте. При этом значительно упрощается аналитико-статистическая работа, появляются новые возможности сопоставления данных, построения прогнозов, моделирования деятельности с целью поиска оптимальных решений.



Рис.1. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Каракалпакстане.

В Каракалпакстане не выработаны единые критерии и методы оценки результатов лечения и не проводились работы по сравнению результатов реабилитации детей с данной патологией. Внедрение единой системы оценки результатов, при помощи которой открываются возможности интеграции в общеевропейскую систему стандартизации результатов лечения, является весьма актуальной задачей детской челюстно-лицевой хирургии.

Одним из приоритетных направлений отечественной медицины в настоящее время также является информатизация (компьютеризация) здравоохранения страны на всех уровнях.

До настоящего времени в нашей стране не существовало компьютерных программных комплексов для Центров реабилитации детей с врожденной расщелиной лица и стационарных учреждений, где оказывается помощь детям с пороками развития челюстно-лицевой области. Не имеется также разработанных и обязательных для центров реабилитации учётных и отчётных

документов, позволяющих сравнивать результаты реабилитации пациентов между Центрами.

Выводы

Показатель частоты рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба за исследуемый период (2017г. - 2021г.) составил 1,33%. Среди административных районов Каракалпакстана показатель частоты рождения детей с расщелиной верхней губы и неба варьировал от 0,13%, в промышленных районах до 0,18% ($p < 0,001$) в типично сельских районах с минимальным антропогенным загрязнением. Внедрение информационно - компьютерной поддержки позволяет оперативно использовать и развивать накопленный опыт и знания в области лечения детей с ВРГН как на практике так и в учебно-педагогическом процессе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана /Р.А. Амануллаев // Материалы 2 научно-практической конференции: Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М. МГМСУ, 2006: - С. 14-15.
2. Анурова А.Е., Елизарова В.М., Щеголева В.Д. Клинические параллели стоматологического здоровья ребенка с расщелиной губы и неба и его матери // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. — М. МГМСУ, 2009. — С.22-24.
3. Блохина С.И., Леонов А.Г., Ершова О.Ю. и др. Специализированная диспансеризация детей с врожденной- патологией челюстно-лицевой области модели и эффекты. //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. - М. МГМСУ, 2009. - С. 50-53.
4. Гунько В.И. Достижения и проблемы медицинской реабилитации больных с врожденными и приобретенными зубочелюстными деформациями /В.И Гунько// Стоматология детского . возраста и профилактика, 2003. — № 1-2. С. 28-30
5. Давлетшин Н.А. Организация комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы. //Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии». — Уфа, 2009. С. 213-214
6. Кондратов С.П. Популяционные исследования расщелин губы и неба в Башкирской АССР: Дисс. .канд. мед. наук. - М., 1989. - 133 с.

7. Косырева Т.М. Опыт работы Самарского областного центра реабилитации детей и подростков с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области / Т.М: Косырева; В.Г. Ковалев, А.Н. Карпов; Л.Г. Юматова, А.С. Серегин // Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей актуальные вопросы комплексного лечения. — М. МГМСУ, 2002. — С. 140-143.

8. Останин А.В. Современный протокол лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы, и. неба в условиях диспансерного наблюдения на примере Владимирской области /А.В.Останин // Материалы 2 научно-практической конференции Врожденная и наследственная, патология головы, шеи и лица у детей актуальные вопросы комплексного лечения. – М. МГМСУ, 2006. - С.136-137.

9. Токарев П.В., Егорова А.Б., Маяков О.А. Эпидемиологический анализ заболеваемости у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области на территории Республики Татарстан - // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 282-285.

10. Тутуева Т.А. Специализированная медико-генетическая служба и профилактика врожденных, расщелин лица в системе комплексной реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией и их семей /Е.Ю. Тутуева, Ю.А. Шоничева, А.Ю.Суркин // Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей актуальные вопросы комплексного лечения. - М: МГМСУ, 2002. - С.235-237.

11. Фоменко И.В., Филимонова Е.В., Дмитриенко С.В., Касаткина АЛ. Эффективность лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в условиях Волгоградского областного центра диспансеризации // Врожденная: и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного» лечения. — М.: МГМСУ, 2009. - С. 313-315.

12. Цыплакова М.С. Наш опыт медико-социальной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба /М.С. Цыплакова, Ю.В.Степанова, Е.А.Пономарева, М.Б. Трушко, Э.С. Керод, М.А.Белянцева //Материалы 2 научно-практической конференции: Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М: МГМСУ, 2006. - С. 176-178.

13. Юлдашев ИМ., Тыналиев У.А., Керимкулов З.А., ЮлдашеваД.Т. Частота рождения детей с врожденной патологией верхней губы и неба на севере Кыргызской республики. //Врожденная и наследственная патология

ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ: — М.: МГМСУ, 2009. - С. 356-357.

14. Aminpour S., Tollefson T.T. Recent advances in presurgical molding in cleft lip and palate. //Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg., 2008. - Aug. 16(4) - P. 339-346.

15. Chevrier C., Bahuaui M., Perret C., Iovannisci D.M. Genetic susceptibilities in the association between maternal exposure to tobacco smoke and the risk of nonsyndromic oral cleft. //Am. J. Med. Genet., 2008. — Sep. 146A (18): P. 2396-2406.

16. Gonzalez B.S., Lopez M.L., Rico M.A., Garduno F. Oral clefts a retrospective study of prevalence and predisposal factors in the State of Mexico// Ji Oral; Seit, 20081-Jun - 50(2) -P: 123-129.

17. Li Z., Ren A., Liu J., Zhang L., Ye R., Li S., Li Z. High prevalence of orofacial clefts in Shanxi Province in northern China, 2003-2004. //Am. J. Med. Genet. - 2008/ - Oct.- 146A (20): - P. 2637-2643.

18. Lie R.T., Wilcox A.J., Taylor J., Gjessing U.K., Saugstad O.D., Aabyholm F., Vindenes H. Maternal smoking' and; oral clefts: the: role; of detoxification pathway genes: // Epidemiology. - 2008. - Jul. 19(4): - P. 606-615

19. Mladina R., Skitarelic N., Vukovic K., Subaric Ml, Caric T., Orihovac Z. Unilateral cleft lip-palate children: the incidence of type 6 septal deformities in their parents.// J. Cranio-maxillo-fac. Surg. - 2008. - Sep. - 36(6): - P. 335-340.

20. Onah I.I., Opara K.O., Olaitan P.B., Ogbonnaya I.S. Cleft lip. and palate repair: the experience from two West African sub-regional centres. // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. - 2008. - Aug. 61(8): - P. 879-882.

ODONTOPREPARATSIYA TUSHUNCHASI

Ahmadov Inomjon Nizomitdin o'g'li

Turakulov Otabek Murodullayevich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

inomjonahmadov1994@gmail.com

Odontopreparatsiya deganda tishning qattiq to'qimalarini har xil turdagi ortopedik tuzilmalar yordamida keyinchalik tiklash uchun eng qulay sharoitlarni yaratish maqsadida charxlash yoki shakl berish jarayoni tushuniladi.

Tishlarning qattiq to'qimalarini charxlash xususiyatlari va tamoyillari:

1. Tishlarni charxlash interval bilan amalga oshiriladi

2. Ishchi qismining turli shakldagi, uzunlikdagi va abrazivlik darajasidagi, olmos va karbid borlari yordamida amalga oshiriladi.

3. *Charxlash turbina dastagi orqali havo-suv bilan sovutilishi ostida amalga oshiriladi.*

4. Sog'lom tish to'qimalarini maksimal darajada saqlab qolish printsipti qo'llaniladi

5. Tish to'qimalarini charxlashda ehtiyotkorlik printsipti qo'llaniladi

6. Tishning qattiq to'qimalarini olib tashlash qalinligi nazorat qilish qo'llaniladi (*Silikon shablon yordamida tishning qattiq to'qimalarini olib tashlashni nazorat qilish*)

7. Yumshoq va qattiq to'qimalarning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun og'iz bo'shlig'iga kiritilgandan so'ng borli *turbina dastagi* yoqiladi va olishdan oldin o'chiriladi.

Odontopreparatsiyaning asosiy tamoyillari ko'p yillar davomida o'zgarishsiz qoladi va minimal o'zgarishlarga duchor bo'lib, qo'shimchalar va yaxshilanishlarni oladi.

Tayanch tishini charxlash ortoped-tish shifokori tomonidan amalga oshiriladigan eng muhim manipulyatsiyalardan biri bo'lib, u to'g'ri qolip olish va ortopedik strukturaning aniqligini tminlashi kerak.

Charxlash qoidalari va vazifalari:

1. Tayyorgarlik jarayonida ortopedik stomatologning asosiy vazifasi funktsional va estetik jihatdan yuqori sifatli konstruksiyani ishlab chiqarish uchun yetarli va oqilona hajmdagi tish yoki tish to'qimalarini olib tashlash (charxlash) hisoblanadi.

2. Barcha manipulyatsiyalar bemor uchun og'riqsiz bo'lishi kerak.

3. Charxlash tish va uning atrofidagi to'qimalar uchun minimal travmatik bo'lishi kerak.

4. Aseptik va antiseptik choralarga ehtiyotkorlik bilan rioya qilish kerak

5. Vital tishlarni charxlash uchun zarur bo'lgan anatomik bilim

6. Ish paytida bemorning ahvolini diqqat bilan kuzatib borish, kerak bo'lganda tanaffuslar qilish kerak.

Ortopedik tuzilmalar, xususan, sun'iy qoplamalar uchun tishlarni tayyorlash bir necha bosqichlarni o'z ichiga oladi.

Sun'iy toj uchun tish charxlash bosqichlari:

1. Anesteziya

2. Proksimal aloqa yuzalarini charxlash

3. Chaynash yuzasini (yoki kesuvchi chetini) charxlash

4. Og'iz va vestibulyar tomondan tayyorlash

5. Milk retraksiyasi

6. To'siq shakllantirish

7. Tugatish, silliqdash

Литература

1. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
2. Shavkatovich O. R., Nizomitdin A. I. EFFECTIVENESS OF THE USE OF OSTEOPLASTIC MATERIAL" STIMUL-OSS" IN SAMARKAND //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 612-617.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ.

Ахметов Тимур Фаритович, Хабибуллина Камила Рустемовна

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

timur.akhmetov.f@rambler.ru

Введение: чаще всего опухолеподобные поражения костей, в частности челюстных, протекают бессимптомно, поэтому многие пациенты не знают о наличии у них образований челюстных костей и обнаруживают их случайно при обращении за стоматологической помощью в результате проведения рентгенологических методов исследования. Однако рентгенологическая картина не позволяет точно определить разновидность новообразований. В частности, аневризмальная костная киста не имеет характерных симптомов и характерной рентгенологической картины, встречается редко. Представляет собой доброкачественное образование, характеризующееся наличием в кости аневризмально расширенных сосудистых пространств. В связи с этим в таких случаях очень важно проведение адекватной биопсии и тщательное морфологическое исследование материала для установления точного диагноза.

Описание клинического случая: Больная П., в возрасте 8 лет 11 месяцев, поступила в экстренном порядке в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» г. Уфа, РБ 21.09.2017г. по направлению из ГБУЗ РБ Клиническая Больница №1 г. Стерлитамак, РБ с жалобами на наличие новообразования в области тела и угла нижней челюсти и кровотечения из десны на нижней челюсти справа.

Из анамнеза болезни: 15.09.17г. началось кровотечение из десны в области 4.6 зуба, ранее были незначительные кровянистые выделения. Обратились 18.09.17г. к стоматологу в г. Стерлитамак, где был удален 4.6 зуб, кровотечение

не прекращалось, в связи с этим госпитализированы в Клиническую Больницу № 1 г. Стерлитамака, в 21.30 выезд и консультация зав. отд. ЧЛХ РДКБ Давлетшиным Н.А., рекомендовано - ангиографическая окклюзия нижнеальвеолярной артерии. После ангиографической окклюзии справа и тампонады лунки кровотечение было остановлено.

В г. Стерлитамак, после удаления зуба и появления кровотечения из лунки 4.6 зуба была проведена ортопантограмма, на которой было выявлено наличие костной полости тела нижней челюсти справа размером 2х3 см.

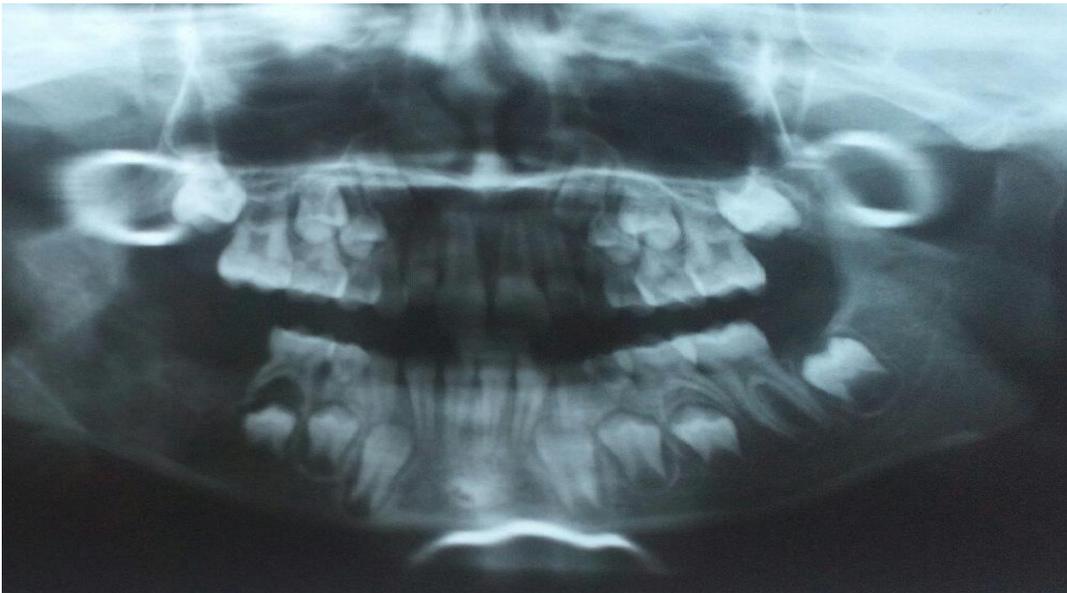


Рис. 1 ОПТГ: наличие костной полости тела нижней челюсти справа

Объективно - Состояние средней тяжести. Т-36,6°С, ЧСС-87, ЧДД-25, АД-100/60.

Status localis: Слизистая оболочка переходной складки в области 4.6 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. Из лунки 4.6 зуба кровотечения на момент осмотра нет. Лунка удаленного 4.6 зуба затампонирована фибрилляром.

Диагноз: Новообразование тела и ветви нижней челюсти справа.

Сопутствующий диагноз - Аспирационная пневмония, возникшая в результате аспирации крови, вследствие обильного кровотечения из лунки 4.6 зуба. Анемия постгемморрагическая, возникшая в результате потери большого количества крови вследствие обильного кровотечения из лунки 4.6 зуба.

Ребенок госпитализируется в связи с необходимостью планового оперативного лечения и врачебного наблюдения.

22.09.2017г. было проведение КТ-исследование нижней челюсти.

Протокол исследования:

На серии КТ-томограмм лицевого черепа - получены изображения исследуемых структур. Тело нижней челюсти справа несколько вздуто в поперечнике до 16,5 мм (слева 14,5), постоперационная полость в проекции 6-го зуба нижней челюсти справа 10x 11 мм. Канал нижней челюсти справа на уровне ветви и тела нижней челюсти на уровне 4.7, 4.6. 4.5 зубов выполнен содержимым до +36 +41 сд.Н, кортикальная пластинка по медиальной поверхности неравномерно истончена, канал нижней челюсти расширен до 8.6 мм, слева до 3,4 мм; лунка зачатка 4.7 зуба с нечеткими, прерывистыми контурами; кортикальная пластинка нижней челюсти по наружной поверхности - несколько порозна. На остальном протяжении костные структуры прослеживаются обычно, без остеодеструктивных изменений. Прилежащие мягкие ткани прослеживаются обычно, сопоставимы с обеих сторон. В проекции нижнеальвеолярной артерии справа повторяющее ее ход - инородное тело плотностью до 80 ед. Н (состояние после окклюзии нижнеальвеолярной артерии справа).

Заключение: состояние после удаления 4.6 зуба, состояние после оперативного лечения. Не исключено артериовенозная мальформация ветви и тела нижней челюсти справа.

22.09.17г. вследствие появления клиники артериального кровотечения из лунки 4.6 зуба была проведена экстренная операция - ревизия и тампонада лунки 4.6 зуба с окончательной остановкой кровотечения из лунки 4.6 зуба.

Учитывая недостаточно эффективную эмболизацию ветвей верхнечелюстной и лицевой артерии справа, проведенную 18.09.17г. в ГБУЗ РБ Клиническая Больница №1 г. Стерлитамак, и повторившееся кровотечение из лунки 4.6 зуба вследствие наличия кровоснабжения новообразования с противоположной стороны, на консилиуме в РДКБ г.Уфа было вынесено решение по проведению повторной эмболизации ветвей верхнечелюстной и лицевой артерии с обеих сторон, повторно в условиях ГБУЗ РКЦ, 24.09.17г.. по жизненным показаниям.

24.09.17г. в условиях ГБУЗ РКЦ была проведена операция: ангиография наружной сонной артерии с двух сторон (брюшной отдел аорты), ангиография (почечные), закрытие артериального доступа устройством Starclose и эндоваскулярная эмболизация сосудов микроэмболами наружных сонных артерий с обеих сторон.

Протокол операции: под местной анестезией раствором новокаина 0,25% после обработки операционного поля раствором хлоргексидина, пунктирована по

Сельдингеру правая бедренная артерия, в которую установлен интродьюсер 6F. В правую наружную сонную артерию установлен проводниковый катетер. При контрастировании определяется высоковазуляризованное образование нижней челюсти справа, кровоснабжающееся из а. facialis. А. maxillaris эмболизирована ранее и не контрастируется. Выполнена селективная эмболизация а. facialis. Через 15 минут отмечается стаз контраста и его заброс в дистальные отделы (эффективная эмболизация).

Катетер и интродьюсер удалены. Давящая асептическая повязка. Рекомендации в раннем послеоперационном периоде даны. Осложнений нет.



Рис.2 Процесс проведения селективной эмболизации a.facialis

Рис.3 Стаз контраста и его заброс в дистальные отделы (эффективная эмболизация). Учитывая наличие новообразования тела и ветви нижней челюсти справа неясной этиологии и неоднократное кровотечение из него была показана операция: биопсия и ревизия кистозного новообразования тела и ветви нижней челюсти справа. 27.09.17г. под интубационным наркозом после удаления окружного шва была проведена расширенная экспресс-биопсия кистозного образования нижней челюсти справа с гистологическим исследованием по cito, в результате которого было выявлено, что в материале морфологическая картина соответствует картине аневризмальной костной кисты. После чего было проведено удаление аневризмальной костной кисты блоком в пределах здоровой ткани с последующим гистологическим исследованием, в результате которого была подтверждена аневризмальная костная киста.

Выводы:

- 1.Рекомендовано при обследовании пациентов с подвижностью ограниченной группы зубов (1 или 2) максимально использовать дополнительные методы исследования (ОПТГ, КТ).
- 2.Наличие фибриллара и других гемостатических препаратов (в виде гемостатической губки) является необходимым условием при оказании хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях.
- 3.В данном клиническом случае использование уходящего в историю окружного проволочного шва позволило остановить кровотечение, тем самым помогло избежать летального исхода.
- 4.Метод эндоваскулярной эмболизации сосудов в г. Уфа в отделении челюстно-лицевой хирургии был применен впервые и показал себя как высокоэффективный метод профилактики артериальных кровотечений, в результате чего данный метод может быть рекомендован с целью борьбы с угрозой кровотечения в челюстно-лицевой

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

Ашел Ержан Нурланулы, Омарова Балнур Адилбеккызы

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави

erzhanashel@gmail.com

Кариес — хронический, медленно протекающий патологический процесс в твёрдых тканях зуба; возникает в результате активной деятельности бактериальной биопленки на поверхности зуба, которая со временем подвергается воздействию ферментируемых углеводных субстратов, что приводит к деминерализации и образованию кариозной полости.

Здоровье ротовой полости и зубов - неотъемлемая часть хорошего общего состояния здоровья организма, а кариес зубов является наиболее распространенным хроническим инфекционным заболеванием в детском возрасте. По данным ВОЗ, статистика показывает, что показатель распространённости кариеса зубов у детей по всему миру находится в пределах от 60% до 90%, показатель у взрослых же почти 100% [1].

Распространённость кариеса у детей в таких странах, как Финляндия, Швеция и Великобритания не признана острой проблемой, так как показатели составляют от 1 % до 32 % [2]. В странах восточной Европы распространённость кариеса среди детей доходит до 56% [3], на Ближнем востоке показатель 22%-61%[4], странах Африки 38%-45% [5]. А вот в странах Азии проблема кариеса стоит остро, показатели от 36% и достигают даже 85% [6]. Согласно исследованиям самые высокие показатели распространённости кариеса среди детей приходится на возраст от двух до пяти лет[7].

В нашей республике Казахстан показатель распространённости кариеса детей колеблется от 59% до 99%. По областям, в Атырауской области - 99.66%, в Восточно-Казахстанской – 92.3%, Южно-Казахстанской – 98%, Западно-Казахстанской – 59%, Актюбинской – 90.1%, Карагандинской – 97.6%, Жамбылской – 98.7%, Павлодарской – 98.6%, Костанайской – 98%, Кзылординской – 93%, Акмолинской – 99.8%, в Северо-Казахстанской области – 96%, Мангистауской – 99%, городе Алматы 89%, в Астане – 90%, Алматинской области 71% [8].

Результаты обследования двадцати семи тысяч детей, показывают: у трехлетних детей поражены зубы кариесом в количестве от трех до четырех зубов; у каждого второго шестилетнего ребенка при смене зубов прорезываются постоянные зубы на которых уже есть кариес; распространённость кариеса среди детей двенадцати лет достигает 60-80%; до наступления пятнадцати лет кариес выявляют у 90% детей и практически у большинства обнаружены признаки заболеваний пародонта — кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальные карманы.

Кариес и его осложнения, поздняя санация полости рта, отсутствие лечения, запущенное воспаление напрямую влияют на качество жизни детей,

приводят к стрессу и психологической декомпенсации ребенка, возможности обострения хронических заболеваний и социальному нарушению развития ребёнка. Раннее удаление зубов и их потеря приводит к нарушению окклюзии, эстетики внешнего вида ребёнка, задержка развития речи, повышению риска развития дефектов. Позднее лечение кариеса и его осложнений детей, отсутствие санации полости рта можно отнести к халатному отношению родителей к детям и неисполнению своих родительских обязанностей.

В нашем государстве не в полном объеме проводятся уроки гигиены и просветительская работа по профилактике кариеса. На становление кариеса воздействуют легкоусвояемые продукты с высоким содержанием углеводов, газированные соки и напитки с высоким содержанием сахара, неполная выработка правильных навыков гигиены полости рта.

Такой метод профилактики кариеса, как фторирование молока, является одним из наиболее эффективных средств профилактики кариеса зубов среди детей, и в странах зарубежья были созданы схемы, базирующиеся на внедрении этого метода в программы здравоохранения и питания среди детей школьного возраста. На территории нашего государства данный метод еще не был внедрен. Также, в современном мире число населения, снабжаемых искусственно фторированной водой, оценивается в триста семьдесят миллионов человек. Использование такого средства профилактики кариеса, как фторированная вода снижает уровень кариеса на 35% у детей с молочными зубами и на 26% в постоянном прикусе у детей.

На основании данных, которые были приведены ранее, можно выдвинуть следующие рекомендации для более качественного оказания стоматологических услуг детям: в комплексное обследование ротовой полости детей и лечение есть необходимость подключить анкетирование детей и родителей по вопросам гигиены полости рта и методам чистки зубов, обязательную оценку уровня гигиены полости рта до и после приема врача стоматолога, обучение детей под контролем индивидуальной гигиене полости рта, а также микробиологическое исследование полости; для слежения за гигиеническими и микробиологическими факторами при лечении рекомендуется организация специальных кабинетов гигиены полости рта и кабинета первичного осмотра на уровне стоматологической поликлиники; с целью профилактики кариеса зубов во время лечения целесообразно не менее одного раза в полгода организовать обязательное посещение кабинета гигиены полости рта.

Таким образом, кариес зубов детей является многофакторной социально острой проблемой здравоохранения. Решение данной проблемы выходит

далеко за рамки стоматологического кабинета. В снижении распространённости кариеса большую роль играют не только лишь стоматологи, но и врачи других профилей и другие специалисты, заинтересованные в здоровье подрастающего поколения, и, прежде всего, родители, обучающие детей навыкам гигиены полости рта, занимающиеся профилактикой заболеваний и здоровьем своих детей, которые приводят ребёнка на осмотр к стоматологу. Профилактика кариеса зубов у детей должна быть ведущим направлением здравоохранения в области детской стоматологии, многоуровневой системой профилактических мер, которые включают не только профессиональные навыки медицинских работников лечащих кариес, но и постоянное улучшение качества общественной культуры и компетентности родителей к формированию у детей гигиенических навыков. Необходим обоснованный и разработанный специализированный подход в формировании программы профилактики кариеса у детей с особым государственным статусом и приоритетным финансированием.

Лишь только общими стараниями на основе единственной государственной общественной профилактической программы есть возможность понизить риск развития кариеса и его заболеваемости, обеспечив детям здоровую улыбку и заслуживающее качество жизни.

Список литературы

1. Кнайст С., Маслак Е., Царе Р., Берзина С., Скривеле С., Терехова Т., Шаковец Н., Вагнер М., В. де Мура-Зибер, Р. де Мура, А. Борутта, Арженовская Е. Социальные факторы, влияющие на развитие раннего детского кариеса: результаты исследования в пяти странах // Социология медицины. – 2012. – № 1 (20). – С. 41-45.
2. Hakan Çolak, Çoruh T. Dülgergil, Mehmet Dalli, and Mehmet Mustafa Hamidi. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments // J Nat Sci Biol Med. – 2013. – № 4 (1). – P. 29-38.
3. Szatko F., Wierzbicka M., Dybizbanska E., Struzycka I., Iwanicka-Frankowska E. Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge // Community Dent Health. – 2004. – № 21. – P. 175-180.
4. Reich E. Prevention of tooth decay today // New Dentistry. – 2011. – № 6 (178). – P. 6-15.
5. Kiwanuka S.N., Astrom A.N , Trovik T.A. Dental caries experience and its relationship to social and behavioral factors among 3-5-year-old children in Uganda // Int J Pediatric Dent. – 2004. - № 14. – P. 336–346.

6. Tsai A.I., Chen C.Y., Li L.A., Hsiang C.L., Hsu K.H. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan // Community Dent Oral Epidemiol. – 2006. – № 34. – P. 437-445.

7. Berkowitz R.J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: A microbiologic perspective. J. of Canad. Dent. Assoc. – 2003. – Vol. 69, № 5. – P. 304-307.

8. С.С. Есембаева, К.Е. Сабитова, Б.З. Курманғалиев. Данные по стоматологическим заболеваниям в рк за 2012 г.// Вестник КазНМУ. - 2014 г. - №2(4). – С.203-205.

INDICATORS OF ORAL FLUID METABOLISM IN THE POSTCOID PERIOD IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Bekjanova O.Ye., Babadjanova N.

Tashkent State Dental Institute

bekjanovaolga@mail.ru

Suffered COVID -19 is an important feedback mechanism acting on the person and has a negative impact on all parts of the body's homeostasis, forming an adverse toxic background, the consequence of which is the deterioration of systemic health. A characteristic feature of the existing and suffered COVID -19 in children is an increase in the severity and prevalence of dental pathology, including inflammatory periodontal pathology.

The evaluation of the integral indexes of the metabolism of the oral liquid that characterize the state of the organism in response to the local and internal influences can be the basis for the increase of the efficiency of the dental care for the pathology of the oral tissues after the experienced COVID-19. And salivary albumin content is a marker of the severity of the inflammatory process.

Materials and methods: Two groups of children aged 7-12 years with gingivitis were examined: 43 children who had had COVID-19 - 19. 47 children who had not had COVID-19 and 45 children with healthy periodontium constituted the control group. The severity and prevalence of periodontal pathology were determined on the basis of WHO methods, 5th edition (2013 clinical parameters, establishing the extent of gingival bleeding). In whole unstimulated saliva, albumin level, sorption and detoxification capacity of albumin, endogenous intoxication severity indices and the level of middle mass molecules 254 m 280 were studied by fluorescence method.

Results. Statistically reliable increase of albumin, MSM 254 and MSM280 concentration, decrease of sorption and detoxication activity of albumin in the mixed

saliva and increase of the studied indexes with increase of gingival inflammation extent were proved.

The negative effect of COVID -19 on the detoxification and sorption activity of albumin in the post-COVID period was significantly higher compared with children who did not have COVID-19. The data obtained testify to the negative effect of COVID-19 on the severity of gingival inflammation and determine the need for targeted therapy of periodontal pathology in this contingent.

The results of the examination showed a significant increase ($P \leq 0.05$) in the salivary albumin level in all children with gingivitis relative to controls (healthy periodontium). The total albumin concentration (TAC) in saliva in healthy children (control group) was $332.44 \pm 16.21 \mu\text{g/ml}$ versus $460.21 \pm 20.02 \mu\text{g/ml}$ ($P \leq 0.001$) in children with gingivitis without COVID -19 and $670.21 \pm 30.85 \mu\text{g/ml}$ ($P \leq 0.001$) in children in the postcovid period. Children with gingivitis showed a significant decrease in effective concentration (ECA) and albumin sorption capacity (SSA), significantly more significant in those with COVID-19. Thus, in children with gingivitis who had not had COVID-19, the ECA was reduced by 14.89% ($P \leq 0.05$); and in those who had had COVID-19, it was even more significant, by 27.06% ($P \leq 0.05$); the corresponding reduction in SSA, was 39.39% ($P \leq 0.001$) and 69.95% ($P \leq 0.001$).

Conclusion. Decrease of functional activity of albumin, its sorption and detoxication abilities reflects the degree of endotoxemia, which is a pathogenetic mechanism of systemic and local endogenous intoxication at pathology of various genesis, including periodontal diseases.

References

1. Bekjanova O.E., Kayumova V.R. Influence of coronoviral infection on the development of dental pathology //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 13.
2. Bekjanova O. Y., Kayumova V. R. INDICATORS OF CARIES INTENSITY IN PATIENTS WHO UNDERWENT COVID-19. – 2022.
3. Kayumova V. R., Bekjanova O. Y. INDICATORS OF PERIODONTAL PATHOLOGY IN PATIENTS AFTER COVID-19. – 2022.
4. Xu H, Zhong L, Deng J, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 2020; 12(1): 8.
5. Xu R, Cui B, Duan X, et al. Saliva: potential diagnostic value and transmission of 2019-nCoV. *Int J Oral Sci.* 2020; 12: 11.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Бахтеева А.С., Павлова А.О., Проскурякова А.С.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
abhtva@mail.ru

Актуальность. Компьютерная томография - современное медицинское рентгенологическое исследование позволяющее получить рентгеновское изображение внутренних органов. Верхняя и нижняя челюсти изучаются с помощью компьютерной томографии для определения патологических процессов. Во врачебной практике нередко были случаи, когда при проведении КТ совершенно случайно находили кисты, полипы, хотя никаких жалоб у пациентов не было. КТ демонстрирует все скрытые нюансы. Это и ширина, высота челюстей, расположение нижнечелюстного канала, наличие ретенированных и дистопированных зубов и актуальное состояние пазух – все то, что может оказать влияние на здоровье пациента.

Цель работы: определить стоматологический статус пациентов различных возрастных групп по данным конусно-лучевой компьютерной томографии.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы компьютерные томограммы (конусно-лучевая компьютерная томография) пациентов, обратившихся для консультации в стоматологическую клинику г. Саратова. Всего было исследовано 65 пациентов, из них женщин было 39 человек (60%), мужчин – 26 человек (40%). Все пациенты были разделены на возрастные группы по ВОЗ. Пациенты старческого возраста и долгожители в исследовании не участвовали.

Необходимо отметить, что компьютерная томография выполнялась пациентам, обратившимся в клинику с какой-либо проблемой полости рта, чаще всего с отсутствием зубов. Поэтому в разных возрастных группах процент поражения твердых тканей зуба, отсутствия зубов, поражения костной ткани мы получили выше, чем в среднем у населения. В то же время компьютерная томография позволяет выявить многие патологические процессы, которые не могут быть определены стоматологом только лишь при осмотре полости рта (например, при осмотре может определяться пломба, а на компьютерной томограмме будет диагностирована картина, которая соответствует периодонтиту).

Результаты. В группе молодого возраста были проанализированы томограммы 34 пациентов. При этом кариесом было поражено 5 зубов, пломбами покрыто 120 зубов, наиболее часто пломбы локализовались на вторых молярах (27,5%), на втором месте первые моляры (20,8%), наиболее редко – боковые резцы (4,2%). Пародонтит был диагностирован в 97 случаях, наиболее часто поражались первые моляры (27,8%), на втором месте – вторые премоляры (19,6%), наиболее редко – клыки (5,2%). Пародонтитом были поражены 13 зубов, при этом распределение по групповой принадлежности зубов было равномерным. Дистопированные и ретенированные зубы встретились в 37 случаях, наиболее часто ретенции и дистопии были подвержены третьи моляры (86,5%). Коронками были покрыты 67 зубов, наиболее часто – первые моляры (22,4%) и вторые премоляры (20,9%), наиболее редко – центральные резцы (3%). Всего отсутствовало 230 зубов. Наиболее часто отсутствовали третьи моляры (30,4%), на втором месте – первые моляры (21,7%), наиболее редко – клыки (3,5%). Имплантаты были ранее установлены в 5 случаях.

В среднюю возрастную группу вошли 25 пациентов. При этом кариесом было поражено 2 зуба, пломбами покрыто 54 зубов, наиболее часто пломбы локализовались на первых премолярах (24,1%), на втором месте вторые моляры (20,4%), наиболее редко – третьи моляры (3,7%). Пародонтит диагностирован в 61 случае, наиболее часто поражались вторые премоляры (24,6%), на втором месте – вторые моляры (19,7%), наиболее редко – центральные резцы (4,9%). Пародонтитом поражены 11 зубов, при этом распределение по групповой принадлежности зубов было равномерным. Дистопированные и ретенированные зубы встретились в 10 случаях, наиболее часто ретенции и дистопии были подвержены третьи моляры (90%). Коронками были покрыты 116 зубов, наиболее часто – клыки (17,2%) на втором и третьем месте – боковые и центральные резцы (по 15,5%), наиболее редко – третьи моляры (1,7%). Отсутствовало 292 зуба. Наиболее часто отсутствовали третьи моляры (24%), на втором месте – первые моляры (20,2%), наиболее редко – клыки и центральные резцы (по 3,8%). Имплантаты были ранее установлены в 11 случаях.

В группе пожилого возраста было обследовано 6 пациентов. Поражение зубов кариесом и пародонтитом составило по 16,7 %, пародонтитом была поражена половина зубов пациентов этой группы. Пломбами было покрыто 5 зубов. Коронками 18 зубов, наиболее часто коронки локализовались в области клыков (33,3%), моляры в данной группе пациентов не были покрыты

коронками. Дистопия и ретенция зубов наблюдались в 3 случаях. Имплантаты ранее были установлены в 4 случаях. Отсутствовали зубы в 132 случаях. Наиболее часто отсутствовали моляры (52,3%), наиболее редко – боковые и центральные резцы (по 7,6%).

Обсуждение. Анализ распределения по возрастным группам показал, что наибольшее количество пациент вошло в группу молодого и среднего возраста (34 и 25 пациентов, соответственно). Это связано с тем, что пациентам пожилого и старческого возраста, из-за наличия противопоказаний, сопутствующей патологии, финансовых затруднений проводились альтернативные дентальной имплантации методы протезирования, которые не требуют проведение компьютерной томографии.

Обращают на себя внимание увеличение с возрастом в среднем количества отсутствующих зубов на одного пациента. В молодом возрасте в среднем у одного пациента отсутствуют 7 зубов, в средней возрастной группе – 12 зубов, в пожилом возрасте – 22 зуба.

Встречаемость поражения твердых тканей зубов по данным компьютерной томографии не велика. Так кариесом поражены в группе молодого возраста всего 5 зубов, в среднем возрасте – 2 зуба, в пожилом – 1 зуб, что составляет менее одного зуба в среднем на человека. Связано это с тем, что пациенты направлялись на компьютерную томографию, как правило, после санации полости рта, и кариес на томограммах был обнаружен только в труднодоступных для осмотра местах. В группе молодого возраста у каждого пациента ранее были установлены пломбы на 4 зубах, в среднем возрасте - на 2, в старческом возрасте - на 1. Пародонтитом в среднем были поражены 3 зуба у каждого пациента молодого возраста, 2 зуба – среднего возраста, 1- пожилого возраста. Таким образом, различия были статистически не значительны. Снижение количества зубов с пломбами и пораженных пародонтитом связано с уменьшением количества зубов.

Поражение зубов заболеваниями пародонта было незначительным (менее 1 зуба на пациента молодого и среднего возраста), в пожилом возрасте – не обнаружено, так как подвижные зубы были удалены. Искусственные коронки фиксированы в среднем на 2 зубах каждого пациента молодого возраста, на 5 зубах – в группе среднего возраста, на 3 зубах – в группе пожилого возраста. Наличие дистопированных и ретенированных зубов с возрастом уменьшилось в 2 раза, что объясняется тем, что к пожилому возрасту эти зубы уже удалены.

Подсчет имплантатов на томограммах показал наличие менее одного имплантата на человека. Связано это с тем, что многим пациентам еще предстояла дентальная имплантация.

При сравнении КЛКТ и проведения ортопантомографии и дентальных (прицельных) рентгенограмм и имеются следующие особенности: при томографии обеих челюстей визуализируется костная ткань и зубы обеих челюстей, верхнечелюстные пазухи, височно-нижнечелюстные суставы с обеих сторон; на прицельном снимке определяются от 2 до 4 зубов и прилежащая к ним костная ткань; на панорамном снимке видны все зубы, обе челюсти, височно-нижнечелюстные суставы (в верхнечелюстных пазухах можно определить только инородные тела и кисты челюстей, оттесняющие и прорастающие в пазуху, признаки, характерные для синуситов, не определяются). Таким образом, чтобы рентгенологически обследовать все зубы обеих челюстей нужно выполнить от 8 до 10 дентальных снимков. Лучевая нагрузка при проведении одной внутриротовой рентгенограммы около 10 мкЗв, ортопантомографии – около 20 мкЗв, КЛКТ – около 80 мкЗв. (соответственно, если сделать 8-10 дентальных снимков, то нагрузка может достигать до 100 мЗв). Лучевая нагрузка при проведении ортопантомографии меньше, но при этом мы видим плоскостное изображение, одни структуры накладываются на другие, более рентгеноконтрастные изображения не дают визуализировать анатомические и патологические образования, инородные тела (то же характерно и для дентальных снимков), для ортопантомографии характерна плохая визуализация зубов фронтального отдела. Компьютерная томография позволяет оценить зубочелюстную систему трехмерно, «увидеть» соотношение различных образований между собой (например, корни третьего моляра и нижнечелюстной канал), спланировать дентальную имплантацию, диагностировать патологические процессы (например, при пародонтите будут видны костные карманы не только с апроксимальных сторон, но и с вестибулярной и оральной).

Выводы. В настоящий момент, в практике стоматолога нельзя исключать использование дентальных рентгеновских снимков и ортопантомограмм, так как это более дешевый и доступный метод диагностики, что особенно важно в терапевтической стоматологии, когда прицельные рентгенограммы используются в качестве контроля. Но в то же время компьютерная томография расширяет возможности диагностики, планировании лечения и является “рентгенологическим паспортом”, позволяющим одномоментно визуализировать всю зубочелюстную систему. Таким образом, компьютерная

томография является современным доступным методом исследования, которая в дополнении осмотра ротовой полости может помочь в диагностике многих заболеваний, а иногда и впервые их выявить.

Список использованной литературы.

1. Высота тела нижней челюсти по данным компьютерной томографии / Г. Р. Бахтеева, А. О. Павлова, А. Б. Агеев [и др.] // Морфология. – 2019. – Т. 155, № 2. – С. 36.
2. Микляев С.В. Возможности применения компьютерной томографии в стоматологии / С. В. Микляев, О. М. Леонова, Е. С. Вашковская // Молодой ученый. — 2018. — № 7 (193). — С. 113-116.
3. Архипов В.А. Эффективность современных методов рентгенологического обследования в условиях стоматологической поликлиники / В.А. Архипов, В.Д. Архипов, С.И. Вырмаскин, В.В. Афанасьев // Самара: Самарский научный центр Российской академии наук, том 16. - 2014. — 1366 с.
4. Наумович С.С. Конусно-лучевая компьютерная томография: современные возможности и перспективы применения в стоматологии / С. С. Наумович, С. А. Наумович // Современная стоматология. – 2012. - № 2 - С. 31-37.
5. Al-Ekrish A.A. Dentomaxillofac. Radiol. / Al-Ekrish A.A., Ekram M. – 2011. – Vol.40. – P.67–75.
6. International Commission on Radiological Protection (ICRP). Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 103 // Ann. ICRP. – 2008. – Vol.37. – P.2- 4.

ANALYSIS OF SOME ASPECTS OF MEDICAL CARE DEFECTS IN TREATMENT OF FRACTURES OF THE LOWER JAW

**Bekmuratov Lukmon Rustamovich , Shamsiddinov Fayoz Fazliddinovich,
Yusupova Sitara Sanjarovna**

Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

lukmonbekmuratov_90@mail.ru

Introduction. Fractures of the mandible (mandible) account for 60-80.8% in the structure of traumatic injuries of the facial skull. According to the literature, there is a steady trend towards an increase in their frequency next to an increase in the frequency of severe fragmentation, multiple fractures and combined injuries.

The purpose of the study. To study the frequency, nature and causes of defects in medical care during surgical treatment of HPV and to determine possible directions for their prevention and improvement of the quality of dental care.

Materials and methods of research. The medical documents of 72 patients with HPV of various localization were examined, 127 osteosynthesis operations were performed in medical institutions of Samarkand and the Samarkand region for the period from 2012 to 2017, who were treated by medical institutions for complications or unsatisfactory treatment results.

Results. Men (83%) of the most able-bodied age prevailed - from 20 to 50 years (82.5%). The main etiological factor of PNH was household trauma (in 76% of cases). Other causes of their occurrence were transport (in 17%), sports (in 2%), industrial (in 3%) injury, as well as gunshot wound (in 1%) and iatrogenic injuries (in 1%). Unilateral fractures were detected in 35 (43%) patients, bilateral and double fractures - in 39 (48%), triple and fragmentary fractures - in 7 (9%). PNH was combined with traumatic brain injury in 29.3% of the victims, fractures of other bones of the facial skull - in 10%, fractures of the bones of the trunk and limbs - in 10%, facial wounds - in 8.5%, damage to other organs and systems - in 7%. In 6% of the victims, severe combined trauma was noted, accompanied by traumatic shock of varying severity.

Conclusions: The main mistakes were: incorrect determination of indications and contraindications for osteosynthesis; inaccurate reposition of fragments during surgery, unreliable fixation of fragments, lack of sufficient stability; unjustified increase in invasiveness of intervention, incorrect tactics with respect to teeth located in the fracture line; the appointment of an inadequate load regime on the dental system after surgery. The most common error was insufficient stability of fixation of fragments, it was admitted in 26% of observations and was the main prerequisite for the occurrence of secondary displacement, slowing down the consolidation and formation of false joints, infection attachment, loosening and displacement of fixing screws, and required the removal of fixing elements in the distant post-traumatic period.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНОГО
ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
АППАРАТА TWIN-BLOCK**

Н.М. Билял

Ташкентский Государственный
Стоматологический Институт

Актуальность. Дистальный прикус возникает в результате нарушения взаимоотношения верхней и нижней челюстей, верхней и нижней зубных дуг в сагиттальном направлении. Дистальный прикус — самая распространённая аномалия прикуса среди населения земного шара. В Узбекистане эта аномалия встречается у 15% населения. Согласно теории «Funksional Matriks», иногда костные и мягкие ткани не имеют достаточного потенциала для роста, в этом случае возникает необходимость функциональной стимуляции. Роль функциостимулятора могут выполнять активаторы. С помощью активаторов изменяется сагиттальное положение челюсти — и лечится дистальный прикус [1, 5]. Основная точка влияния активатора — височно-нижнечелюстной сустав. При воздействии активатора происходит расширение челюсти в вертикальном направлении, что способствует изменению расположения суставной головки в суставной ямке, её смещению вниз и вперёд. За счёт образующегося напряжения в волокнах между суставной головкой и суставной ямкой происходит стимулирование эндохондрального окостенения суставных хрящей, возникают адаптивные форменные изменения суставной головки и ямки. Образование новой кости приводит к тому, что челюсть сдвигается вперёд. Активатор, изменяя местоположение челюстной кости, обеспечивает соответствующий мышечный баланс [5, 6]. При лечении дистального прикуса следует учитывать тип мальокклюзии, строение лица, состояние зубных дуг, потенциал индивидуального роста и мотивацию пациента.

Изучение особенностей формирования дистального прикуса у детей и усовершенствование методов ортодонтического лечения позволяют исправить возникающие при этой аномалии анатомические, функциональные и эстетические дефекты. В формировании дистального прикуса большую роль играют аномалии зубов и скелета. Для оценки взаимосвязи соотношения между верхней и нижней челюстями нужно правильно оценивать результаты цефалометрических измерений, а для оценки окклюзии — соотношения между верхними и нижними большими коренными зубами. Формирование дистального прикуса скелетного происхождения происходит за счёт протрузии верхней и ретрузии нижней челюсти, однако наиболее часто встречается ретрузия нижней челюсти [1–3]. Лечение аномалий дистального прикуса выполняют двумя способами: смещением зубов и ортопедией лица. Во время лечения смещением зубов ликвидируется скученность зубов, верхние зубы смещаются назад, нижние зубы вперёд, таким образом происходит корректировка окклюзии. Во время ортодонтического лечения используют как внутриротовые, так и внеротовые аппараты. Под влиянием комбинации внутриротовых и внеротовых аппаратов происходит замедление развития

верхней челюсти вперёд, остановка мезиально-вертикального развития верхних зубов, ускорение горизонтального развития нижней челюсти, создаются условия для вертикального и мезиального развития нижних зубов, формирования височно-челюстного сустава и адаптации мышц к новым условиям [4–5]. Ортопедия лица — это лечение внесением изменений в развитие и строение костей верхней и нижней челюстей, в процессе которого замедляется развитие верхней челюсти вперёд и вниз, а развитие нижней челюсти ускоряется в переднем направлении [1, 3]. Идеальным методом лечения дистального прикуса в подростковом периоде служит стимулирование развития челюстной кости. С этой целью используют различные функциональные аппараты [3, 4].

Цель. Изучение эффективности лечения патологии дистального прикуса с использованием модифицированного аппарата Twin-Block.

Материал и методы. Были исследованы 60 пациентов, у которых выявлен дистальный прикус скелетного происхождения. Из них 41 пациент, получающих ортодонтическое лечение, составили основную группу, а 19 пациент, не получивших лечение, вошли в контрольную группу. Возраст пациентов составлял 10–14 лет (средний возраст 11 лет), продолжительность лечения — 1,5–2 года (в среднем $1,71 \pm 0,42$ года). Для оценки изменений в гнатической системе у больных до и после лечения проводили цефалометрический анализ, а в контрольной группе цефалометрическое исследование осуществляли с перерывом 1,5 года. В группе лечения использовали модифицированный аппарат Твин-Блок. В отличие от обычного в рекомендуемом аппарате наклонные плоскости направлены назад и под углом 60° . Целью является создание препятствия скольжению назад. Во время применения этого аппарата пациент, открывая и закрывая рот, выдвигает челюсть вперёд больше, чем при вынужденной окклюзии. При отделении друг от друга нижних и верхних наклонных акриловых плоскостей челюсть, скользя по кривой плоскости аппарата, переходит в состояние вынужденной окклюзии. Положение вынужденной окклюзии — фиксирование челюсти на 3–4 мм сзади от максимального переднего положения при условии открытия рта на 4–5 мм. В этом аппарате нет необходимости учитывать положение относительно физиологического спокойствия и высоту прикуса, поскольку соприкосновение акриловых плоскостей, направленных назад в аппарате для нижней челюсти и направленных вперёд в аппарате для верхней челюсти, препятствует открытию челюсти и возвращению назад. В случае серьёзных аномалий дистального прикуса во время дополнительной активации углы устройства с 60° доводятся до 90° . Это изменение обеспечивает размещение челюсти в переднем

направлении. Для определения изменений, вносимых активатором систему, был проведён анализ 41 цефалометрических параметров с помощью программы MARIRTA-C и осуществлён статистический анализ.

Угол SNA, указывающий сагиттальное положение верхней челюсти, в группе лечения составлял $81,48 \pm 1,12^\circ$, затем $82,23 \pm 1,91^\circ$. Угол увеличился на $1,04 \pm 1,21^\circ$ ($p < 0,01$). Рост угла указывает на изменение позиции верхней челюсти.

Были обнаружены доказательства смещения нижней челюсти вперёд. Угол SNB увеличился до $87,2 \pm 2,14^\circ$ ($p < 0,001$). Во время лечения с применением модифицированного аппарата Twin-Block SNB приблизился к норме (80°). Это важный положительный результат при лечении дистального прикуса.

Угол ANB, указывающий сагиттальное соотношение верхней и нижней челюстей, уменьшился на $2,76 \pm 0,667^\circ$, а размер WITS уменьшился на $2,75 \pm 0,90$ мм и дошёл до нормального уровня ($p < 0,001$). Статистически достоверна разница в длине верхней челюстной кости (ANS–PNS= $2,66 \pm 1,07$ мм) и нижней челюстной кости (Co–Gn= $3,57 \pm 1,77$ мм).

Расстояние overjet уменьшилось на $3,56 \pm 1,41$ мм, а расстояние overbite, уменьшившись на $0,46 \pm 0,87$ мм, нормализовалось. Основным критерием ортодонтического лечения дистального прикуса служит сокращение расстояния overjet. Было отмечено смещение назад на $1,67 \pm 1,90$ мм верхней губы, на $1,07 \pm 3,15$ мм — нижней губы. Вертикальное расстояние между губами, уменьшившись на $1,53 \pm 2,05$ мм, было нормализовано.

В контрольной группе, не получавшей лечения, угол SNA составлял $95,38 \pm 3,50^\circ$ во время первого обследования и $86,74 \pm 3,27^\circ$ во время второго. Изменение угла не является статистически достоверным. Изменение угла SNA было обусловлено физиологическим ростом верхней челюсти.

При первом обследовании угол SNB составлял $66,00 \pm 2,83^\circ$, а через 2 года — $76,91 \pm 3,56^\circ$. Небольшое увеличение угла указывает на незначительное увеличение нижней челюсти вперёд. Было выявлено уменьшение угла ANB, указывающего сагиттальное соотношение между верхней и нижней челюстями, до $0,23 \pm 1,39^\circ$, а в размере WITS — на $0,17 \pm 2,49$ мм, и эти изменения были статистически недостоверными ($p=0,433$ и $p=0,665$ соответственно).

В результате физиологического роста и развития увеличилась длина верхней челюсти (ANS–PNS) и нижнечелюстной кости (Co–Gn) ($p < 0,01$). Угол SN/GoGn, указывающий вертикальное соотношение, был уменьшен на $1,54 \pm 2,03^\circ$, угол Okl/SN — на $1,68 \pm 2,04^\circ$, а гониальный угол — на $2,38 \pm 2,51^\circ$ ($p < 0,01$). В результате вертикального роста лицевых костей размер N–ANS увеличился на $2,18 \pm 2,57$ мм, ANS–Me — на $3,34 \pm 2,31$ мм, а N–Me — на

5,12±4,16 мм ($p < 0,01$). Изменение в наклоне верхних резцов (0,95±2,02 мм) не является статистически достоверным ($p=0,071$). Протрузия нижних резцов составила 1,92±2,55° ($p < 0,01$). Было отмечено уменьшение расстояния overjet на 0,25±1,33 мм и overbite на 0,72±1,74 мм. Поскольку в контрольной группе не проводилось ортодонтическое лечение, статистически недостоверные изменения возникли в результате физиологических процессов формирования окклюзии.

Длина верхней челюстной кости (ANS– PNS) была увеличена на 2,66±1,07 мм в основной группе, а физиологический рост в контрольной группе составил 2,26±2,3 мм. Нижняя челюстная кость была увеличена на 3,57±1,77 мм в основной группе и на 4,22±2,58 мм в контрольной. Одинаковые изменения длины челюстных костей в обеих группах, то есть с использованием активатора и без него, указывают на то обстоятельство, что аппарат не увеличивает рост костей. Во время лечения дистального прикуса активатором происходит вертикальный рост нижнезадней дентальвеолярной области, побочным эффектом становится увеличение высоты лица. В нашем исследовании в основной группе высота лица увеличилась на 3,18±0,96 мм, в контрольной группе — на 2,18±2,57 мм. Небольшая разница в показателях высоты лица в основной группе и группе контроля указывает на устранение побочного эффекта модифицированным твинблоком.

При использовании модифицированного аппарата Твин-Блок в лечении пациентов с дистальным прикусом можно, перемещая нижнюю челюсть вперёд, нормализовать сагиттальные соотношения между верхней и нижней челюстями, а также исправить overjet, не увеличивая высоту лица. Применение модифицированного аппарата твинблок позволяет нормализовать сагиттальную окклюзию и улучшить протрузию верхних резцов и верхней губы.

Результаты и обсуждение. Во время лечения с применением модифицированного аппарата Twin-Block на цефалометрическом анализе было рассмотрено изменение угла SNB, который приблизился к норме (80°). Это важный положительный результат при лечении дистального прикуса. Угол ANB, указывающий сагиттальное соотношение верхней и нижней челюстей, и размер WITS уменьшились и дошли до нормального уровня. Расстояние overjet нормализовалось за счёт ретрузии верхних резцов и выдвижения нижней челюсти вперёд у пациентов основной группы. В этой группе из-за изменений в мягких тканях восстановился эстетический и гармоничный внешний вид в профиль губ и подбородка. В случае относительного физиологического покоя губы в открытом положении благодаря модифицированному Twin-Block приблизились и обеспечили эстетический оптимум лица.

Заключение. При использовании модифицированного аппарата твинблок в лечении пациентов с дистальным прикусом верхней и нижней челюстями, а также исправить overjet, не увеличивая высоту лица; применение модифицированного можно, перемещая нижнюю челюсть вперёд, нормализовать сагиттальные соотношения между верхней и нижней челюстями, а также исправить overjet, не увеличивая высоту лица; применение модифицированного аппарата Twin-Block позволяет нормализовать сагиттальную окклюзию и улучшить протрузию верхних резцов и верхней губы.

Литература/References

1. Гараев З.И., Алиева Р.К., Новрузов З.Х. Ортодонтия. Учебное пособие. Баку: TimePrint. 2015; 272 с. [Garaev Z.I., Alieva R.K., Novruzov Z.Kh. Ortodontiya. Uchebnoe posobie. (Orthodontics. Study guide.) Baku: TimePrint. 2015; 272 p. (In Azerb.)]
2. Жармагамбетова А.Г., Тулеутаева С.Т., Мухтарова К.С. и др. Лечение дистального прикуса у детей. Стоматология. 2016; 95 (3): 49–51. [Zharmagambetova A.G., Tuleutaeva S.T., Mukhtarova K.S. et al. Treatment of distoclusion in children. Stomatologiya. 2016; 95 (3): 49–51. (In Russ.)] DOI: 10.17116/stomat201695349-51.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Лечение зубочелюстнолицевых аномалий по методу Френкеля. М.: МИА. 2011. 104 с.
4. Mahadevia S.M., Assudani N.P., Gowda K., Joshipura A.J. Twin-Star: Adding a new dimension for treatment of class II noncompliant patients. APOS Trends Orthod. 2014; 4: 21–25. DOI: 10.4103/2321-1407.125746.
5. Janson G., Caffer D.C., Henriques J.F.C. et al. Stability of class II, division 1 treatment with the headgear-activator combination followed by the edgewise appliance. Angle Orthod. 2004; 74: 594–604.
6. Fujita T., Hayashi H., Shirakura M. et al. Regeneration of condyle with a functional appliance. J. Dent. Res. 2013;

ЭКСПРЕССИЯ CD3 И CD20 ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРИОДОНТА

Богомолова Анастасия Александровна, Казеко Людмила

Анатольевна, Летковская Татьяна Анатольевна,

Белорусский государственный медицинский университет

bogomusiya@gmail.com

Периодонтальная инфекция является наиболее распространенной в человеческой популяции, что связано с постоянной микробной обсемененностью периодонта. Воспаление периодонта развиваются вследствие дисбаланса резистентности макроорганизма и патогенности микроорганизмов, что ведет к нарушению функции зуба и его последующей утрате. Среди множества форм периодонтитов все чаще встречаются агрессивные, быстро прогрессирующие формы. Они развиваются у соматически здоровых молодых людей и ведут к утрате большого количества зубов при несвоевременной диагностике и лечении. Цель нашей работы – определить характер экспрессии CD3+ и CD20+ клеток при различных формах патологии периодонта.

Нами было исследовано 96 биоптатов десны на маркер CD20 и 69 – на маркер CD3, полученных от пациентов с патологией периодонта. Все пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу вошли пациенты с быстро прогрессирующим периодонтитом, во вторую – с хроническим простым периодонтитом, в третью – с хроническим сложным периодонтитом, в группу контроля – с хроническим простым маргинальным гингивитом (ХПМГ). Далее проводилось иммуногистохимическое исследование на серийных парафиновых срезах с использованием моноклональных антител к CD3 и CD20. Для морфометрического анализа выполняли сканирование препаратов с применением цифрового слайд-сканера MoticEasyScan с последующим программным анализом экспрессии маркера в материале ткани десны с использованием AperioImageScope v.12.4.0.5043.

Наибольшая экспрессия маркеров Т-лимфоцитов наблюдается при быстро прогрессирующем периодонтите и при хроническом сложном периодонтите. Наибольшая экспрессия маркеров В-лимфоцитов выявляется при хроническом простом и хроническом сложном периодонтитах. Полученные данные свидетельствуют о большем вкладе клеточного иммунного ответа в течение быстро прогрессирующих форм периодонтитов. Гуморальный иммунный ответ играет большую роль в патогенезе хронических форм периодонтитов. На основании результатов исследования возможна разработка методов ранней диагностики различных форм периодонтитов. Это позволит обнаруживать патологию на ранней стадии, дифференцировать ее от других форм воспалительных заболеваний периодонтитов и повышать шансы успешного лечения и реабилитации таких пациентов.

Список литературы

1. Казеко, Л. А. Быстропрогрессирующий периодонтит: подходы к лечению. Часть 1 / Л. А. Казеко // Современная стоматология. – 2015. - №4. – С. 10-13.

КОВИД-19 БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮЗ ЖАҒ СОХАСИНИНГ ЙИРИНГЛИ НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ КЛИНИК -МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Курбонов Ё.Х., Боймуродов Ш.А., Махмадалиева Д. О., Нармуротов Б.К.

Тошкент тиббиёт Академияси

COVID-19 билан оғриган беморларни оғиз бўшлиғида мукормикоз билан зарарланиши танглай соҳасида шиллик қаватини рангини турли кўринишда ўзгариши, шиш, яра, танглайда юза некротик ўчоқлар, қаттиқ танглай ва жағ суякларини ялонғочланиши ва суяк юзасининг қорамтир юзаси ғадир-будир кўринишида намоён бўлади. Мукормикознинг яқинда пайдо бўлиши ва COVID-19 билан бирга ривожланиши бу касалликларни бир бирига тўлиқ боғлиқ деб ҳисобланмасада, пандемия даврида бу жараённи келиб чиқишига етарлича сабаб ва шароитлар ҳамда беморларда соматик ҳамроҳ касалликлар, сурункали микроб ўчоқларини бўлиши мукормикозни ривожланишига туртки бўлади.

Мақсад: COVID-19 ўтказган ва юз-жағ соҳаси мукормикоз билан асоратланган беморларда морфологик тадқиқот ўтказиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: 2019-2021-йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг COVID дан кейинги марказида COVID-19 инфекцияси ва унинг юз-жағ соҳасидаги йирингли-некротик асоратлари билан даволанган 118 нафар беморни комплекс текширувдан ўтказдик ва даволадик. Ўрганилаётган ҳолат сифатида юз-жағ соҳасида йирингли-некротик жараёнлар бўлган беморлардаги ярали жараённинг клиник кўрсаткичлари ва қондаги иммун ҳимоя омиллари кўриб чиқилди. Ташқи кўрикда ва маҳаллий ҳолатни аниқлашда анатомик соҳаларнинг шишиши ҳисобига юз ва бўйин конфигурациясидаги ўзгаришларнинг мавжудлиги аниқланди. Шишган соҳадаги терининг ранги (тана ранги, гиперемия) визуал (кўз орқали кўриш билан) баҳоланди. Палпацияда инфилтратнинг ўлчами, оғриқнинг борлиги, терининг таранглиги, йирингли ўчоқларнинг мавжудлиги аниқланди. Венсан симптомини аниқлаш ўтказилди. Оғизни очиш даражаси, яллиғланиш контрактурасининг намоён бўлиши ва оғриқлар аниқланди. COVID-19 билан касалланган беморлар юзида йирингли-некротик жароҳатларнинг турли шакллари ва кечишини аниқлаш, шунингдек даволаш усуллари яхшилаш мақсадида тепа юз-жағ, бурун шиллик қавати ва бурун олди синусларидан олинган материалларни морфологик тадқиқ қилдик. Микропрепаратларнинг микроскопик ва

гистологик тадқиқоти Республика патологик анатомия марказининг патогистология лаборатория бўлимларида бажарилди, микропрепаратларни бўяшда гематоксилин ва эозин бўёғидан фойдаланилди. Микропрепаратларни тадқиқ қилиш ва таъриф беришда CYAN. Model DN – 30 OM. С приставкой 34 MP MICROSCOPE Camera, окуляр-объектив катталиги $x=4 \times 10 \times 0,5$, $x=10 \times 0,25 \times 0,5$. дан $x=40 \times 0,65 \times 0,5$ гача бўлган биноккуляр микроскопдан фойдаланилди

Натижалар: COVID-19 билан касалланган беморлар юзида йирингли - некротик жароҳатларнинг клиник-морфологик шакллари текширув натижаларида мукормикоздан шикастланиш 33%, Candida Albicans 6,7%, Сурункали яллиғланиш фонида мукормикоз-10,3%, Диморфли (мукормикоз + кандидоз) микотик шикастланиш -7,6%, Ангиоматоз полип-4,2% , Яллиғланишли полип-8,4% Безли - кистозли полип -6,7%, Безли-шилликли полип 10,3%, Фиброзли полип 10,3% аниқланди.

Хулоса: юқорида таърифланган COVID-19 билан касалланган беморлар юзида йирингли-некротик жароҳатлар, бурун ва бурун олд бўшлиқларининг шиллик қаватидаги морфологик ўзгаришлар, замбуруғли шикастланиш билан таърифланиб, яллиғланиш жараёнининг узоқ вақт кечиши билан боғлиқ, шиллик ўсимталар ва кистоз ҳосилалар бўлган эпителий гиперплазияси билан боғлиқ бўлган бурун йўллари архитектоникасининг бузилиши билан, ҳамда яллиғланиш элементининг борлиги билан, бошқа ҳолларда эса секретининг кўп ажралиши билан, бу эса табиий нафас олишнинг бузилиши билан кечиб давомли гипоксия ривожланишига олиб келади. Юқоридаги барча бузилишлар гипоксия фонида турли тизимлар функцияси пасайиши билан айниқса мия функцияси пасайиши бирга кечади. Морфологик тадқиқотдан олинган натижалар шиллик қаватлардаги ўзгаришлар ва клиник белгиларнинг батафсил тавсифини кўрсатиб беради, ҳамда юздаги нам гангрена - нома ривожланиш хавфини баҳолашга, шунингдек касалликнинг қайталанишини олдини олишга имкон беради.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

**Боймурадов Шухрат Абдужалилович, Юсупов Шохрух Шухратович,
Нармуротов Бахтияр Каршиевич, Иминов Комилжон Одилжонович**

Ташкентская медицинская академия

shoha_03@mail.ru

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последнее десятилетие число повреждений структур лицевого скелета увеличилось в 2,4 раза. Травмы скулоорбитального комплекса (СОК) относятся к наиболее распространенным повреждениям челюстно-лицевой области с постоянной тенденцией к росту. По данным статистики на долю переломов черепа и внутричерепных травм приходится 5,1% от общего числа всех зарегистрированных травм согласно показателям травм и отравлений и других несчастных случаев среди взрослого населения. В структуре общего травматизма 1,7% занимают травмы глаза и орбиты. Больные с травмами средней зоны лица нуждаются в стационарном лечении в 85% случаев. При госпитализации больных в специализированные челюстно-лицевые стационары, на долю травм лицевого черепа приходится 30%-40%, что составляет почти 21% от общего числа травмированных больных в лечебных учреждениях.

Хирургическое лечение переломов и устранение дефектов нижней стенки глазницы до настоящего времени является актуальной проблемой реконструктивной хирургии, занимающей умы врачей различных специальностей в течение ряда лет. Несмотря на многочисленные исследования, хирургическое лечение изолированных переломов нижней стенки глазницы, особенно её дефектов и деформаций остается одной из значимых проблем челюстно-лицевой хирургии, и ее изучение продолжается.

Целью данного исследования явилось сравнительная оценка хирургического лечения переломов скулоорбитального комплекса.

Материалы и методы исследования В отделении пластической хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии было прооперировано 120 больных с переломами скулоорбитального комплекса в период с 2019 по 2022 года. Из них мужчин составил 82%, а женщин 18%. Возраст больных варьировал от 20 до 45 лет. Причинами травмы средней зоны лица в 75 случаях было ДТП, в 25 случаях уличная травма, а в 20 – бытовая травма. Всем больным при поступлении выполнялось классическое комплексное обследование, включая диагностику у смежных специалистов (нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога) и выполнялась мультиспиральная компьютерная томография с 3D-реконструкцией в трех проекциях. Сканирование проведено в автоматическом режиме по специальной программе, заложенной в компьютерном обеспечении томографа. Планированием хирургического устранения посттравматического дефекта костей нижней стенки орбиты является виртуальное компьютерное

моделирование специальной компьютерной программой с помощью которого можно точно определить характер и локализацию дефекта.

Результаты исследования. В результате проведения исследования больные были подразделены на 2 группы: основную группу составили 40 больных с модифицированным методом лечения и 80 больных с традиционным. Хирургическое лечение повреждений скулоорбитального комплекса и изолированных повреждений нижней стенки орбиты у 40 больных выполнялось по разработанной нами методике с соблюдением ряда особенностей в зависимости от тяжести и локализации повреждений, а также сроков выполнения оперативного вмешательства. Наиболее важным этапом операции являлось осторожная ревизия переломов орбиты, освобождение ущемленных глазодвигательных мышц, устранение пролапса орбитальной клетчатки, а также самое важное это пластика дефекта кости нижней стенки орбиты, опираясь на 3D интраоперационный шаблон, с помощью которого определяется точный размер, форма имплантата и место её фиксации, а сам имплантат представляет собой титановую пористую мембрану.

Длительность оперативного вмешательства в основной группе составила $49,8 \pm 2,6$ минут, в группе сравнения операция длилась в среднем $85,3 \pm 2,3$ минуты, что достоверно больше по отношению к основной группе ($p < 0,05$). Через 14 дней после операции диплопия сохранялась у 7 (21,9%) больных основной группы и у 29 (34,1%) больных из группы сравнения. Восстановление бинокулярного зрения у этих больных длилось до 2–3 месяцев, что было связано с характером травмы глазного яблока и поздними сроками хирургического лечения. Продолжительность пребывания на стационарном лечении у больных, основной группы, составила $3,6 \pm 0,2$ суток. На амбулаторном лечении пострадавшие основной группы находились $10,2 \pm 0,2$ дня. Общий период нетрудоспособности у данной группы больных составил $13,8 \pm 0,2$ дня. В группе сравнения продолжительность пребывания на стационарном лечении составила $6,2 \pm 0,3$ суток. На амбулаторном лечении пострадавшие основной группы находились $16,3 \pm 0,1$ дня. Общий период нетрудоспособности у данной группы больных составил $22,5 \pm 0,2$ дня.

Выводы. Планирование реконструктивного оперативного вмешательства с применением современных методов лучевой диагностики, предоперационного компьютерного моделирования, способствует увеличению точности планирования и реализации хирургического лечения. Разработанный способ виртуального компьютерного моделирования оперативного вмешательства позволяет установить этапность устранения повреждений скулоорбитального комплекса, при этом способствует сокращению времени оперативного

вмешательства и увеличивает точность планирования и реализации хирургического лечения, в результате сокращается срок функциональной адаптации больных в 1,6 раз. При оценке эффективности предложенных методов хирургического лечения переломов СОК в 90,6% случаев установлены хорошие результаты со стойкой положительной динамикой.

CHANGES IN HOMEOSTASIS INDICATORS ORAL FLUID IN CHILDREN AT THE STAGES OF ORTHODONTIC TREATMENT

Buzrukzoda Javohirkhon Davron, Mirzayeva Nikhola Kamollidinovna,

Abdurakhmonova Osiyo Jakhongir kizi

Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

eshonbobo.1992@gmail.com

Introduction. Modern scientific concepts of domestic and foreign scientists on the etiology, pathogenesis of diseases of hard tissues of teeth, periodontal, oral mucosa confirm the problematic nature of determining their nature, indicating a direct connection with the biological status of oral fluid, the hygienic state of the oral cavity and the level of immunological resistance (Andreishchev A.R., 2014; Alimova, M.Ya. 2010).

The purpose of the study. to evaluate the influence of the basic materials used in removable orthodontic equipment on the immunological parameters of oral fluid homeostasis in children with dental anomalies at the early stages of hardware treatment.

Materials and methods of research. The research was carried out at the Department of "Dental implantology" of SamSMU. The objects of the study are 75 patients with dental anomalies. All patients are divided into three groups depending on the aesthetic changes of the face and the morphofunctional state of the jaws: the following research methods will be used in the course of the work: - General clinical and biochemical blood tests; -Aesthetic assessment of the face with anthropometry; -X-ray examinations: MSCT, telorentgenograms (in fas, profile) with cephalometry, zonograms of the middle zone of the face, ONP radiographs; - Statistical methods of processing the results obtained. The content of inorganic filler (SiO₂) is 8%, the particle size is 0.6–0.8 microns. Orthodontic constructions were made using gypsum-based light-curing technology with preliminary polymerization in the Heralight apparatus (Heraus Kulzer) and final polymerization in the Heraflash apparatus (Heraus Kulzer).

The results of the study. As a result of the examination of patients in the control group, it was found that the variability of the rate of secretion of HPV ranges

from 3.12 ± 0.15 to 3.20 ± 0.16 ml/ 10 min. The average value (3.16 ± 0.15 ml / 10 min) was taken by us as a conditional norm, which optimally characterizes the rate of secretion of non-stimulated mixed saliva in children.

Conclusions. Thus, a comparative analysis of the biophysical parameters of LVH in children makes it possible to objectively and reliably assess the adequacy of adaptive reactions at the stages of orthodontic treatment. The analysis of the adaptation parameters according to the biophysical parameters of NRH allows us to assert that almost complete restoration of homeostasis when using removable orthodontic structures made of basic materials of cold, hot and light polymerization occurs by the 60th day from the moment of hardware treatment.

PLASMOLIFTING EFFICIENCY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS

Buzrukzoda Javokhirkhon Davron, Begimkulova Samara Sherzodovna

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

eshonbobo.1992@gmail.com

Introduction. Currently, the issues of diagnosis and treatment of chronic inflammatory diseases of periodontal tissues are invariably in the focus of attention of domestic and foreign researchers. This pathology is extremely difficult to treat, and it is almost impossible to eliminate the further development of the disease, which requires the introduction of new methods of treatment into dental practice. One of such methods today is the injection method using platelet autoplasm (TAP), which received the original name plasmolifting.

The problem of high prevalence and need for treatment of periodontal diseases is one of the priorities for modern dental practice. WHO data indicate that from 80 to 100% of the population of various age groups have some form of periodontal pathology, which leads to significant changes in the dental system, adversely affects the digestive process, helps to reduce the resistance of the body, negatively affects the psycho-emotional sphere of the patient, and therefore worsens the quality of his life, which determines the social significance problems. In this regard, the scientific search for new methods, means and their combinations that increase the effectiveness of therapeutic effects on the pathological focus of inflammation in the periodontium, combining maximum safety, high biological activity in relation to the tissues of the body, remains an urgent direction of modern dentistry.

The purpose of the study. The study of the features of the state of the oral cavity tissues in patients with periodontitis, on this basis, the development of appropriate therapeutic and preventive measures with the help of gum plasmolifting.

Materials and methods of research. 30 patients with chronic periodontitis of different age categories

The results of the study. Based on the clinical results of the study, the effectiveness of the use of the "Plasmolifting" method has been substantiated. There are certain contraindications, contraindications to the use of this method and its technical advantages over the traditional treatment regimen for patients with chronic periodontitis. The conducted clinical and experimental study made it possible to increase the effectiveness of etiopathogenetic therapy of inflammatory periodontal diseases. The developed algorithm for the use of "Plasmolifting" allows optimizing the therapy of patients with chronic periodontitis and shortening the treatment time

Conclusion. In the course of complex treatment of patients with chronic periodontitis, positive dynamics of the clinical condition of periodontitis was revealed in all groups. Monitoring of the periodontal condition of patients with chronic periodontitis after treatment showed that the maximum therapeutic effect was observed in the group of patients where "Plasmolifting" was used. The analysis of clinical indicators in comparison groups during the complex treatment of patients with chronic periodontitis of moderate severity proved that the developed scheme for the use of "Plasmolifting" has a synergistic effect, is safe and justifies their inclusion in the therapy of this pathology.

КЛИНИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. Реалии и перспективы.

Гажва С.И, Габриелян А.Г, Гажва Ю.В, Цирдава А.Г, Калинин К.И

Приволжский Исследовательский Медицинский Университет

stomfpkv@mail.ru

Несмотря на активность масс-медиа в области информированности населения о стоматологическом здоровье и усилиям мирового стоматологического сообщества, наблюдается тенденция к росту стоматологической патологии, в том числе, её оральной сегмента, связанного с патологическими трансформациями слизистой оболочки полости рта [1,6]. Таргетинг, направленный на распространение данных об эпидемиологии, предикторах, клинических проявлениях и малоинвазивных органосохраняющих диагностических технологиях в информационном поле населения, пользующегося стоматологическими услугами, невольно объединяет их оральную стоматологию, направленность которой носит междисциплинарный

характер и требует расширения знаний в области медицины среди врачей стоматологов [4,7]. Злокачественные трансформации достаточно активно и агрессивно манифестируют на скомпрометированной вирусной инфекции слизистой оболочке рта [8,9]. Кроме того, не оставляет равнодушным и является мотивацией к поиску новых диагностических систем и технологий, факт запущенности онкопатологии (3,4 стадии- 64.7%) при 100% визуализации полости рта [3,10]. При этом количество запущенных случаев, связанных с деятельностью врачей стоматологов составляет 22%. [2,5].

Цель - повышение эффективности ранней диагностики патологических процессов слизистой оболочки рта путём использования оптических и цитологических методов в алгоритме её исследования.

Методом случайной выборки в группу исследования были включены 350 пациентов обоего пола в возрасте от 20 до 67 лет, обратившихся за консультативной стоматологической помощью на кафедру стоматологии ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета с различными стоматологическими проблемами: начиная с болезней твердых тканей зубов, патологии ВНЧС, болезней пародонта, слизистой оболочки полости рта. От каждого получено добровольное информированное согласие на включение их в группу исследования и проведения аутофлюорисцентной стоматоскопии и жидкостной цитологии. Фиксация полученных результатов осуществлялась в разработанной нами карте-топограмме, включающей в себя кроме обозначения зон поражения так же степень выраженности воспалительно-деструктивных поражений слизистой оболочки полости рта, оптические образы патологических процессов и результаты жидкостной цитологии.

Методы: клинический (осмотр, сбор жалоб, анамнез), оптический (аутофлюорисцентная стоматоскопия), морфологический (жидкостная цитология), аналитический.

Результаты: Траектория научного поиска была направлена на прижизненную оценку нормальной и патологически измененной оболочки полости рта в режиме реального времени, включая её доклиническую визуализацию на фоне цитологического исследования. В качестве инструмента для достижения эффективного результата использовались малоинвазивные органосохраняющие техники- аутофлюорисцентная стоматоскопия с помощью АФС-Д (ООО «Полироник», регистрационное удостоверение №ФСР 2011/10669) и жидкостная цитология, которая в первые была использована нами при исследовании слизистой оболочки рта.

Анализ полученных результатов свидетельствуют о том, что визуально «здоровая» слизистая рта имеет скрытые очаги воспаления, потенциально способные развиваться в различные патологические процессы. Так из 350 пациентов они были обнаружены у 124, из которых у 80 имеются реактивные изменения, у 25 доминирует паракератоз, 19 пациентов с гиперкератозом, что подтверждено цитологически. Сопоставление реальных патологических процессов и их оптических образов с результатами жидкостной цитологии позволило их ранжировать в определенной последовательности: КПЛ – 48,6%, лейкоплакия – 32%, травма – 7,3%, ХРАС - 6%, хейлит – 4%, онкопатология – 2%. Топографирование патологических процессов позволило выявить зоны риска: слизистая оболочка щёк (26%), язык (20%), преддверие полости рта (18%).

Выводы: 1) Аутофлюорисцентная стоматоскопия и жидкостная цитология являются малоинвазивными органосохраняющими технологиями.

2) Первые результаты использования жидкостной цитологии показывает её эффективность при исследовании слизистой оболочки рта.

3) Аутофлюорисцентная стоматоскопия позволяет визуализировать патологические процессы на доклиническом уровне в 70% случаев, их наличие подтверждено не только оптическими образами, но и цитологическими результатами.

Список литературы:

1. Гажва, С. И. Применение фотодинамической терапии в алгоритме лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта / С. И. Гажва, Н. А. Котунова, А. С. Куликов // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. – С. 154.
2. Гажва, С. И. Повышение эффективности ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки рта / С. И. Гажва, Н. А. Котунова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 110.
3. Технологии ранней диагностики патологических процессов слизистой оболочки рта / С. И. Гажва, Ю. Ш. Ибрагимова, Ю. В. Гажва [и др.] // Стоматология. – 2021. – Т. 100, № 6-2. – С. 37-42. – DOI 10.17116/stomat202110006237.
4. Особенности структуры стоматологических заболеваний у пациентов с диффузными поражениями печени до и после трансплантации / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, Т. В. Болотнова [и др.] // Стоматология. – 2018. – Т. 97, № 5. – С. 8-10. – DOI 10.17116/stomat2018970518.

5. Kirtaeva, A. V. Estimation of mast cells in the rat gingiva mucous membrane in the normal condition and under the conditions of experimental alcohol intoxication / A. V. Kirtaeva, S. I. Gazhva // . – 2020. – Vol. 7, No. 2. – P. 530-536. – DOI 10.5281/zenodo.3690836.
6. Elad S., Zadik Y., Caton J.G., Epstein J.B. Oral mucosal changes associated with primary diseases in other body systems. *Periodontol 2000*. 2019; 80(1): 28-48. Doi:[10.1111/prd.12265](https://doi.org/10.1111/prd.12265)
7. Ariyawardana A., Johnson N.W. Nonneoplastic diseases and disorders of the oral mucosa: A contemporary overview. *Periodontol 2000*. 2019;80(1):7-11. Doi:[10.1111/prd.12272](https://doi.org/10.1111/prd.12272)
8. Radwan-Oczko M., Bandosz K., Rojek Z., Owczarek-Drabińska, J. E. Clinical Study of Oral Mucosal Lesions in the Elderly-Prevalence and Distribution. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(5), 2853. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052853>
9. Fitzpatrick S.G., Cohen D.M., Clark A.N. Ulcerated Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histologic Review. *Head Neck Pathol*. 2019. Vol 13(1):91-102. Doi:[10.1007/s12105-018-0981-8](https://doi.org/10.1007/s12105-018-0981-8)
10. Габриелян А.Г., Постников М.А., Трунин Д.А., Каганов О.И., Кириллова В.П. Оптимизация методов обследования в диагностике образований слизистой оболочки полости рта. *Пародонтология*. 2022;27(3):227-233. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-3-227-233>

INVESTIGATION OF THE ADHESION OF CARIESOGENIC MICROORGANISMS TO FILLING MATERIALS WITH DIFFERENT CONCENTRATIONS

CHLORHEXIDINE ACETATE

Davlatova Sofiya Mamasoliyevna

Samarkhand State Medical University

The prevalence of dental caries is steadily increasing. In the treatment of demineralization of hard tissues of teeth, it is important to pay attention to the prevention of relapses.

In the treatment of demineralization of hard tissues of teeth, it is important to pay attention to the prevention of relapses. There are many reasons for the development of secondary caries. One of them is the adhesive ability of cariesogenic microorganisms of the oral cavity to the restoration surface.

This applies to the materials and hard tissues of the teeth. The relevance of the chosen topic is determined by the need to prevent the development of secondary caries.

Determination of adhesive properties of *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis/oralis*, *Lactobacillus salivarius* and the museum strain of *Candida albicans* isolated from patients with caries.

ATCC 10231 was added to a sample of Restublin composite material with chlorhexidine acetate at concentrations of 0.0%, 0.1%, 0.5% and 5.0%. Disks with different concentrations of Restavulin composite material were lowered into the suspension of each strain (concentration of 10^7 CFU/ml) in polystyrene tubes.

Concentrations were measured. After incubation, disinfection and removal of suspended bacteria, 10 visual fields were observed in each experiment to count the number of stuck microbial cells (Lomo microscope, magnification 1000x).

The results were as follows that 1. The number of microbial cells adhering to each surface

of the composite disk

2. Clinically isolated strain of *Streptococcus mutans* showed the highest adhesive activity

3. The number of bacteria retained on the surface of the discs decreased as the concentration of antimicrobial agents in the Restylin filler increased.

1. Higher concentrations of antiseptics reduce the adhesive activity of *Streptococcus mutans* strains.

2. with an increase in the amount of added AMD (antimicrobial agent), the number of cells on the surface of the filler discs decreases: for samples with 0.0 %

6.4 cl for samples with a concentration of chlorhexidine acetate 0.0%, 3.7 cl for samples with a concentration of 0.1%, 2.5 cl for samples with a concentration of 0.5% and the lowest amount of 1.4 cl for samples with a concentration of 5.0%.

3. an increase in the concentration of chlorhexidine acetate in the composite from 0.1% to 5.0% was accompanied by a decrease in adhesive activity.

Streptococcus mutans and *Streptococcus mitis/oralis* are the main cariogenic strains.

recommendation: In clinical practice, the use of Restylin composite filling material with chlorhexidine acetate can reduce the risk of caries.

In clinical practice, the use of Restylin composite filling material with chlorhexidine acetate can reduce the risk of secondary caries.

References:

1. Kotova T.G., Gurin A.V. The latest research in the field of cryosurgery of lung tumors // Modern Science: Actual Problems of Theory and Practice. Series: Natural and Technical Sciences. 2015. No. 12. P. 145-147.
2. Kotova T.G., Kochenov V.I., Tsybusov S.N., Gurin A.V. Calculation of the effective freezing time for cryosurgery of lung cancer // Modern Science: Actual

Problems of Theory and Practice. Series: Natural and Technical Sciences. 2016.
No. 4. P. 77-80.

ЛАЗЕРНОЕ АССИСТИРОВАНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Давтян А.А.¹, Мамедова А.В.¹, Морозова Е.А.¹

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

vantady@yandex.ru

Цель. У пациентов, находящихся на антиагрегантной терапии, повышен риск возникновения продолжительного кровотечения при удалении зубов, что, в свою очередь, является важной и актуальной проблемой в практике врача стоматолога-хирурга. В отличие от традиционных методов лечения, лазерное излучение имеет ряд таких преимуществ, как: выраженный противовоспалительный эффект, фибрино-тромболитическое действие, сокращение времени заживления ран и др. Именно по этим причинам в целях повышения эффективности и качества лечения пациентов данной группы рационально проведение оценки возможности использования лазерного излучения при операции удаления зуба.

Материалы и методы. Нами вылечены 75 пациентов в возрасте от 48 года до 82 лет, которые находились на антиагрегантной терапии и нуждались в удалении зубов. Были сформированы две группы исследования, в первой при удалении зубов использовали традиционные инструменты, во второй – диодный лазер с длиной волны 970 нм в импульсно-периодическом режиме мощностью 2,4 Вт и 1,5 Вт на этапах сепарации круговой связки зуба, кюретажа и бактерицидной обработки лунки. В основу оценки эффективности лечения легли клинические, лучевые и микробиологические методы исследования.

Результаты. По итогам клинических методов исследования в обеих группах на всех этапах операционного вмешательства отмечали кровотечение. При традиционном удалении зубов длительность кровотечения составила 20 минут, при удалении с применением лазерного ассистирования – от 7 до 10 минут. В послеоперационном периоде кровотечение отсутствовало в обеих группах исследования, однако, пациенты, которым проводилась операция удаления зуба с применением диодного лазера, отмечали снижение коллатерального отёка и болевой реакции, это обеспечивало сокращение периода заживления лунок удалённых зубов на 3 ± 5 суток. По результатам лучевой диагностики регенерация костной ткани после использования

лазерного излучения наблюдалась к 3-му месяцу, при традиционной методике – к 6-му. Итоги микробиологического исследования свидетельствовали о выраженном антибактериальном действии на потенциальные возбудители инфекционных осложнений, увеличении степени эрадикации пародонтопатогенных видов бактерий и значительном уменьшении содержания агрессивных грамм (-) анаэробных бактерий и грибов.

Заключение. Применение диодного лазера на этапах удаления зуба привело к повышению эффективности оказания хирургической стоматологической помощи у пациентов, находящихся на антиагрегантной терапии благодаря положительному гемостатическому эффекту, более благоприятному послеоперационному периоду, снижению операционной травмы и сокращению сроков лечения.

Список литературы

1. Журавлев А.Н., Тарасенко С.В., Морозова Е.А. Преимущества диодного лазера при хирургическом лечении пациентов со стоматологическими заболеваниями. — Клиническая стоматология. — 2018; 4 (88): 44—45. DOI: 10.37988/1811-153X_2018_4_44
2. Тарасенко С.В., Морозова Е.А. Применение диодного лазера в хирургической стоматологии // Лечение и профилактика. – 2016. – т. 2(18). - С.98-103
3. Чернегов В.В., Васильева Л.В., Митрофанов А.А., Митрофанова О.В. Перспективы лазеров в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Вестник Авиценны. 2020. №3.
4. Liu R, Sun K, Wang Y, Jiang Y, Kang J, Ma H. Clinical comparison between Er: YAG and CO2 laser in treatment of oral tumorous lesions: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jul 24;99(30):e20942. doi: 10.1097/MD.00000000000020942
5. Rao H. et al. Antiplatelet Therapy in Older Patients Post-Myocardial Infarction // *The Senior Care Pharmacist*. – 2022. – Т. 37. – №. 1. – С. 17-23.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА

Дегтярёва Марина Игоревна

Белорусский государственный медицинский университет

dr.mdegtyareva@yandex.by

Распространенное осложнение лучевого лечения опухолей головы и шеи – оральный мукозит. Частота его возникновения варьирует у онкологических пациентов в широких пределах, достигая при некоторых видах лечения 100% [1]. На ранних стадиях оральный мукозит сопровождается эритемой, умеренным болевым синдромом и легкой дисфагией, что приводит к уменьшению потребляемой пациентом пищи и жидкости [2]. Механизм развития орального мукозита до конца не изучен и представлен следующей моделью развития: инициация или повреждение тканей в результате воздействия высокодозного радиационного облучения. Свободные радикалы кислорода активируют процесс передачи сигнала от рецепторов клеточной мембраны к внутренней части клетки, что приводит к активному выбросу провоспалительных цитокинов, повреждению тканей и гибели клеток. Возникновение значительного воспалительного инфильтрата клетки приводит к изъязвлению слизистой оболочки, основанному частично на метаболических продуктах колонизирующей микрофлоры полости рта [3].

Однако, несмотря на имеющиеся данные в изучении механизмов патогенеза орального мукозита, на сегодняшний день ни один существующий метод его профилактики и лечения не признан достаточно эффективным [4].

Цель исследования – определить взаимосвязь суммарной очаговой дозы облучения и развития орального мукозита как осложнения лучевого лечения опухолей головы и шеи.

Материалы и методы. Методом случайной выборки было отобрано 100 медицинских карт стационарного пациента 2-го радиологического отделения Учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» за 2017 год и 30 медицинских карт стационарного пациента радиологического отделения №2 Республиканского научно-практического центра «Онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» за 2021 год. В клиническом исследовании приняли участие 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении радиологического отделения №2 Республиканского научно-практического центра «Онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова». У всех пациентов осуществлялся сбор анамнеза, включающий анализ курса проводимой лучевой терапии.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного анализа 130 медицинских карт стационарного пациента признаки орального мукозита отмечены в 72 случаях (55%), чаще у лиц мужского пола (82%, в 18% - у лиц женского пола).

Первые симптомы орального мукозита отмечались преимущественно в суммарной очаговой дозе (далее - СОД), превышающей 20 Гр (у 93% пациентов), только у 2 пациентов зафиксированы признаки орального мукозита в СОД менее 20 Гр (3,5% случаев). СОД, на которой возникают первые клинические проявления орального мукозита может быть различной. В 1,3% случаев (у 1 пациента) первые поражения на слизистой оболочке полости рта были зафиксированы при подведении суммарной очаговой дозы 10 Гр. У 70,9% (51 случай) первые признаки орального мукозита наблюдались в СОД 20-30 Гр, у 18,1% (13 случаев) – в СОД 31-40 Гр, в СОД более 41 Гр – первые симптомы орального мукозита возникли у 7 пациентов (9,7% случаев).

Выводы. У пациентов, получающих высокодозную лучевую терапию, оральный мукозит считается наиболее частым и серьезным осложнением противоопухолевого лечения. Поражения слизистой оболочки полости рта приводят к значительному снижению качества жизни пациентов, что обусловлено затруднениями приема пищи и дизартрией. Кроме того, поражения слизистой оболочки могут представлять собой ворота для присоединения вторичной инфекции.

Оральный мукозит фиксировался у пациентов при подведении суммарной очаговой дозы более 20 Гр – 93% случаев. Данный показатель является высоким, т.к. СОД для лечения основного заболевания во всех случаях превышала 20 Гр, что свидетельствует о высокой частоте осложнения в виде орального мукозита.

Список литературы:

1 - Steinmann D, Eilers V, Beynenson D, Buhck H and Fink M: Effect of Traumeel S on pain and discomfort in radiation-induced oral mucositis: a preliminary observational study. *Altern Ther Health Med* 18: 12-18, 2012.

2 - Особенности терапии сопровождения лучевого лечения больных с опухолями головы и шеи / А. Р. Геворков, А. В. Бойко, Л. В. Болотина, С. В. Шашков // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2019. – Т. 8. – № 4. – С. 282-288.

3 - Alvarino-Martin C., Sarrion-Perez M.G. Prevention and treatment of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 2014, vol. 6, no. 1, pp. 74-80.

4 - Osama M.M., Eliopoulos N., Muanza T. Radiation-induced oral mucositis. *Frontiers in Oncology*, 2017; 7(89): 1-23.

АДГЕЗИВНЫЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПРОМЕЖУТКЕ В ЗУБНОМ РЯДУ

Нормуратов Азиз Нормуратович

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Современные технологии адгезивного шинирования и протезирования находят все более широкое применение в клинике ортопедической и терапевтической стоматологии благодаря целому ряду положительных моментов. В частности, адгезивные мостовидные протезы могут изготавливаться в одно посещение и сопровождаться минимальным препарированием зубов без их депульпирования, в том числе, при наличии ортодонтической патологии.

Цель исследования. Усовершенствовать изготовление адгезивного мостовидного протеза при нехватке места в зубном ряду.

Материалы и методы. Обследовано, 85 пациентов с частичной вторичной адентией при недостаточном промежутке в зубном ряду. Выбор материалов и конструкции адгезивного мостовидного протеза (АМП) зависит от размеров и локализации дефекта, состояния зубов, замыкающих дефект, окклюзионных соотношений зубных рядов.

Результаты и их обсуждение. Клинический пример. Пациентка А., 47 лет, обратилась с жалобами на нарушение эстетики вследствие удаления латерального резца верхней челюсти. При осмотре определяется дефект зубного ряда (отсутствует 12 зуб) и смещение 13 зуба в небно-медиальном направлении. Принято решение об изготовлении адгезивного мостовидного протеза. Одонтоскопия позволяет планировать геометрическую форму, воссоздание признаков принадлежности, а также индивидуальных особенностей 12 и 13 зубов: геометрическая форма резцов — прямоугольная. Определяется значительных размеров придесневой валик у клыка и латерального резца. Подготовка зубов включает механическое очищение от налета пастой, не содержащей фтора. Затем производят выбор оттенков композита в соответствии с симметричным и рядом стоящими зубами и изготавливают зуб в точных размерах и цветах.

Далее приступают к определению точной длины ленты, необходимой для формирования конструкции. При помощи пинцета предварительно подготовленную полоску фольги укладывали таким образом, чтобы один конец плотно прилегал к отпрепарированной площадке 11 зуба, начиная от вестибулярной области в направлении к оральной, не выступая за края

проксимальной поверхности. Затем полоска протягивалась к зубу, замыкающему дефект с противоположной стороны, и плотно прижималась к дну отпрепарированной площадки в направлении от оральной поверхности к вестибулярной. Свободный конец ленты из фольги срезался таким образом, чтобы он не выступал за пределы площадки. Моделирование промежуточной части адгезивного мостовидного протеза напоминало формирование винира и требовало соблюдения основных этапов работы с композитом.

Заключение. Таким образом, доказано, что вестибулярная поверхность гладкая, без валиков, выражена придесневая выпуклость. Протяженность контакта боковых поверхностей значительная: от вершины межзубного сосочка до режущего края. Признаки угла и кривизны коронки слабовыражены. Режущий край ровный. Тонкий прозрачный слой распределяется равномерно по всей поверхности для воссоздания оптических свойств твердых тканей зуба. Воссоздание размеров и формы латерального резца обеспечили небольшим «перекрытием» мезиального отдела клыка дистальным углом 12 зуба. Обработка производилась сразу после отверждения материала с использованием алмазных боров ультрамелкой зернистости, полировочных дисков. При этом осуществляли контроль макро- и микрорельефа. С целью предупреждения краевой проницаемости фотополимера свободные поверхности коронок зубов покрывали фторсодержащим лаком.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА

Дондиков Александр Юрьевич¹

Нестеров Владислав Денисович¹

Прокина Лорианна Сергеевна²

- 1) Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург,
Российская Федерация
- 2) СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19», Санкт-Петербург,
Российская Федерация
dondokov97@mail.ru

Актуальность исследования:

Тема «применение гидроксида кальция при лечении осложненных форм кариеса» представляет большой теоретический и практический интерес. Существует огромное количество научных исследований как за, так и против применения гидроксида кальция при лечении осложненных форм кариеса. Мы поставили перед собой цель провести метаанализ литературных источников по данному вопросу.

Цель исследования:

Провести метаанализ отечественных и зарубежных клинических исследований эффективности применения гидроксида кальция при лечении осложненных форм кариеса.

Задачи исследования:

- Оценить антибактериальную активность гидроксида кальция методом метаанализа литературных источников
- Определить влияние гидроксида кальция на стенки корневых каналов методом метаанализа литературных источников
- Выявить способность гидроксида кальция растворять органику методом метаанализа литературных источников.

Материалы и методы исследования:

Всего в данном исследовании мы провели анализ 559 источников. Из них 336 источников зарубежной и 223 отечественной литературы. Самая ранняя статья из проанализированных была 1980 года, самая поздняя – 2021 года. Глубина исследования – 41 год. Источники: PubMed, Journal of Endodontics, Medline, UpToDate, MedCom, International Endodontic Journal, Oral Medicine, STOMWEB. Конфликт интересов не найден.

Распределение обработанных статей во времени:

- А) 1980-1985: 7 статей
- Б) 1986-1990: 25 статей
- В) 1991-1995: 26 статей
- Г) 1996-2000: 32 статьи
- Д) 2001-2005: 64 статьи
- Е) 2006-2010: 61 статьи
- Ж) 2011-2015: 172 статьи
- З) 2016-2021: 172 статьи

Влияние гидроксида кальция на стенки корневых каналов:

Оценка прочностных характеристик стенок корневых каналов после наложения гидроксида кальция.

Всего: 149 литературных источников.

Способность гидроксида кальция растворять органику:

Всего: 10 литературных источников

Проводилась оценка способности гидроокиси кальция растворять органические вещества в системе корневых каналов. Количество проанализированных литературных источников не может дать однозначного результата из-за небольшого объема информации на данную тему, однако за время исследования не удалось выявить ни одного источника подтверждающего эффективность растворения гидроксидом кальция органических веществ.

Выводы:

- Метаанализ литературных источников продемонстрировал ограниченную антибактериальную активность гидроксида кальция.
- По данным метаанализа удалось выявить, что прочность стенок корневых каналов снижается после длительного нахождения гидроксида кальция в корневых каналах.
- Метаанализ литературных источников выявил неэффективность способности гидроксида кальция растворять органические вещества.

Список литературы:

1. Акимов Т. В. Депо- и гальванофорез гидроксида меди-кальция в комплексном лечении хронического периодонтита в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами: Автореф. дис. .канд. мед. наук / Т. В. Акимов. — Москва, 2007. — 29 с.

2. Алфимова О.А. Лечение острых и хронических форм периодонтитов с использованием иммобилизованного стопангина: Автореф. дис. . канд. мед. наук / О. А. Алфимова. — Ставрополь, 2002. — 22 с.

3. Артюшкевич А. С. Клиническая периодонтология / А. С. Артюшкевич, Е.К. Трофимова, С.В. Латышева. — Минск: Ураджай, 2002. — 303 с.: ил.

4. Арутюнов С. Д. Подбор и применение новых антисептических препаратов для эндодонтического лечения хронического периодонтита / С. Д. Арутюнов, В. Н. Царев, А. С. Носик, Э. Г. Маргарян // Российский стоматологический журнал. — 2007. — № 3. — С. 4-6.

5. Балин В. Н. Практическая периодонтология / В. Н. Балин,

6. А. К. Иорданишвили, А. М. Ковалевский. — СПб.: Питер Пресс, 1995. — 272 с.

7. Барер Г. М. Влияние местного применения комплекса антибактериальных препаратов на течение хронического периодонтита / Г. М. Барер,
8. В. В. Кочержинский, И. А. Овчинникова // Клиническая стоматология. — 1997. — № 3. — С. 12-14.
9. Барер Г. М. Комплексное антибактериальное лечение апикального периодонтита / Г. М. Барер, В. Н. Царев, И. А. Овчинникова // Клиническая стоматология. — 1999. — № 1. — С. 18-22.
10. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Р. Беер, М. А. Бауман, А. М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е. А. Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 240 с.
11. Белоград М. Применение ультразвука в эндодонтии / М. Белоград // Ден-тАрт. — 2008. — № 4. — С. 20-26.
12. Бонсор С. Дж. Альтернативный режим дезинфекции корневых каналов / С. Дж. Бонсор, Р. Ничол, Т.М.С. Райд, Г. Дж. Пирсон // Клиническая стоматология. — 2007. — № 2. — С. 6-12.
13. Бонсор С. Дж. Микробиологическая оценка фотоактивируемой дезинфекции в эндодонтии / С. Дж. Бонсор, Р. Ничол, Т.М.С. Райд, Г. Дж. Пирсон // Клиническая стоматология. — 2006. — № 3. — С. 8-13.
14. Борисов Л. Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: Уч. Пособие для студентов мед. ВУЗов / Л. Б. Борисов. — М.:000 «Медицинское информационное агентство», 2001. — 736 с.
15. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия / Е. В. Боровский. — М.: Изд-во Символ Плюс. — 2003. — С. 176.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ**

Донцова Альбина Салаватовна, Гуленко Ольга Владимировна
Кубанский государственный медицинский университет

olga.gulenko@mail.ru

Введение. Поведение пациентов с расстройством аутистического спектра (РАС) самая большая проблема для стоматологического лечения и гигиенических мероприятий в полости рта. Недавние исследования признают, что трудности при посещении стоматолога и ежедневном уходе за полостью рта, свойственные детям с РАС, можно рассматривать как наиболее значимые факторы высокой стоматологической заболеваемости этого контингента. Поэтому такие дети нуждаются в специфической поддержке во время стоматологических визитов, с помощью разноплановых стратегий, учитывающих особые потребности [1]. Эффективность информационно-коммуникативных технологий (ИКТ) в обучении различным навыкам детей с РАС была подтверждена несколькими исследованиями, а именно, видеомоделирование, помогающее ребенку с аутизмом понять и принять необходимую последовательность действий [2,3,4].

Цель исследования. Изучение влияния видеомоделирования на эффективность сотрудничества детей с расстройствами аутистического спектра в процессе стоматологического лечения.

Материалы и методы. Из числа пациентов с РАС, обратившихся за помощью в стоматологической клинику «InWhite Medical Kids», г. Москва, семьям 15 детей в возрасте от 6 до 12 лет было предложено участие в исследовании. В процессе общения с родителями, 6 семей отказались подписывать информированное добровольное согласие и предпочли традиционную схему взаимодействия с их детьми, что позволило сформировать группу сравнения (ГС). В основную группу (ОГ) вошли 9 человек. Исследование было одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России № 78 от 24.05.19 г. Пациенты обеих групп имели подтвержденный диагноз РАС, у 10 из которых аутизм квалифицировался как низкофункциональный (НФА) и только у 5 пациентов высокофункциональный (ВФА). Критерием включения детей в группу исследования, помимо диагноза РАС, была потенциальная кооперативность, выражавшаяся в способности ребенка открывать рот по просьбе родителей.

Родителям детей группы исследования было предложено загрузить ряд видеороликов, демонстрирующих нужный паттерн поведения при разных типах стоматологических манипуляций, на мобильные устройства. Видеоматериал ориентирован на тренировку усидчивости/терпения с неизбежными раздражителями во время лечения в сознании: открытый рот при осмотре, проведении анестезии, препарировании, пломбировании, рентгенодиагностике. Видеоролик демонстрирует стимул, отражая тайминг в секундах. Для каждого стимула свой «предел/норма усидчивости/терпения»: для осмотра и

препарирования желаемый тайминг был определен как 5-10 секунд ввиду того, что в процессе этих манипуляций допустимо закрытие рта и возможна остановка действий стоматолога. Для проведения анестезии, в процессе которой остановка действий врача нежелательна, желаемый тайминг был определен как 1,5-2 минуты и так далее. Видеостимулы сопряжены с выполнением определенных требований (не закрывать рот, не двигаться) и воплощены в видеосюжеты с правильным поведением ребенка на каждом этапе взаимодействия со стоматологом. Такие тренировки рекомендовалось проводить в домашних условиях до достижения успеха (демонстрация ребенком требуемого навыка в заданное время).

Последующее стоматологическое взаимодействие с каждым из участников проводилось в одном и том же лечебном кабинете одним и тем же лечащим врачом. Ключевыми словами при общении стоматолога с такими пациентами были слова «да», «нет» и «стоп».

Общепризнанными объективными критериями эффективности сотрудничества являются достижение результата и время, затраченное на достижение этого результата. В качестве цели была определена санация полости рта в сознании, а время, затраченное на санацию, оценивали в неделях.

Результаты и их обсуждение. Подавляющее число детей ОГ были санированы в сознании (78%), в ГС санация в сознании стала возможна у 50% детей с высокофункциональным аутизмом (у остальных детей из группы сравнения, с низкофункциональным аутизмом, и одного ребенка, с высокофункциональным РАС, стоматологическое лечение стало возможным лишь в наркозе).

Средняя продолжительность стоматологического взаимодействия с детьми из ОГ с низкофункциональным аутизмом составила 16 недель, дети с высокофункциональным аутизмом, прошедшие подготовку с участием видеомоделирования, завершили санацию полости рта в сознании в 2,6 раза быстрее (в среднем, за 6 недель). В то же время, с большей частью детей с высокофункциональным аутизмом из ГС (75%), удалось достичь уровня взаимодействия, позволившего лечение зубов в сознании, однако продолжительность такого лечения была вдвое больше, чем у детей с РАС аналогичной функциональности из ОГ.

Выводы. Результаты свидетельствуют о положительном влиянии ИКТ, в частности, видеомоделирования, на уровень кооперации и эффективность сотрудничества детей с РАС в процессе стоматологического лечения. Технология видеомоделирования нюансов предстоящего взаимодействия со стоматологом помогает принять и понять правильный сценарий

взаимодействия с персоналом («ожидания = реальность»), тем самым снизив потенциально возможный уровень тревожности при лечении. Такие инструменты, как стоп-кадр, масштабирование, аудио и графика, способны превратить видеоматериал в образовательный инструмент для детей с РАС и интегрировать в многофункциональный инструмент (мобильное приложение) для тренинга нейроразнообразных детей перед или в процессе стоматологического лечения.

Список литературы:

[1] Калинина, О. В. Особенности коммуникации у детей с аутизмом [Текст] / О. В. Калинина // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. — 2016. — № 6-2(89). — С. 72-75.

[2] Syriopoulou-Delli C.K., Sarri K. Video-based instruction in enhancing functional living skills of adolescents and young adults with autism spectrum disorder and their transition to independent living: a review [Текст] / Syriopoulou-Delli C.K., Sarri K. // Int J Dev Disabil. — 2021. — № 68(6). — С. 788-799.

[3] Bondioli, M., Pelagatti, S., Buzzi, M. C., Buzzi, M., Senette, C. ICT to Aid Dental Care of Children with Autism / Bondioli, M., Pelagatti, S., Buzzi, M. C., Buzzi, M., Senette, C. [Текст] // In Proceedings of the 19th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility (ASSETS '17): Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 2017. — С. 321-322.

[4] Гончар, А. Д. Videомоделирование как визуальная стратегия логопедической работы с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) / А. Д. Гончар // Инновационные модели и технологии комплексного сопровождения детей с нарушениями развития : Сборник научных статей II Международной научно-практической конференции «Комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья», Чебоксары, 21 февраля 2017 года / Ответственный редактор: Т. Н. Семенова. – Чебоксары: Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева, 2017. – С. 13-15.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Жилонова З.А., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время заболевания ВНЧС занимают одно из лидирующих положений по частоте поражения населения (75%). По другой статистике

заболевания ВНЧС встречаются у 25-65% населения, причем как в подростковом, так и в юношеском возрасте - в 16-30 16-30% случаев .

Дегенеративно-дистрофические заболевания ВНЧС, в том числе остеоартроз, представляет собой заболевание различной этиологии, в основе которого лежит поражение всех структур сустава: хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, капсулы, связок и мышц. Сложность диагностики и лечения состоит в том, что отсутствует единая схема обследования и лечения пациентов с остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава, так как пациенты обращаются к разным врачам (стоматологам, невропатологам, ревматологам, оториноларингологам, хирургам, остеопатам), которые назначают лечение, принятые в их специальности .

Поставить диагноз остеоартроз ВНЧС на ранней стадии представляется затруднительным, несмотря на достаточное количество инструментальных методов: ультразвуковое исследование суставов, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ), так как у пациентов в этот период может отсутствовать болевой синдром, который является, как правило, основной причиной обращаемости к врачу .

В настоящее время разрабатываются биомаркеры (БМ), которые позволят количественно оценить ремоделирование сустава и прогрессирование заболевания. Большое значение имеют, как правило, молекулы или молекулярные фрагменты, присутствующие в хряще, кости и синовиальной оболочке. Они могут быть специфичны для одного типа суставной ткани или являться общими для всех. Многие изученные в настоящее время БМ связаны с метаболизмом коллагена в хряще или кости, или метаболизмом агрекана в хряще. Другие БМ связаны с неколлагеновыми протеинами, воспалением или фиброзом. По тяжести заболевания БМ при остеоартрозе ВНЧС могут быть классифицированы на используемые в исследованиях, прогностические, маркеры эффективности вмешательств, диагностические и маркеры безопасности .

В связи с этим, особое значение имеет необходимость уточнения механизма развития деструкции, на раннем этапе определить на основе изменения количества олигомерного матричного белка (COMP-cartilage oligomeric matrix protein), для определения уровня COMP в соответствии с формой, продолжительностью и клиническим течением заболевания, а также при оценке изменений суставных структур требуется определение роли COMP и разработка основных методов лечения для предотвращения развития ранней деструкции хряща при остеоартрозе ВНЧС.

Большая часть опубликованных данных подтверждает, что сывороточный уровень СОМР предоставляет важную информацию о метаболических изменениях, в хрящевой матрице при заболеваниях суставов. Эти исследования показывают, что уровень СОМР в сыворотке коррелирует с деградацией хряща и является потенциальным прогностическим маркером при воспалительных заболеваниях суставов. Результаты также демонстрируют связь повышенного уровня СОМР в сыворотке с прогрессией деструкции суставного хряща, наблюдаемой при мониторинге радиографическим методом. Интактный СОМР связывает коллаген I, II типа и IX. Было высказано предположение, что молекулы СОМР играют важную роль в поддержании свойств и целостности коллагеновой сети.

СОМР преимущественно обнаруживается в ткани хряща; в значительно меньшем количестве протеин присутствует в связках, мениске и синовиальной мембране, отсутствует в коже и легких. Молекулы СОМР связывают между собой коллагеновые волокна, стабилизируя коллагеновую сеть в ткани хряща. При состояниях, сопровождающихся повреждением хряща, матричные протеины попадают в синовиальную жидкость и затем в кровь.

По результатам исследования, определение уровня СОМР в диагностике деструкции хряща является более чувствительным методом, чем рентгенологические исследования. Определение СОМР в крови свидетельствует о нарушении метаболического процесса в соединительной ткани, то есть молекула СОМР обеспечивает ее стабильность, в связи с чем можно считать повышение уровня СОМР в крови следствием возникновений морфологически выраженных нарушений в соединительной ткани. БМ можно использовать в качестве критериев эффективности в клинических исследованиях как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения, а также для мониторинга патогенетического лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Бекжанова О.Е., Зайтханов А.А., Маннонов Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

zaithanovaskar@gmail.com

Нами осуществлено клиническое обследование и анализ 400 амбулаторных карт с пациентов с в возрасте от 18 до 65 лет, которым в течении последних 5 лет осуществлена операция по восстановлению зубного

ряда при помощи имплантов. Взаимосвязь распространённости и интенсивности поражений пародонта с распространённостью с тяжестью воспалительных осложнений дентальной имплантации отчетливо видна при сравнительном анализе распространённости отдельных кодов CPITN индекса у пациентов без осложнений и с различной тяжестью осложнений дентальной имплантации.

У пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации достоверно уменьшается количество секстантов зубных дуг со здоровыми зубами и увеличивается – с тяжёлыми поражениями пародонта, включая глубокие ПК размером $\geq 6,0$ мм и отсутствующих (исключенных секстантов) – код X.

Так, у пациентов без осложнений дентальной имплантации распространённость кода 0 (здоровый пародонт) составила 65 (23,21 \pm 2,67%) пациентов; кода 1 (кровоточивость) – 62 (22,14 \pm 2,62%) ; кода 2 (зубной камень) – 137 (48,93 \pm 3,13%); патологических карманов глубиной 4 – 5 мм (код 3) – 10 (3,57 \pm 1,17%); патологических карманов глубиной более 6 мм (код 4) – 4 (1,43 \pm 0,75 %) и удельного веса отсутствующих секстантов (код X) – 2 (0,71 \pm 0,53%); преобладание распространённости более тяжелого поражения пародонта у пациентов с осложнениями дентальной имплантации регистрируется уже из анализа состояния пародонта у пациентов с мукозитом, где соответствующий удельный вес индексов кодов CPITN индекса составил 1 (4,00%); 1 (4,00%); 3 (12,99%); 10 (40,00%); 9 (36,00%) и 1 (4,00%) ($\chi^2=123,891$; $P \leq 0,01$); с периимплантитом средней тяжести – 1 (3,22%); 1 (3,22%); 2 (6,44%); 9 (29,03%); 16 (51,61 %) и 2 (6,44%); при тяжёлом периимплантите 1 (1,56%); 2 (3,12 %); 4 (12,36%); 12 (18,75%); 40 (62,50%) и 5 (7,81%): а у пациентов со всеми воспалительными осложнениями дентальной имплантации соответственно 3 (2,50 \pm 1,42%); 4 (3,33 \pm 1,63%); 9 (7,50 \pm 2,40%); 31 (25,83 \pm 4,27%); 65 (54,17 \pm 4,54%) и 8 (6,66 \pm 2,28%) ($\chi^2 = 266,669$; $P \leq 0,01$).

Установлена зависимость тяжести воспалительных осложнений в зависимости от числа имплантов в зубном ряду.

Таким образом, наши исследования доказывают значение заболеваний пародонта как факторов риска развития и прогрессирования воспалительных осложнений дентальной имплантации.

Список литературы

1. Бекжанова О. Е., Зайтханов А. А. УРОВЕНЬ ПРОЦЕССОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПРОДУКТОВ ЛИПОПЕРОКСИКАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С

- ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ //Журнал" Медицина и инновации". – 2021. – №. 3. – С. 283-289.
2. Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А., Олимжонов К.Ж.// Совершенствование организации лечения заболеваний пародонта в медицинских стоматологических учреждениях. Проблемы биологии и медицины. №3 (119) 2020. С.173-178
 3. Индивидуальное прогнозирование развития осложнений дентальной имплантации на основании оценки клинических факторов риска / Н. В. Шаковец, О. Е. Бекжанова, И. А. Беленова, А. А. Заитханов // . – 2022. – № 7(334). – С. 78-82. – EDN FTJGIO.
 4. Esquivel-Chirino, C., Gómez-Landeros, J. C., Carabantes-Campos, E. P., Carmona-Ruiz, D., Valero-Princet, Y., Márquez-Correa, C., & Morales-González, J. A. (2021). The Impact of Oxidative Stress on Dental Implants. *European Journal of Dental and Oral Health*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.24018/ejdent.2021.2.1.37>
 5. Gul S. S., Abdulkareem A. A., Sha A.M., an Rawlinson A. Diagnostic Accuracy of Oral Fluids Biomarker Profile to Determine the Current and Future Status of Periodontal and Peri-Implant Diseases // *Diagnostics (Basel)*. 2020 Oct; 10(10): 838. Published online 2020 Oct 18. doi: 10.3390/diagnostics10100838 PMCID: PMC7603129 PMID: 33081038

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Ибодуллаева Ш.А.

Ташкентский Государственный стоматологический институт
Ibodullaevrasahnoza65@gmail.com

Кариес зубов и катаральный гингивит являются самыми распространенными стоматологическими заболеваниями (Сунцов В.Г. и др., 2001; Кузьмина Э.М., 2003; Лукиных Л.М., 2003; Недосеко В.Б., 2003; Мамедова Л.А., Ковалевская Е.; Леус П.А, 2007; Zanata R.L., 2010). При лечении и профилактике данных заболеваний необходимо селективно воздействовать на патогенные микроорганизмы зубного налета, повышать устойчивость эмали к действию кислот, устранять воспалительные явления в тканях пародонта, при этом не нарушая физиологическое равновесие флоры полости рта (Леонтьев В.К., 2002; Сунцов В.Г., 2004; Лукиных Л.М., 2006; Кисельникова Л.П., 2007). В отечественной и зарубежной литературе представлено достаточно сведений о применении различных методов

профилактики катарального гингивита (Кисельникова Л.П., 2007; Федоров Ю.А., 2008; Жаркова О.А., Лобкова О.е., 2011). Используемые медикаментозные средства синтетического происхождения имеют ряд существенных недостатков, таких как аллергенное, раздражающее и токсическое действие, высокая стоимость (Беляцкая А.В., 2007; Константинова Е.В., 2010). Таким образом, в современной стоматологии сложным и актуальным является вопрос о совершенствовании способов лечения и профилактики катарального гингивита. Детальное изучение химического состава, фармакологических свойств, а также клинические испытания растений позволяют ежегодно внедрять в практику новые высокоэффективные лекарственные средства растительного происхождения (Мануйлов Б.М., 2003; Еремина А.В., Дегтярева Е.А., 2006; Вилова Т.В.). Препараты из цветков календулы лекарственной оказывают противовоспалительное и антимикробное действие, обусловленное высоким содержанием флавоноидов, гликозидов, сапонинов, смол, органических кислот, макро- и микроэлементов (Курякина Н.В. и др., 2003). В стоматологической практике применяются бутоны гвоздики, содержащие эвгенол, обладающий сильным антисептическим, противовоспалительным, ранозаживляющим, болеутоляющим действием (Корсун В.Ф., 2006).

Материалы и методы. Было проведено обследование 75 пациентов, в том числе 52 женщин и 23 мужчин, в возрасте от 18 до 23 лет с очаговой деминерализацией эмали зубов и хроническим катаральным гингивитом. Пациенты были проинформированы о целях предстоящего научного исследования и дали свое согласие на участие в нем. Контрольные осмотры и наблюдения проводили непосредственно после окончания курса лечения, через 1,3,6 и 12 месяцев после лечения.

Результаты и обсуждение. При проведении клинического исследования до лечения выявлено, что 77,3% пациентов (58 человек) предъявляли жалобы эстетический недостаток, обусловленный наличием белых пятен на зубах верхней или нижней челюсти, 53,3% пациентов (40 человек) на кровоточивость десен при чистке зубов, 34,7% пациентов (26 человек) на гиперемию десны. При проведении микробиологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры зубного налета у 45 пациентов основной и контрольных групп с диагнозом очаговая деминерализация эмали до лечения был установлен высокий уровень микробной обсемененности как резидентными, так и кариесогенными микроорганизмами. После проведения лечебно-профилактических мероприятий отмечено стойкое снижение индекса гигиены у пациентов всех обследуемых групп. Однако, лучшие показатели

были получены через 1 месяц в основной группе - $0,62 \pm 0,06$ балла и контрольной группе 2 - $0,64 \pm 0,07$ балла, что обусловлено устранением с помощью фитопрепарата микробного фактора, определяющего параметры индекса гигиены. Проводимый сравнительный анализ непосредственно после лечения показал наибольшее повышение показателя рН в основной группе, где применялся фитопрепарат, что составило $7,29 \pm 0,01$ ммоль/л. В контрольной группе 1 увеличение было не столь существенным и составило $7,14 \pm 0,02$ ммоль/л, в контрольной группе 2, рН был равен $7,21 \pm 0,02$ ммоль/л. Через 1 месяц произошло достоверное снижение рН в основной группе и контрольной группе 2, что объясняется снижением количества микроорганизмов в зубном налете, приводящее к уменьшению образования продуктов их метаболизма и увеличению рН ротовой жидкости. В отдаленные сроки наиболее стойкий положительный эффект отмечен у пациентов основной группы и составил $7,23 \pm 0,02$ ммоль/л.

Выводы: 1. Разработанный фитопрепарат на основе цветков календулы лекарственной, бутонов гвоздики с добавлением экидистерона может использоваться в стоматологической практике для лечения катарального гингивита.

2. При лечении и профилактике катарального гингивита фитопрепаратом у пациентов с диагнозом очаговая деминерализация эмали, хронический катаральный гингивит легкой степени в 76% улучшаются клинические показатели: жалобы отсутствовали или были значительно снижены; установлено достоверное снижение показателя индекса гигиены по ГринВермиллиону.

Список литературы:

1. Гализина О.А. Эффективность применения танинсодержащего фитокомплекса на микроорганизмы зубного налета / О.А. Гализина, В.Н. Дармограй // Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний:.

2. Гализина О.А. Влияние ингибирующего действия танинсодержащих веществ на микроорганизмы зубного налета / О.А. Гализина, Е.С. Таболина // Актуальные вопросы стоматологии: материалы VII межрегион, науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию стоматологического факультета РязГМУ (Рязань, 27-28 октября 2011 г.). Рязань, 2011.- С. 66-67.

3. Карева Ю.А. Частота и этиопатогенетические основы развития гипертрофического гингивита у беременных женщин (обзор литературы) / Ю.А. Карева, Е.С. Таболина, О.А. Гализина, М.В. Чулкова // Актуальные вопросы стоматологии: материалы VII межрегион, науч.-практ. конф., посвящ.

20- 24 летию стоматологического факультета РязГМУ (Рязань, 27-28 октября 2011 г.).- Рязань, 2011.- С. 100-101.

4. Гализина О.А. Изменение минерального состава ротовой жидкости после применения фитопрепарата / О.А. Гализина, С.И. Морозова, Е.А. Рязанова // Институт стоматологии.- 2013.- №3 (60).- С. 68-69.

5. Гализина О.А. Микробиологические аспекты применения фитопрепарата для лечения и профилактики кариеса зубов / О.А. Гализина, С.И. Морозова // Институт стоматологии.- 2013.- №2(59).- С.62-63.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

**Ибрагимов Даврон Дастамович, Саидова Нигина Бахриддиновна,
Убайдуллаева Сунбула Хамзаевна.**

Самаркандский Государственный медицинский университет,
г.Самарканд, Узбекистан.

Davron_ibragimov72@mail.ru

Введение: Сочетанная травма является одной из сложных проблем современной медицины. За последние десятилетия коренным образом изменилась структура травмы, отмечается одновременное повреждение нескольких анатомических структур.

Наряду с ростом количества повреждений наблюдаются тяжелейшие сочетанные повреждения черепно-лицевого комплекса, обусловленные новым качеством современной скоростной техники. Среди них сочетанные и изолированные повреждения верхней челюсти составляют от 3,5 до 20,5% всех больных с переломами лицевого скелета.

Разработать дальнейшей пути реабилитации больных сочетанными травмами костей лицевого скелета считается актуальным вопросам практике современной челюстно – лицевой хирургии.

Цель: Произвести клинико-статистический анализ сочетанной травмы костей лицевого скелета разработать тактику введения больных.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 198 больных с СТКЛС в возрасте 18-65 лет, получавших стационарное лечение в городском медицинском объединение города Самарканда в период с 2018-2023 гг. из 198 больных мужчин было 176 (88%), женщин 22 (12%). Все больные госпитализированы в экстренном порядке после полученной травмы.

Всех больных в приемном отделение осматривали нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, травматолог, офтальмолог, оториноларинголог. В зависимости от общего состояния и степени тяжести травмы больным

оказывали первую или неотложную медицинскую помощь, после установки предварительного диагноза они были госпитализированы в отделение челюстно-лицевой или нейрохирургии для дальнейшего обследования и лечения.

Результаты: Анализ госпитализированных показал, что 23,3% (46 человек) составили городские жители, 76,7% (152 человек) - сельские жители. Городские жители в течение 3 часов были доставлены в больницу, а сельские жители от 1 до 3 суток, после оказания им первой медицинской помощи по месту жительства.

37,5% поступивших составило сочетанный двухсторонней перелом нижней челюсти. На втором месте сочетанный односторонней перелом нижней челюсти который составил 27,1%, сочетанная травма скуловой дуги, костей носа и нижней челюсти составил 14,6%, сочетанная травма скуловой кости, передней стенки верхнечелюстной пазухи составил 12,5%, сочетанный перелом верхней челюсти составил 8,3%.

Клиническая картина больных с повреждением средней зоны лицевого скелета были разнообразного характера. У 65 (95,6%) больных этой группы отмечали повреждения головного мозга, шок был отмечен у 13 (19,1%) больных, а у 3 (4,4%) больных отмечали перелом костей черепа. У 14 (20,6%) отмечено легкое общее состояние, у 53 (77,9%) среднее общее состояние, а у 1 (1,5%) больного общее состояние было тяжелым. В бессознательном состоянии был 1 больной, у него отмечали ушиб головного мозга. Головная боль, тошнота отмечена у всех 68 (100%) больных этой группы.

Выводы: Таким образом, повреждение средней зоны лица происходит совместно с повреждением головного мозга, костей туловища, скелета и других органов.

В большинстве случаев пациентам своевременно не оказывается специализированная помощь челюстно-лицевого хирурга, резкое снижение иммунологических показателей (клеточных, гуморальных и секреторных) в динамике заболевания создает риск развития осложнений.

Это требует ранней специализированной помощи больным и применения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, чтобы предупредить различных осложнений.

Список литературы:

1. Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич [Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинико-статического анализа](#). Наука молодых - наука будущего. 2023/2/2 (2). Стр. 146-150.

2. Боймурадов Ш.А., Янгиев Р.А., Ибрагимов Д.Д. Инновационные аспекты лечения сочетанной краниофациальной-абдоминальной травмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. – №4,1 (85). – С. 34–36. (14.00.00. №19)

3. Боймурадов Ш.А., Ашуров А., Ибрагимов Д.Д. Краниофациал-абдоминал қўшма жароҳатларни эрта ташҳислаш ва даволаш // Журнал Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2016. – №1 – С. 3–5. (14.00.00. №19)

4. Ибрагимов Д.Д. Применение полиоксидония в комплексном лечении больных с травмами костей лица. // Журнал проблемы биологии и медицины №4 (113) 2019 С.45-47 (14.00.00. №20).

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА)

Научный руководитель к.м.н доцент Абдуазимова Л.А

Ординатор 1 курса факультет детской терапевтической стоматологии

Азимжоновна Навруза

Индивидуальная гигиена полости рта является неотъемлемой частью профилактики основных стоматологических заболеваний и предусматривает оптимальное удаление мягкого зубного микробного налета с поверхности зубов и десен. К сожалению, оптимальное удаление не означает полное удаление налёта. Гигиенический уход за зубами – технически сложная задача. Это связано с тем, что зубные отложения малодоступны прямому воздействию: они лежат на криволинейных, вогнутых и выпуклых поверхностях зубов с различными радиусами кривизны (зубная дуга, каждая поверхность зуба), в узких ретенционных пунктах (фиссурах, межпроксимальных пространствах), покрывают участки зубов, тесно прилежащих к другим органам и тканям.

Начинать дружбу с зубной щеткой нужно с момента прорезывания самого первого зуба. Конечно, малышам чистить зубки должны родители, но с 6-7 лет дети вполне могут справиться с этой задачей самостоятельно. Гигиена полости рта у детей включает в себя ежедневную чистку зубов два раза в день: утром и вечером. Чистить зубы необходимо не позднее 30 минут после приема пищи. Дело в том, что сразу после еды в ротовой полости повышается кислотность, и зубная эмаль немного размягчается. Вечером же зубы чистить лучше непосредственно перед сном. Зубы нужно чистить правильно – разные поверхности требуют чистки разными движениями:

Жевательную поверхность зуба нужно чистить движениями «вперед-назад», ориентируя щетку поперек зубного ряда;

Щечную (обращенную к щекам и губам) поверхность чистят круговыми движениями, массируя при этом десны;

Язычную (обращенную к языку) поверхность также чистят круговыми движениями, уделяя особое внимание передним зубам, где чаще всего образуется камень;

Небную (обращенную к небу) поверхность чистят круговыми движениями, расположив щетку вертикально.\

К предметам гигиены полости рта относятся детские зубные щетки и зубные пасты. Чтобы ребенок чистил зубы регулярно и с удовольствием, зубная щетка должна ему нравиться – быть удобной, красивой и не сильно жесткой. Для самых маленьких нужна зубная щетка с длинной ручкой, двумя рядами щетины длиной в 2 см и узкой головкой. Детям, осваивающим самостоятельную чистку зубов, щетку следует выбирать с объемной ручкой и небольшой головкой. Пасты нужно выдавливать немного, примерно с ноготь мизинца малыша.

Уход за полостью рта детей 4–6 лет осуществляют дети и взрослые совместно с помощью щетки и пасты. Роль родителей – контролировать и направлять ход процедуры, завершить чистку зубов. Щетка должна иметь мягкую щетину. Рекомендуют начинать чистку зубов ребенка с прорезавшихся первых постоянных моляров. Подбор зубной пасты должен осуществлять врач-стоматолог с учетом возраста ребенка, состояния его зубов и десен, содержания фтора в питьевой воде конкретного района. Врач может оценить качество чистки зубов и откорректировать гигиенические навыки ребенка. Дети младшего школьного возраста (7–10 лет) уже самостоятельно чистят зубы, но родители должны постоянно поддерживать мотивацию, контролировать процесс чистки зубов щеткой и при необходимости (если до сих пор не научили) качественно завершать его собственноручно. Продолжительность чистки зубов должна составлять не менее 3 минут. Использование жидких средств гигиены полости рта показано детям, которые умеют контролировать акт глотания.

ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Исламова Нилуфар Бустановна

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,

Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель д.м.н. **Назарова Н.Ш.**
rafulin2021@bk.ru

Введения. Основные симптомы и признаки менопаузы делят на две группы: ранние и поздние. Ранние симптомы включают в себя приливы, потливость, депрессии, возбудимость, раздражительность, расстройство сна, снижение памяти, сухость слизистых. Поздние симптомы включают в себя метаболические (центральное и абдоминальное отложение жира), сердечно - сосудистые (атеросклероз), скелетномышечные (ускорение потери костной ткани - остеопения, остеопороз, повышение риска переломов, саркопения) расстройства.

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний пародонта у женщин в период постменопаузы.

Материалы и методы. В качестве объекта планируется исследование 75 женщин в возрасте от 35 до 60 лет. Предметом исследования будет являться клиническая и лабораторно - инструментальная оценка пародонтологического статуса, а также состояние минеральной плотности костной ткани и циркуляции крови в тканях пародонта. В работе будут использованы современные методы сбора и обработки материалов, с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Результаты исследований и их обсуждение. Заболевания пародонта индуцируются вследствие скопления зубного налета, состоящего из патогенных и условно - патогенных микроорганизмов. Это приводит к разрушению пародонта: углубление десневой бороздки, образование пародонтального кармана, нарушение прикрепление десны к корневой поверхности. Кроме того, рост бляшки способствует ее проникновению под десневой край, вызывая потерю альвеолярной кости и убыль десны.

Выводы. Выявлена статистически значимая высокая качественная и количественная распространенность пародонтопатогенов *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia* в группе женщин в постменопаузе, не принимающих ЗГТ в отличие от группы принимающих ЗГТ ($p < 0,05$). По данным корреляционного анализа при обнаружении *A. actinomycetemcomitans* ($r=0.503027$), *P. gingivalis* ($r=0.469771$) и *T. forsythia* ($r=0.376309$) у женщин, не принимающих ЗГТ, и *P. gingivalis* ($r=0.659410$), *P. intermedia* ($r=0.556428$), *T. denticola* ($r=0.473980$) и *A. actinomycetemcomitans* ($r=0.557223$) у женщин, принимающих ЗГТ, выявлена умеренная корреляционная связь. Разработан и внедрен алгоритм персонализированного

подхода по проведению лечебно-диагностических мероприятий у женщин в климактерическом периоде.

Список литературы:

1. Nazarova N. S., Islomova N. B. POSTMENOPAUSA DAVRIDAGI AYOLLARDA STOMATOLOGIK KASALLIKLARINING KLINIK VA MIKROBIOLOGIK KO 'RSATMALARI VA MEKANIZMLARI //Журнал" Медицина и инновации". – 2022. – №. 2. – С. 204-211.
2. Содикова Ш. А., Исламова Н. Б. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 434-440.
3. Назарова Н., Исламова Н. Этиопатогенетические факторы развития заболеваний пародонта у женщин в периоде постменопаузы //Профилактическая медицина и здоровье. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 55-63.
4. Назарова Н., Исламова Н. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 60-67.
5. Назарова Н., Исламова Н. Postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko 'rsatmalari va mexanizmlari //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 204-211.
6. Иргашев Ш. Х., Исламова Н. Б. ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 305-310.

ЮЗ - ЖАҒ СОХАСИДАГИ ОДОНТОГЕН ФЛЕГМОНАНИНГ АСОРАТЛИ КЕЧИШИНИ КЛИНИК -МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.

**Исхакова Зухра Шарифкуловна, Азизов Ғиёсиддин Камолиддин ўғли,
Жозилов Роман Қобилжонович**

Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети

isxakova.zuxra1985@gmail.com

Долзарблиги: Замонавий тиббиёт ривожланиши билан олимлар яллиғланиш этиопатогенези масалаларини батафсил ўрганиш, одонтоген

флегмона диагностикаси ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш имконини берди, аммо шунга қарамай, асоратлар сони юқориликча қолмоқда, ва баъзи ҳолларда улар ўлимга олиб келмоқда. Юз ва бўйиннинг клиник жиҳатдан кенг тарқалган одонтоген флегмонаси яллиғланиш реакциясининг гиперергик тури билан тавсифланади. Бир қатор муаллифлар томонидан ўрганилган яллиғланиш жараёнининг ушбу вариантнинг сифат хусусиятлари кўп ҳолларда фақат бир қатор ўзгаришларни билдиради, бу патологик жараённинг оғирлиги ва турини аниқлаш имконини беради. Шунинг учун организм тизимларидаги кўп йўналишли ўзгаришларни умумлаштирадиган ва жараённинг интенсивлиги интеграл баҳолашга эҳтиёж бор ва тана тизимлари жараёнлари доминант йўналишини тавсифлайди.

Тадқиқот материал ва методлари: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси (СШТБ) Юз-жағ жарроҳлиги (ЮЖЖ) бўлимида юз-жағ соҳа ва бўйинининг одонтоген флегмонаси билан оғриган 76 нафар бемор комплекс клиник, лаборатория ва иммунологик текшириш ва даволаш ишлари ўтказилди. Улар 2 гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ 51 бемор флегмона кенг тарқалган флегмонаси билан касалланган. Иккинчи гуруҳ 25 бемор йирингли яллиғланиш жараёнининг мурракаб шакли билан касалланган (сепсис, медиастенит, интракраниал асоратлар). Барча беморлар умумий клиник, лаборатор, рентгенологик ва иммунологик текширувдан ўтказилди. Даволаш стандартлаштирилган, этиопатогенетик, симптоматик ва жарроҳлик ёндашувлар қўлланилган. Соловьев бўйича эркин радикал оксидланиш жараёнларининг интенсивлиги липид пероксидланиш маҳсулотлари (ЛПО) даражаси билан баҳоланади. Бирламчи -диен конюгатлари (ДК), триен конюгатлари (ТК), ЛПО яллиғланиш ва антиоксидант ҳимоя фаоллиги (АОД). Макаров О.П.га кўра барча беморлар операциядан олдин қон намуналарини олишди ва тиббий тадқиқотни буюришди. Microsoft Excel 2003 дастурлари ёрдамида тавсифловчи ва параметрик статистика усуллари бажарилди.

Натижалар ва муҳокамалар: Клиник ва лаборатория параметрларини таҳлил қилиш юз ва бўйиннинг кенг тарқалган одонтоген флегмонаси бўлган барча беморларда касалликнинг ўткир бошланиши билан тавсифланган, яллиғланиш жараёнининг гиперергик вариантини аниқлашга имкон берди, умумий ва маҳаллий клиник кўринишлар ва эндоген интоксикациянинг юқори даражаси кузатилди. Кенг қамровли тадқиқот натижаларини батафсил ўрганиш 1-гуруҳ ичидаги фарқларни аниқлади, шу сабабли 2-гуруҳ носпецифик иммунитет, эркин радикал жараёнлар ва эндоген интоксикация назаридан иммунореактивликнинг турли хил вариантлари билан аниқланади. Тадқиқот

натижаларини кейинги шарҳлаш беморларнинг танланган гуруҳларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Хулоса: 1. Нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллиги ва уларнинг флагоген салоҳияти юз-жағ соҳасининг умумий флегмонаси иммунологик турини аниқлайди. 2. Юз-жағ соҳасининг кенг тарқалган одонтоген флегмоналари ва уларнинг дастлабки асоратлари яллиғланиш жараёнининг гиперергик тури билан тавсифланади. 3. Эркин радикал жараёнлар яллиғланиш жараёнининг оғрикли ва организмнинг эндоген интоксикациясининг оғирлиги билан аниқ боғлиқдир. 4. Йирингли инфекциянинг мураккаб кечиши пероксидланишнинг иккиламчи фаоллиги ошиши кечади, тананинг АОП нинг сезиларли даражада камайиши кўринишида намоён бўлади.

**МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ В ОЦЕНКЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА**
**Казеко Людмила Анатольевна¹, Захарова Виктория Алексеевна², Бенеш
Юлия Дмитриевна¹**

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика
Беларусь

²Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова, пос. Лесной Минского р-на Минской
области, Республика Беларусь

1kaf.terstom@gmail.com

Введение. Важное значение в патогенезе воспаления, в том числе тканей периодонта, в настоящее время придается матриксным металлопротеиназам (MMPs). При этом в качестве основных протеаз, участвующих в деструкции тканей периодонта, рассматриваются коллагеназы (MMP8, MMP13) и желатиназы (MMP2, MMP9), которые участвуют в деградации коллагена I типа, представляющего собой преобладающий компонент внеклеточного матрикса [1-3]. Уровень их содержания коррелирует с тяжестью заболевания, его прогрессированием и ответом на проводимую терапию [4-7]. Изучение особенностей экспрессии матриксных металлопротеиназ важно как для понимания механизмов патогенеза периодонтита, так и для определения характера течения заболевания с целью выбора правильного и своевременного лечения.

Цель: изучить уровни экспрессии металлопротеиназ-1,-2,-8,-9,-14 до начала терапии и через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Материалы и методы. Проведён анализ иммуногистохимических препаратов биоптатов десны пациентов с хроническим сложным периодонтитом (n=18) с определением уровней экспрессии металлопротеиназ - 1,-2,-8,-9,-14. Анализ изображения цитоплазматической экспрессии проводили с использованием программы AperioImageScope v12.4.0 с подсчетом позитивности, доли пикселей с высокой и умеренной экспрессией, индекса интенсивности экспрессии. Терапия пациентов включала кюретаж с введением в периодонтальные карманы гемостатической коллагеновой губки, пропитанной трикальцийфосфатом, эвгенолом и йодоформом; при гноетечении применяли НПВП.

Результаты и обсуждение. Выявлена волнообразная динамика уровней MMPs в процессе лечения периодонтита. При исходно низком уровне MMP на этапе манифестации заболевания выявлена тенденция к увеличению уровня экспрессии MMP1 к 6 и 12 месяцам наблюдения. При исходно высоких уровнях экспрессии MMP выявлено прогрессирующее снижение экспрессии MMP2 и MMP9 к 6 и 12 месяцам наблюдения, снижение экспрессии MMP8 к 3 месяцу наблюдения с прогрессирующим повышением к 6 и 9 месяцам и снижением до минимальных значений к концу периода наблюдения. Экспрессия MMP14 изменялась волнообразно, наблюдалось снижение экспрессии к 3 месяцу наблюдения с последующим повышением к 6 месяцу и прогрессирующим снижением к 12 месяцу наблюдения.

Заключение. Динамика уровней экспрессии MMP2, MMP8 и MMP9 свидетельствует об эффективности нового протокола лечения, в том числе по сравнению со стандартной терапией болезнью периодонта. В то же время волнообразная динамика экспрессии MMP1 и MMP14 коррелировала с клиническими признаками рецидива и свидетельствовала об их роли в прогрессировании воспаления и деструкции тканей периодонта при незначительном ответе на проводимую терапию.

Список литературы

1. Sorsa T, Mantyla P, Tervahartiala T, Pussinen PJ, Gamonal J, Hernandez M. MMP activation in diagnostics of periodontitis and systemic inflammation. *J Clinl Periodontol.* 2011;38(9):817-819. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01753.x>
2. Hernandez M, Valenzuela MA, Lopez-Otin C, Alvarez J, Lopez JM, Vernal R, Gamonal J. Matrix metalloproteinase-13 is highly expressed in destructive periodontal disease activity. *J Periodontol.* 2006;77(11):1863-1870. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050461>

3. Hernandez RM, Sorsa T, Obregon F, Tervahartiala T, Valenzuela MA, Pozo P, Dutzan N, Lesaffre E, Molas M, Gamonal J. Proteolytic roles of matrix metalloproteinase (MMP)-13 during progression of chronic periodontitis: Initial evidence for MMP-13/MMP-9 activation cascade. *J Clin Periodontol.* 2009;36(12):1011-1017. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.2009.01488.x>

4. Cox SW, Eley BM, Kiili M, Asikainen A, Tervahartiala T, Sorsa T. Collagen degradation by interleukin-1b-stimulated gingival fibroblasts is accompanied by release and activation of multiple matrix metalloproteinases and cysteine proteinases. *Oral Dis.* 2006;12(1):34-40. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2005.01153.x>

5. Sorsa T, Tjaderhane L, Konttinen Y, Lauhio A, Salo T, Lee H, Golub LM, Brown D L, Mantyla P. Matrix metalloproteinases: contribution to pathogenesis, diagnosis and treatment of periodontal inflammation. *Ann Med.* 2006;38(5):306-321. <https://doi.org/10.1080/07853890600800103>

6 Marcaccini AM, Meschiari CA, Zuairi LR, Sousa T, Taba M, Teofilo JM, Jacob-Ferreira AL, Tanus-Santos JE, Novaes AB, Gerlach RF. Gingival crevicular fluid levels of MMP-8, MMP-9, TIMP-2, and MPO decrease after periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 2010;37(2):180-190. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01512.x>

7. Goncalves RP, Damante CA, Lima FL, Imbronito AV, Nunes FD, Pustiglioni FE. Detection of MMP-2 and MMP-9 salivary levels in patients with chronic periodontitis before and after periodontal treatment. *Revista Odonto Ciencia.* 2009;24(3):264-269.

ORAL MANIFESTATIONS OF EXUDATIVE ERYTHEMA MULTIFORME

Kamilov Kh.P., Takhirova K.A.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Introduction: Erythema multiforme of the oral mucosa is a complex multifactorial acute inflammatory disease characterized by polymorphic rashes on the oral mucosa (genital organs), skin, cyclic course, and a tendency to relapse. Two main forms of multiform exudative erythema are small and large erythema multiforme. With a small erythema multiforme, only the bottom mucous membrane is affected and symmetrical target skin lesions are visible on the limbs. This contrasts with the main erythema multiforme, which affects two or more mucous membranes, and these lesions are very diverse. The peculiarities of the mouth in the cavity are

very characteristic: on the lips and the mucous membrane of the mouth, blisters are formed, which in the end burst and merge, forming erosive and ulcerative lesions woolly pseudo-film. Peeling of the gums, hemorrhagic covered lesions of the lips are also observed. Asymmetric erythematous maculopapular lesions eventually collapse and merge, forming plaques on the skin. The defeat of the target or the iris ("cocarda") is a classic lesion of the skin with erythema multiforme. The diagnosis of erythema multiforme can be difficult in the case of a monomorphic blistering rash and in the absence or small number of typical targets. Of particular interest are the distinguishing features and manifestation of erythema multiforme of different etiologies.

Objectives. To study the clinical course of erythema multiforme exudative form.

Materials and methods. The study involved 40 people, aged 18-55 years, diagnosed with erythema multiforme exudative, who applied and were under outpatient observation. The anamnesis of the course of erythema multiforme and the clinical course of the present relapse were studied. The frequency of occurrence of erythema multiforme exudative was determined and the causal relationships of lesions of the oral mucosa in this pathology were analyzed, including risk factors in the development of pathological conditions of the oral mucosa.

Results and discussion. In the course of the statistical analysis, it was found that in 39% of cases, young people aged 21-40 years were most susceptible to erythema multiforme, and chronic and recurrent purulent-inflammatory infections of the ENT organs (32%) were noted with a high frequency of concomitant diseases, and diseases of the gastrointestinal tract (17%). Complaints of patients with erythema multiforme consisted of pain (95%), tightness (72%), discomfort (29%), burning sensation (66%). During the survey, we found out the duration of the disease, the frequency of exacerbations, the nature of the treatment, the duration of remission. Around 70% of cases of MEE have characteristic features of the oral cavity. Lesions of the oral cavity have a tendency to necrotization of the mucous membrane and anterior parts of the mouth in the cavity. Obvious afflicted the sites are lips 54%, mucous membrane cheeks 42 % tongue 36 and mucous palate 27%. In patients with erythema multiforme of the oral mucosa, there is a deterioration in oral hygiene. In all patients, the value of the OHI-S index was 2.26 ± 0.13 and 0.85 ± 0.22 , respectively ($P < 0.01$). A low level of oral hygiene enhances the inflammatory and destructive lesions of the oral cavity and reduces local immunity and, thereby, aggravates the clinical course of erythema multiforme in the oral cavity.

Conclusion. Thus, the results of our studies show that the erythema multiforme initially manifests itself in the red border of the lips, on the mucous membranes of the

oral cavity, cheeks, tongue, hard and soft palate, and is represented by clinical subjective and objective manifestations, as well as a decrease in dental quality of life indicators, which requires special approaches in the diagnosis of this disease

УВЕЛИЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Каримов Ислом Икромович

Самаркандский государственный медицинский университет

makhmudova.ugiloy@gmail.com

Научный руководитель: Махмудова Угилой Бахтиёровна

Известно, что в 100% случаев альвеолярная кость после удаление. Альвеолярная кость, лишенная основной опорной функции в течение 3 лет после удаления зуба, уменьшается на 40-60%. После того, костная ткань атрофируется приводит к серьезным трудностям при ортопедическом лечении пациентов, использующих полностью съемные протезы. Несмотря на крупномасштабную проблему костной ткани в последние годы, несмотря на обширное рассмотрение костной ткани, она не утратила свое значение в протезировании с точки зрения фиксации и стабилизации обработки и полного удаления. Невозможно достичь хорошего крепления и стабилизации полных съемных протезов. В связи с этим имплантация в отношении челюсти или имплантат объем альвеолярной костной ткани путем одновременно имплантированных инструкций для костной имплантации. 33 пациента на верхней и нижней челюсти в верхней и нижней челюсти между 53 годами и 82 были отобраны для исследования. Все пациенты с полной адентией делятся на 3 группы. Первая группа включает 13 пациентов, которые подготовили удаление протезов традиционным способом. Вторая группа включает в себя 10 пациентов, которые производят дополнительные протезы, прикрепленные к внутреннему увеличению имплантатов. Третья группа включает в себя 12 пациентов. Ортопедическое лечение приводит к тому, что первая группа пациентов считается положительным или отрицательным: 1 - период адаптации; 2 - уровень стабилизация протезов; 3 - Возможности для употребления различных продуктов питания. Во втором и третьем группах эффективность имплантата была оценена в дополнение к вышеуказанным критериям. Критерии для эффективности имплантатов определяются в следующих случаях: 1.0 - клинически действие или его подвижность в физиологических добавках тканей; Стоматологическое воспаление, костный карман, повреждение и повреждение десен; Имплантат дает полное функциональное давление в качестве поддержки протезации имплантата.

Количество 50 процентов первой группы пациентов полностью удовлетворено, съемные процессы, поэтому они были ограничены использованием различных продуктов питания. Было трудно адаптироваться к протезам и пациентам с 1,5 месяцами. Первый период адаптации не превышал 3 недели и легко переносится пациентами у всех пациентов 2 и 3. Для улучшения анатомической ретенции полных съемных протезов и более эффективного восстановления с их помощью функции жевания и речи, как показали наши исследования, необходимо применять более широко при отрицательных результатах традиционного протезирования съемные протезы, фиксированные аттачменами на внутрикостных имплантатах и протезы, фиксированные на внутрикостных имплантатах с одновременным увеличением объема альвеолярной костной ткани.

Список литературы.

1. Bakhtiyorovna M. U. MODERN METHODS PREVENTION AND TREATMENT POSTOPERATIVE HYPERESTHESIA IN ORTHOPEDIC DENTISTRY //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 12. – С. 1104-1108.
2. Абакумов С.И., Петров И.Ю. Клинический случаи использования временных и постоянных имплантатов «Лико» при протезировании пациента с частичной адентией нижней челюсти. // Проблемы современной имплантологии. Саратов - 2004. - С. 157-158.
3. Абдуллаев Ф.А. Клинико-экспериментальное обоснование метода непосредственной имплантации: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2003. - 24с.
4. Абрамович А.М. Качество жизни больных с частичным и полным отсутствием зубов: Автореф. дис . канд. мед. наук. М., - 2005. - 25 с.

ORAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH COVID-19

Bekjanova O.Ye., Kayumova V.R., Atabekova Sh.N.

Tashkent State Dental Institute

visola83@inbox.ru

At the beginning of the pandemic, it was assumed that COVID-19, unlike other viral infections, had no oral lesions. However, SARS-CoV-2 has been detected in the saliva of patients, and the transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) of saliva may be more sensitive than the nasopharyngeal test. The SARS-CoV-2

receptor, angiotensin-converting enzyme 2 (ACE 2), is found in the lung, liver, kidney, gastrointestinal tract (GIT), and even on the epithelial surfaces of salivary glands and on the vascular endothelium of the skin.

In addition, ACE2 is found on the oral mucosa, with a higher concentration on the back of the tongue and salivary glands and a lower concentration on the mucosa of the cheeks or palate. Salivary gland tissue and oral mucosal epithelium are receptors for ACE2, a membrane protein that is the primary mechanism of SARS-COV-2 adhesion; epithelial tropism of the virus determines the length of the latent transmission period. [4,5]

High concentrations of the virus in saliva and nasal secretion may be one of the mechanisms involved in the development of oral diseases associated with SARS-CoV-2 infection.

In some cases, dental pathology is the first clinical sign of COVID-19 or lags the onset of general COVID-19 symptoms from 3 to 31 days.

Nosological forms of lesions include aphthous stomatitis, herpetiform lesions, candidiasis, Kawasaki-like vasculitis, mucositis, drug rash, ulcerative necrotic periodontitis, angular cheilitis, atypical Sweet's syndrome, and Melkerson-Rosenthal syndrome. Oral diseases were equally common in both sexes (49% females, 51% males). The most frequent complaints of patients were pain, burning or itching - in 68% of cases. The time gap between the onset of systemic symptoms and oral lesions ranged from 4 days to up to 12 weeks.

Patients with COVID-19 show certain dental symptoms that can help physicians identify suspicious cases. These include oral ulcers, vesicular lesions, erythematous spots, and acute parotitis. The actual prevalence of dental pathology in patients with COVID-19 is underestimated, mainly because of the lack of documentation of oral examinations in this group of patients and dental manifestations of this disease are underreported because of the novelty of the pathology, the isolation of patients, and the presence of other manifestations of COVID-19.

References

1. Bekjanova O.E., Kayumova V.R. Influence of coronaviral infection on the development of dental pathology //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 13.
2. Bekjanova O. Y., Kayumova V. R. INDICATORS OF CARIES INTENSITY IN PATIENTS WHO UNDERWENT COVID-19. – 2022.
3. Kayumova V. R., Bekjanova O. Y. INDICATORS OF PERIODONTAL PATHOLOGY IN PATIENTS AFTER COVID-19. – 2022.

4. Xu H, Zhong L, Deng J, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 2020; 12(1): 8.
5. Xu R, Cui B, Duan X, et al. Saliva: potential diagnostic value and transmission of 2019-nCoV. *Int J Oral Sci.* 2020; 12: 11.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.

Киряков Д.А., Аюбова Н.М., Азизов Б.С.

Новообразования кожи являются не только актуальной междисциплинарной проблемой клинической и профилактической медицины, но и социально значимой проблемой.

Актуальность проблемы обусловлена не только абсолютным ростом числа больных с различными формами опухолей кожи, но и появлением новых аппаратных методик, позволяющих достаточно быстро (и в большинстве случаев эффективно) удалить новообразование.(1)

В связи с отмечающейся в мире тенденцией к росту ЗНК актуален анализ динамики заболеваемости ЗНК, на основании которого можно получить представление о вероятных причинных факторах, обусловивших эту тенденцию, выделить группы риска развития ЗНК и рационально организовать противораковую борьбу [3].

Анализируя нынешнее состояние проблемы, учитывая опыт зарубежных коллег, нами были разработаны памятка для медицинских работников первичного звена здравоохранения и опросник для анкетирования населения. С их помощью патронажными медицинскими сестрами во время обходов и врачами общей практики при плановых и профилактических осмотрах могут быть выявлены различные новообразования кожи среди пациентов, которых они, затем, направят к профильным специалистам. Таким образом, увеличится выявляемость ЗНО кожи и повысится онконастороженность среди медицинского персонала.

При содействии ГУЗ Ташкентской области, во втором полугодии 2022 года, данная анкета и памятка были распространены среди медицинского персонала Алмалыкского района, как преимущественно промышленного. Проведено ознакомительное занятие для сотрудников, с целью разъяснения возможных вопросов и порядка действия медицинского персонала. Было внедрено 190 памяток и 2200 анкет.

Проведен анализ выявляемости новообразований кожи в 2021 и 2022 годах, а также в первой и второй половинах 2022 года на базе ТОФ РСНИПМЦОиР. Из Алмалыкского района в 2021 году выявляемость опухолей кожи составила 371 человек, а в 2022 году впервые выявлено новообразований у 420 человек, из них с опухолями кожи- 92. За первое полугодие- 31 человек, за второе полугодие- 61. Результаты анализа приведены в таблице:

Диагноз	2021 год	2022 год
Папиллома	50	78
Липома мягких тканей	19	52
Фиброма мягких тканей	22	27
Атерома кожи	10	5
Пигментный невус	20	41
Дермоидная киста	11	35
Фибролипома мягких тканей	15	25
Рак кожи	37	45

Во всех случаях проведено патоморфологическое исследование биопсийного и операционного материала, все диагнозы подтверждены.

Результаты данных исследований свидетельствуют об эффективности разработанной системы раннего выявления образований кожи среди населения.

PREVALENCE OF DENTAL CARIES IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Bekjanova O.Ye., Kosimova G.I., Azimov N.A.

Tashkent State Dental Institute

bekjanovaolga@mail.ru

In dentistry, the risk in treating patients with controlled thyroid dysfunction is not increased. In contrast, undiagnosed or uncontrolled thyroid disease poses a risk.

Dental pathology in hyperthyroidism can manifest as high prevalence and severity of dental caries, severe periodontal disease, extraglandular thyroid overgrowth (predominantly in the back of the tongue, known as ectopic or lingual osteoporosis), maxillary or mandibular osteoporosis, accelerated tooth eruption/early temporary tooth loss and burning syndrome in the mouth.

To that end, the dentist should be alert for any signs of such dysfunction and refer the patient for consultation before dental interventions.

Material and Methods. 285 patients of both sexes with a confirmed diagnosis of hypothyroidism who were under treatment and/or examination were examined. The examination was carried out in standardized conditions according to WHO criteria. Carious lesion intensity was assessed with the caries intensity index - DMFT index (DMF is the sum of d+m+f), (cariou (d) + missing (m) + restored tooth (f) / T - number of examinees. The effect of hypothyroidism on caries intensity was assessed by Δ DMFT (increase in dental caries intensity) relative to the comparison group, and the effectiveness of treatment measures by Δ DMFT (reduction in the increase in dental caries intensity).

All examinees were divided into groups according to the severity and duration of hypothyroidism.

Results. Our examinations showed high prevalence of caries in the group of examined patients - all 100,0% of examined hypothyroidism cohort and comparison group had caries lesions of this or that severity. At the same time the level of caries intensity in the comparison groups had significant differences.

Average caries intensity in hypothyroid patients estimated by DMFT index value in all studied age periods was statistically significantly ($P \leq 0,05$) higher than in comparison group. Mean intensity of carious lesions (DMFT index) in hypothyroid patients was 18.25 ± 0.80 affected teeth against 12.61 ± 0.53 ($P \leq 0.05$) in the comparison group (Table 3.1.1.). It should be noted that DMFS surface caries intensity index in all age periods was also statistically significantly ($P \leq 0.05$) superior to the comparison group. The group mean DMFS surface caries intensity index in hypothyroid patients was 32.32 ± 1.45 versus the corresponding value of 118.46 ± 0.91 ($P \leq 0.01$) in the comparison group.

In all studied age periods the caries intensity according to the DMFS index exceeded the corresponding data of the comparison group. Thus, in the age range of 18-24 years the DMF index value in patients with hypothyroidism exceeded the corresponding values of the comparison group by $1,44 \pm 0,52$ affected teeth (%T = 71,64%); the corresponding dynamics in the age group 25 - 34 years was $2,38 \pm 0,11$ (%T = 73,23%); in the index age group 35 - 44 years this increase was already $2,25 \pm 0,09$ (%T = 75,62%) in the age group 45-54 years, respectively, 5.12 ± 0.23 (%T = 71.11%); 55 - 64 years - 7.19 ± 0.35 (%T = 62.96%) and over 65 years - 5.04 ± 0.21 (%T = 32.90%); similar Δ DMFS surface index dynamics were 2.41 ± 0.11 affected tooth surfaces (%S = 77.49%); 3.41 ± 0.16 (%S = 64.95%); 5.23 ± 0.11 (%S = 71.64%); 9.37 ± 0.37 (%S = 54.32%); 15.29 ± 0.69 (%S = 88.28%); 17.18 ± 0.85 (%S = 65.00%) respectively.

Conclusion. Thus, patients with hypothyroidism showed an increase in caries intensity equal to 6.64 ± 0.26 (%S = 44.73%) of the tooth Δ DMFT index and surface caries equal to 13.86 ± 0.69 (%S = 75.08%) of the tooth surface Δ DMFS index.

References

1. Araujo, V. M., Melo, I. M., & Lima, V. (2015). Relationship between periodontitis and rheumatoid arthritis: Review of the literature. *Mediators of Inflammation*, **2015**, 259074–259015. <https://doi.org/10.1155/2015/259074>
2. Attard, N. J., & Zarb, G. A. (2002). A study of dental implants in medically treated hypothyroid patients. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, **4**(4), 220–231. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8208.2002.tb00174.x>
3. Chrysanthakopoulos, N. A., & Chrysanthakopoulos, P. A. (2013). Examination of the relation between periodontal disease indices in patients with systemic diseases. *Acta Stomatologica Croatica*, **47**(3), 217–232. <https://doi.org/10.15644/asc47/3/3>
4. Gupta, R., Goel, K., Solanki, J., & Gupta, S. (2014). Oral manifestations of hypothyroidism: A case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, **8**(5), 20–22. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8905.4379>

THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Komilova A.Z. Ibadullayeva B.A

Introduction: of Chronic recurrent aphthous stomatitis (HRAS) is an inflammatory disease of the oral mucosa, characterized by recurrent aphthal hatching and a long course with periodic exacerbations. The greatest importance is given to the pathology of the gastrointestinal tract, accompanied by a violation of the balance between organism and bacterial flora. Violations of microbiocenosis, changes in immune status and local erosive-inflammatory manifestations of the disease are considered in the only place where the role of the trigger mechanism may belong to any of these components. For the treatment of HRAS, antimicrobial, analgesic, anti-inflammatory, regenerating, and accelerating epithelization media are traditionally used, especially the use of immunomodulators.

Materials and methods: 50 people participated in the study, they were divided into 2 groups: The study period was 3.6 months after treatment. There were 30 patients in the main group, and 20 patients in the comparison group.

As part of local therapy, in the course of the study, chronic foci of oral infection were sanitized in patients, professional, rational oral hygiene was carried

out, as well as training in the peculiarities of individual oral hygiene followed by controlled brushing of teeth. Local treatment included the use of drugs with analgesic effect, antiseptic treatment of pathological foci and oral cavity, the use of proteolytic enzymes.

Research results and discussion: The main element of mucosal lesion in HRAS was erosive and ulcerative elements in the form of aft. The analysis of clinical manifestations of the disease allowed differentiating different variants of its course, determined by the number and condition of AFT and the severity of symptoms of general intoxication.

Conclusions: Thus, the presented results of the study obtained in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis allow to assess the clinical course and carry out complex treatment. In patients with HRAS, the indicators of the quality of life are reduced: the physical component of health, and the mental component.

КОВИД-19 БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮЗ ЖАҒ СОХАСИНИНГ ЙИРИНГЛИ НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ ГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Курбонов Ё.Х, Боймуродов Ш.А, Махмадалиева Д. О., Юсупов Ш.Ш.

Тошкент тиббиёт Академияси

Коронавирус хасталиги утказган беморларда бош мия синусларида, юз қон томирларда қонни агрегацияси ва реалогиясини ўзгариши оқибатида юз суяклари ва юмшоқ тўқимасида йирингли некротик жараёнлар каби огир асоратлар кузатилмоқда.

Мақсад: Ковид-19 утказган беморларда юз суяклари ва юмшоқ тўқимасида йирингли некротик жараёнлар каби огир асоратлар шаклланишида уларнинг генетик мойиллигини ўрганиш .

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Клиник таҳлил Тошкент тиббиёт академияси куп тармокли клиникасига бир йил мобайнида мурожаат қилган йирингли жарроҳлик бўлими негизида ташкил этилган COVID-19 асоратларини даволаш марказида даволанган 118 нафар беморлар олинган бўлиб, назорат гуруҳига 20 нафар амалий соғлом шахслар ташкил этди.

Натижалар: Биринчи гуруҳ (асосий гуруҳ) ёндош соматик патологияси бўлган операция учун даволанаётган 118 нафар бемордан иборат (53 та аёл ва 65 та эркак, ўртача ёш $57,09 \pm 4,6$) бўлди.

Назорат гуруҳи ($n=20$) ёндош соматик патология бўлмаган 8 та аёл ва 12 та эркакдан иборат бўлди, уларнинг ўртача ёши $54,7 \pm 3,8$ ни ташкил этди.

Асосий клиник гуруҳга ёндош умумсоматик патологияси бўлган ва бўлмаган, юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш жараёнининг ўртача огир ва огир

даражаси, суб - ва декомпенсацияланган ҳолати бўлган беморлар кирди. Касалхонага ётқизилган куни беморлардан генетик тадқиқотлар учун қон намуналари олинди. Биологик материал 1 марта олинди, бу юз-жағ соҳасининг флегмонаси ва хўппози билан касалланган, COVID-19 ўтказган беморларда генетик кўрсаткичлар ўзгаришини ўрганиш имконини берди.

Молекуляр генетик тадқиқотлар бир неча босқичлардан иборат бўлди:

1. Қон олиш.
2. Периферик қон лимфоцитларидан ДНКни ажратиб олиш.
3. ПЗР ўтказиш.
4. Электрофорез ўтказиш ва натижаларни визуализация қилиш.

Иш жараёнида генларнинг 4 та полиморф варианты ўрганилди. MTHFR генининг 1p36.22, 677 C>T ва 1p36.22, 1298 A>C полиморфизми ҳамда MTR генининг 1q43, 2756 A>G ва 5p15.31, 66 A>G полиморфизми ўрганилди.

Биз MTHFR генида 677C>T rs1801133 полиморфизмининг T/T моногенотиби, MTR генида 66A>G rs1801394 полиморфизмининг C/C моногенотиби билан ЮЖСнинг ковиддан кейинги асоратларининг ривожланиши бевосита боғлиқлигини аниқладик.

Хулоса: MTHFR генидаги rs1801133 677C>T полиморфизмининг T/T генотиби ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар ривожланиши ва клиник кечишига сезиларли мойиллик берувчи таъсир кўрсатади ($\chi^2=3,423$; $P=0,068$; $RR=5,271$; $OR=5,902$; 95% CI: 3,166-8,774). MTHFR генидаги rs1801133 677C>T полиморфизмининг T/T генотиби ва MTR генидаги 66A>G rs1801394 полиморфизмининг C/C моногенотиби ташувчиларида MTR гени rs1805087 2756A>G полиморфизми ва MTHFR гени rs1801131 1298 A>C полиморфизмининг бошқа генотипик вариантларини ташувчилари билан солиштирганда ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар ривожланишининг нисбий хавфи 6 баравардан кўпроққа ошади.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЮДРИЛ ПРО В СОЧЕТАНИИ ОСТЕОГЕНОМ ПОСЛЕ СЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз, Абсаматов Жасур
Кодирхонович**

Bone.1996@mail.ru

Самаркандский Государственный медицинский университет,
г.Самарканд, Узбекистан.

Введение: В повседневной практической работе на хирургическом приеме, врач часто сталкивается с необходимостью проводить оперативные

вмешательства по поводу сложного удаления нижнего третьего моляра. Эта проблема по данным различных авторов встречается в 54,6% случаях, а процент осложнений воспалительного, характера составляет 23,7-40,6%. Затрудненное прорезывание нижних третьих моляров приводит к патологическим изменениям корневой системы соседних зубов, межзубной, межкорневой костной ткани, а также способствует изменению в височно-нижнечелюстном суставе.

После сложной операция удаление зуба нижнего третьего моляра заживление в лунке удаляемого зуба не всегда протекает гладко, есть высокая вероятность развития различных гнойно-инфекционных осложнений. Применение современных антисептических средств и препаратов ускоряющие реминерализацию кости в лунке зуба обеспечивает благоприятное местное воздействие на заживление лунки зуба после сложной операции удаление третьего моляра нижней челюсти.

В связи с выше изложенным, особое значение приобретает поиск современных антисептических препаратов обладающих высокими противовоспалительным, антибактериальными ранозаживляющими способностями и костообразующими свойствами актуальным считается в практике хирургической стоматологии.

Цель: Целью данной работы является повышение эффективности лечения больных с применением препаратов Элюдрил про и Остеогенон после выполнения сложной операции удаление зуба третьего моляра нижней челюсти.

Материал и методы: Обследовано 36 пациента в возрасте от 18 до 34 лет, обратившихся по причине болезненности и нарушение функции в акте жевания в области нижней челюсти. По методу проводимого лечения больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 15 пациентов которым были проведены операции по удалению зуба мудрости нижней челюсти, было назначено традиционное методика лечения.

Вторую группу составили 21 пациентов которым после удаления зубов была произведена антисептическая обработка самой лунки и окружающей слизистой оболочки полости рта препаратом Элюдрил про. Благодаря ускорение заживления костной ткани челюсти больным этой группы применяли препарата Остеогенон в таблетированной форме. После выполнения сложной операции удаление зуба третьего моляра нижней челюсти в составе комплексного лечение больным назначили препарат Остеогенон по 1 таб. 2 раза в сутки, течение 7 дней. Больным проводили клиническое, рентгенологическое,

мультиспирально компьютерно томографическое (МСКТ) и иммунологические обследования.

Результаты: Среди больных в первой группе пациентов после удаления зуба мудрости нижней челюсти у 6-х больных наблюдалось альвеолит лунки удаленного зуба, которой потребовалось дальнейшее комплекс мероприятий направленный на лечение альвеолита лунки зуба.

Вторую группу составили пациенты которым было произведена антисептическая обработка самой лунки и окружающей слизистой оболочки полости рта препаратом Элюдрил про которым был назначен на дом, полоскание ротовой полости в течение 3 дней после операции. Всем больным назначенный препарат Остеогенон в таблетированной форме по 1 таб. 2 раза в сутки, течение 7 дней, осложнение наблюдалось у одного пациента, у больного наблюдался местный коллатеральный отек из за не соблюдения режима лечения.

Выводы: Таким образом, с использование современных антисептиков и остеорегенеративных препаратов обеспечивает заживление лунки удаляемого зуба первичным натяжением и предупреждает воспалительные осложнения данной области.

Список литературы:

1. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021 (2). Стр. 287-291.

2. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ АНТИСЕПТИКОВ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОРЕГЕНРАТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПОСЛЕ СЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

3. Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. 2023/2/2 (2). Стр. 168-173.

4. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ДЕКАСАН И СТОМОРАД. ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ И ПРИКЛАДНАЯ НАУКА: СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ. 2023. Стр. 328-339.

5. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов.

Применение препарата элюдрил про в комплексном лечения для профилактике в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29 (1). Стр. 88-89.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К
ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНДРОМА ПСИХОСЕНСОРНО-АНАТОМО-
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ**

Анастасия Александровна Лычагина

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Anasteishaa7x@yandex.ru

Актуальность. В настоящее время широко используется системный подход в медицине, предполагающий диагностику и лечение всей системы организма, а не только больного органа. На важность лечения больного, а не болезни указывали выдающиеся представители отечественной медицины М. Я. Мудров, С. П. Боткин, В. Ф. Войно-Ясенецкий, Г. А. Захарьин, С.П. Боткин и др [1]

Системный подход в медицине — это философско-методологический принцип познания орга-низма человека как единой природно-социальной системы, составные компоненты которой неразрывно связаны и взаимодействуют между собой. [2]

Внутренняя картина болезни оказывает влияние на течение, прогноз и исход заболевания, что обуславливает актуальность ее изучения в рамках системного подхода. Знание индивидуальных психологических особенностей пациента с опухолями челюстно-лицевой локализации, его самооценки выраженности отдельных проявлений основного заболевания и сопутствующей фоновой патологии необходимы при разработке комплексной индивидуально ориентированной программы лечения и реабилитации. [1]

Для оценки внутренней картины болезни М. М. Соловьев (2013) разработал методику первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации с использованием «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации». В дальнейшем работы по изучению «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации» были продолжены на

базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. [2]

Исследование синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации (ПСАФ), предложенного М.М. Соловьевым и соавт., [3] проводятся в клинической соматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии, а также в процессе привыкания пациентов к различным конструкциям зубных протезов, в том числе на искусственных опорах [4]. Появились единичные сообщения об исследовании данного синдрома при лечении онкологических больных [5].

Цель исследования. Проанализировать опыт применения экспресс-диагностики ПСАФ при лечении больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации.

Материал и методы исследования. Представлены результаты экспресс-анализа

аутодезадаптации у 100 онкологических пациентов, находящихся на обследовании и лечении в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер». У 40 больных диагностирован рак кожи, у 20 - рак дна полости рта и языка, у 20 - рак околоушной слюнной железы, у 14 - рак верхней челюсти, у 6 - рак подчелюстной слюнной железы. Пациенты до и после проведения хирургического лечения заполняли лист добровольного доверительного информирования врача (лист ДДИВ), в котором указывали, что его беспокоит, не позволяет чувствовать себя здоровым, успешным человеком и т. д. и влияет на формирование дезадаптации.



Рис.1 Плоскоклеточный рак нижней губы (до и после операции)



Рис.2 Плоскоклеточный рак височной области слева (до и после операции)

Результаты. Самооценка пациентами выраженности своих жалоб использовалась для первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации. При оценке листа ДДИВ использовалась девятибалльная шкала значений – от 1 до 9. Анализ таких понятий как слабо, умеренно, сильно, чрезвычайно производился после последующего перевода этих понятий в баллы от 1 до 9. Эти баллы вносились в соответствующие ячейки для каждого из четырех кластеров: психического, сенсорного, анатомического, функционального. Производился расчет структуры синдрома ПСАФ аутодезадаптации, при этом учитывались все жалобы, относящиеся к каждому из четырех кластеров. В последующем вычислялась динамика интегрального показателя ПСАФ аутодезадаптации путем суммирования значений всех баллов у пациентов, участвующих в исследовании. Полученный результат делился на число

пациентов и на 4 (число изучаемых параметров). У пациентов с диагнозом рак кожи или меланома до операции преобладают анатомический кластер (наличие опухоли). После операции преобладает психологический кластер (принятие новой внешности). Таким пациентам необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак дна полости рта и языка до операции преобладают функциональный и анатомический кластеры (наличие опухоли, нарушение функций жевания, экскурсия языка). После операции преобладают функциональный и анатомический кластеры, но в меньшей степени (адаптация к изменениям функции и анатомии). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачами-стоматологами различных специальностей. У пациентов с диагнозом рак подчелюстной слюнной железы до операции преобладает социальный кластер (беспокойство о состоянии семьи и их отношении к заболеванию), после операции преобладают социальный и анатомический кластеры (косметический дефект и отношение родственников к заболеванию). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак околоушной слюнной железы до операции преобладают функциональный кластер (нарушение мимики лица, болевой синдром). После операции преобладают функциональный и психологический кластеры (паралич лицевого нерва или отдельных его ветвей, снижение самооценки). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак верхней челюсти до операции преобладает функциональный кластер (нарушение функции жевания), после операции преобладают функциональный и анатомический кластеры, но в меньшей степени (адаптация к изменениям функции жевания и анатомический дефект). Необходима реабилитация совместно с врачом-стоматологом.

Заключение. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и апробации основных направлений и подходов к решению проблемы дезадаптации у онкологических больных, обосновывают необходимость оценивать синдром ПСАФ аутодезадаптации не только в раннем послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки после завершения лечения.

Список литературы:

1. Соловьев, М. М. Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и

ЛОП-органов / М. М. Соловьев // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2013. – Т. 19. – № 1. – С. 25-28. – EDN RTYNSD.

2. Системный биопсихосоциальный подход к обследованию и лечению больных челюстно-лицевой патологией с использованием данных экспресс-диагностики ПСАФСэ аутодезадаптации / М. М. Профессор Соловьев, А. И. Яременко, А. П. Григорьянц [и др.] // Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2019. – Т. 16. – № 4. – С. 14-22. – EDN DWGOEF.

3. Клинический опыт использования синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии / А.К. Иорданишвили [и др.] // Стоматологический научно-образовательный журнал. – 2018. -№3/4- С.2-10.

4. Матчин А.А. Первые итоги апробации использования синдрома психосенсорно-функциональной дезадаптации в онкостоматологии / А.А. Матчин, Л.А. Шупляк // Оренбургский медицинский вестник / - 2020. - №1(29). –С.39-46.

5. Опыт применения экспресс-диагностики психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации на пародонтологическом приеме / М.М. Соловьев [и др.] // Пародонтология. – 2019. - №24(4). –С.365-371. DOI: 10.33925/1683-3759-2019-24-4-365-371

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Муртазаев Саидмурод Саъдаллоевич, Мазифарова Камила Руслан кизи

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

kmazifarova@mail.ru

Актуальность. В настоящее время многие принципиальные аспекты профилактики в процессе ортодонтического лечения еще не полностью решены. Отсутствуют данные о применении метода глубокого фторирования в ортодонтии. Недостаточно освещены вопросы оценки резистентности эмали зубов и эффективности реминерализующих средств с помощью электрометрического метода в процессе ортодонтического лечения. Нет эффективных мотивационных методик обучения и самоконтроля за качеством чистки зубов ортодонтических пациентов. В связи с этим актуальной задачей является дальнейшая разработка профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики, профилактики и лечения кариеса зубов при ортодонтическом лечении пациентов несъемной аппаратурой.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 детей в возрасте от 12 до 18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью аппарата KAVo DIAGNOcam. Применены такие методы исследования как клинический, эпидемиологический, инструментальный (лазерно-флуорисцентный), статистический.

Практическая значимость работы. В результате научного исследования определена эффективность ранней диагностики кариеса зубов с наличием несъемных ортодонтических конструкций у детей. Что позволит своевременно провести методы первичной и вторичной профилактики кариеса зубов и значительно сократить расходы на лечение.

Выводы: При ортодонтическом лечении с помощью несъемной техники следует ежемесячно мотивировать пациентов на проведение гигиены полости рта, совершенствовать гигиенические знания, прививать и контролировать мануальные навыки и умения. Для профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта при использовании несъемной ортодонтической аппаратуры рекомендуется следующий комплекс мероприятий: Проведение эндогенной без лекарственной профилактики путем снижения частоты потребления углеводов, по возможности исключить их употребление между приемами пищи, закрепления после каждого приема пищи привычки полоскать полость рта водой. Выполнение экзогенной профилактики путем осуществления профессиональной гигиены полости рта и обучения индивидуальным гигиеническим процедурам в течение 3 плановых посещений до установки ортодонтической аппаратуры и каждые 3 месяцев в ходе ортодонтического лечения.

Список литературы

- 1-Абдуазимова Л. А. и др. Усовершенствование методов лечения кариеса и его осложнений //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 2-1 (122). – С. 75-80.
- 2-Абдуазимова Л. А., Джалилова Ш. А., Мухторова М. М. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1 (126). – С. 97-100.
- 3-Абдуазимова-Озсойлу Л. А., Джалилова Ш. А., Мазифарова К. Р. Особенности Лечения Кариеса Зубов У Детей Раннего И Дошкольного

Возраста //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 119-122.

4-Абдуазимова Л. А. Джалилова Шаходат Аббаровна, Мухторова Мадина Мухторовна. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1. – С. 126.

5-Абдуазимова Л. А., Джалилова Ш. А., Мухторова М. М. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1 (126). – С. 97-100.

6-Абдуазимова Л., Мазифарова К., Джалилова Ш. Сравнительная характеристика различных методов лечения кариеса в молочных зубах //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – №. 1. – С. 122-123.

ВЕЙПИНГ – КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА.

А.Р. Макеева, С.И. Гажва, Ю.Ш. Ибрагимова.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация.

Введение. Достоверно известно, что табакокурение является одной из основных причин смертности населения, в мире ежегодно от его последствий умирает до 500 тысяч человек. Никотин, будучи канцерогеном, приводит к развитию большого количества злокачественных новообразований, в частности рака легкого – 90%, рака слизистой полости рта – 92%, гортани и окружающих мягких тканей – 84% и т.д. В последние годы активно растет популярность вейпинга, как альтернативы курению сигарет. По данным на 2021г. количество вейперов в мире более 82 миллионов человек, что на 20% больше чем в 2020г. В состав жидкостей для вейпов входит не только никотин, но и многие химические соединения, являющиеся канцерогенами: ацетальдегид, ацетон, формальдегид, пропиленгликоль, мышьяк, фенолы, полициклические ароматические углеводороды и многие другие. В специальной литературе имеются данные о токсическом и канцерогенном влиянии вейпов на слизистую оболочку полости рта, но данная проблема до конца не изучена.

Цель работы. Изучить влияние применения вейпов на слизистую оболочку полости рта.

Материалы и методы. исследование проводилось на базе кафедры стоматологии ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, обследовано 48 человек обоего пола (30 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, которые в зависимости от использования вейпа были поделены на две группы: 1-ая группа - не использующие вейп (20 чел., из них 12 жен. и 8 муж.); 2-ая группа – регулярно использующие вейпы от 2-3 до 15 раз в день (28 чел, из них 6 жен. и 22 муж.). После первичного стоматологического осмотра и инструментального обследования пациентам проводилась профессиональная гигиена, санация полости рта, при наличии патологических процессов на слизистой оболочки рта назначалась специфическая терапия. Пациентам, использующим вейпы, была дана рекомендация по отказу от вредной привычки.

Методы исследование: клинический, АФС диагностика, аналитический.

Результаты. В результате клинического осмотра и исследования СОР методом АФС в первой группе пациентов было выявлено 40% - без патологических изменений, 15% - плоская лейкоплакия, выявленная в результате наличия травмирующего агента (ортопедические конструкции, аномальное положение третьих моляров), 12% - катаральный гингивит, 33% - признаки воспаления в результате хронической травмы (случайное и привычное прикусывание слизистой оболочки губ и щек). При обследовании пациентов второй группы пациентов были получены следующие результаты: 15% - без патологических изменений, 20% - плоская лейкоплакия, 32% - воспаление десны и слизистой оболочки полости рта, 33% - веррукозная лейкоплакия (в 60% случаев на нижней губе).

В зависимости от диагноза каждому пациенту было проведено комплексное стоматологическое лечение, даны рекомендации в соответствии с заболеванием, проведены беседы о здоровом образе жизни.

После проведенной профессиональной гигиены, санации и лечения в первой группе наблюдалось уменьшение площади очага плоской лейкоплакии, катарального гингивита, воспалительных изменений. Во второй группе после проведенных стоматологических манипуляций и терапии было выявлено улучшение состояния слизистой оболочки полости рта при наличии плоской лейкоплакии, уменьшение воспалительных явлений на десне и слизистой оболочки полости рта, изменение количества очагов веррукозной лейкоплакии, практически до полного их исчезновения.

Заключение. Полученные результаты обследования свидетельствуют о развитии как воспалительных, так и предраковых патологических процессов на слизистой оболочке рта у пациентов, регулярно применяемых вейпы, что может быть обусловлено как хроническим термическим воздействием (нагревание прибора во время использования), так и токсическим действием химических агентов в составе жидкости.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ В АРМЕНИИ И В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Мохначева С.Б., Манасян Л.А., Расулова А.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Российская

Федерация

manasyan01@mail.ru

Актуальность: При лечении дефектов зубных рядов в настоящее время стоматологи-хирурги и стоматологи-ортопеды широко применяют методы дентальной имплантации. Функциональность ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты по сравнению с традиционными съемными конструкциями значительно улучшает качество жизни пациента, обеспечивая ему оптимальное восстановление зубо-челюстной системы [2, 7, 8]. Одним из наиболее важных критериев успешности операции дентальной имплантации является первичная стабильность введенного имплантата. Особенно важно наличие первичной стабильности имплантата при проведении операции имплантации с одномоментной нагрузкой, когда процесс остеоинтеграции в послеоперационном периоде происходит параллельно с процессами резорбции костной ткани, которые неизбежны и отсутствие потенциала восстановления в костной ткани, ранняя неадекватная жевательная нагрузка могут затруднить процессы остеоинтеграции имплантата. Для успешности операции дентальной имплантации с одномоментной нагрузкой необходимо, чтобы костная ткань могла иметь сопротивление нагрузке вкручивания имплантата более 35 торк, иными словами иметь достаточную плотность и прочность.

По данным Лосева В. Ф. (2009) около 60 % первичных пациентов, обратившихся за стоматологической помощью имеют атрофию костной ткани в области удаленного зуба и нуждаются в предварительной костной адаптации с целью постановки соответствующего дентального имплантата [3]. Отсутствие

жевательной нагрузки в области удаленного зуба, согласно закону J. Wolff (1892), который называют «законом ремоделирования кости» и «функциональной адаптации губчатой кости», приводит к изменению губчатого вещества, развитию очагового остеопороза и атрофии. Концептуальная модель J. Wolff до настоящего времени используется в ортопедо-травматологической практике для прогноза развития репаративно-регенеративных процессов при переломах костей. [1]

Наличие достаточного объема зрелой костной ткани является основным условием хорошей первичной стабильности дентального имплантата в ложе, а также условием качественной остеоинтеграции [3].

При значительной атрофии костной ткани на челюстях проводятся дополнительные хирургические мероприятия, направленные на увеличение объема костной ткани, что увеличивает длительность лечения до года и затраты. В связи с этим сокращение сроков и стоимости ортопедического лечения различных дефектов зубных рядов с использованием зубных имплантатов представляет большой интерес среди врачей-стоматологов. [4]

Цель исследования сравнение показателей плотности костной ткани при потере зубов у пациентов, которые живут в Армении и в Удмуртии.

Материал и методы исследования: Было проведено сравнение показателей плотности костной ткани при потере зубов у пациентов, которые живут в Армении и в Удмуртии. Климатические условия данных регионов отличаются продолжительностью солнечного света: в Ижевске - 2353.95 часов, в Армении - 3531.73 часов солнечного света. Питьевая вода данных регионов также различна: в Армении - из горных подземных источниках, а в Ижевске - из рек и родников.

Было обследовано по 60 женщин и 60 мужчин с частичной вторичной адентией в возрасте от 45 до 60 лет в Республике Армении, и такое же количество мужчин и женщин в г. Ижевске Удмуртской Республики. Пациенты в Удмуртии были разделены на группы в соответствии с полом, областью потерянных зубов на верхней и нижней челюсти. Первую группу составили снимки женщин с адентией зубов на верхней челюсти (30 человек – 25%), вторую – женщины с адентией зубов на нижней челюсти (30 человек – 25%), третью – мужчины с адентией зубов на верхней челюсти (30 человек – 25%), четвертую – мужчины с адентией зубов на нижней челюсти (30 человек – 25%)

Пациенты в Армении были разделены на группы в соответствии с полом, областью потерянных зубов на нижней челюсти. Первую группу составили снимки женщин с адентией зубов на нижней челюсти (30 человек – 25%), вторую – мужчины с адентией зубов на нижней челюсти (30 человек – 25%). Сравнение проводили результатов оценки плотности кости в боковых участках нижней челюсти.

Для определения плотности костной ткани в зоне планируемого имплантата использовали коэффициент Хаунсфилда, параметры которого определяли по данным конусно-лучевой томографии. Для исследования плотности костной ткани был взят боковой отдел альвеолярного отростка, так как у большинства исследуемых отсутствуют премоляры или моляры. За исходное значение плотности кости принималась округлая зона диаметром 4 квадратных миллиметра в проекции лунки удаленного зуба на середине расстояния от стенок альвеолы. Сравнение проводилось с показателями коэффициента Хаунсфилда в зоне межзубной перегородки на середине длины корня аналогичного зуба противоположной стороны.

В стоматологии широко распространена классификация костной ткани по Misch.[9, 10]. По классификации качества костной ткани предложенной Misch (1993, 1999), также выделяют 4 типа кости: D1 - плотная компактная кость без губчатого слоя, коэффициент Хаунсфильда был равен 1250; D2 — снаружи — толстый, различной плотности кортикальный слой, внутри -мелкоячеистая губчатая кость, коэффициент Хаунсфильда равен 850-1250; D3 — снаружи - тонкий пористый кортикальный слой, внутри -среднеячеистая губчатая кость, коэффициент Хаунсфильда соответствует 350-850; D4 - кортикального слоя практически нет, внутри - крупноячеистая губчатая кость, коэффициент Хаунсфильда - 150-350.

Основные результаты и их обсуждение показали, что у женщин Удмуртии с адентией на верхней челюсти чаще всего отсутствовали премоляры (46,6%) и моляры (36,5%), при этом в данных областях в 49,9% случаях преобладал III тип костной ткани (D3) и только в 16% случаев была определена кость II типа. (Рис.1)

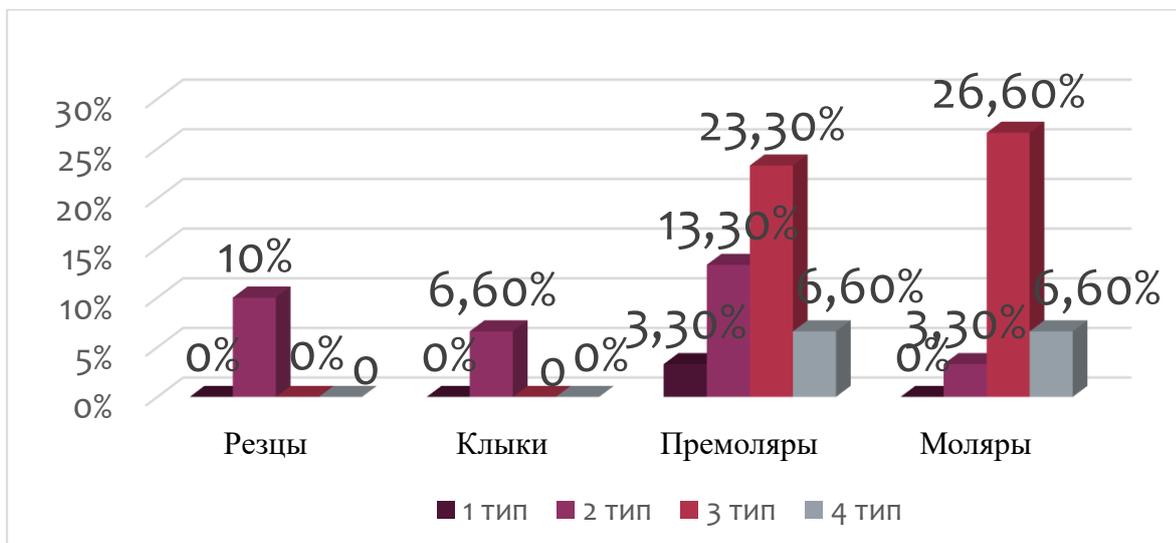


Рис.1 Типы костной ткани у женщин Удмуртии на верхней челюсти.

У женщины Удмуртии с адентией зубов на нижней челюсти чаще отсутствовали моляры (83,3%), и в данной области II и III тип (D3) костной ткани встречались в 46,6% и 43,35 соответственно. Редко, но встречались I тип (7% случаев) и IV тип (6,6% случаев) костной ткани. (Рис 2.).

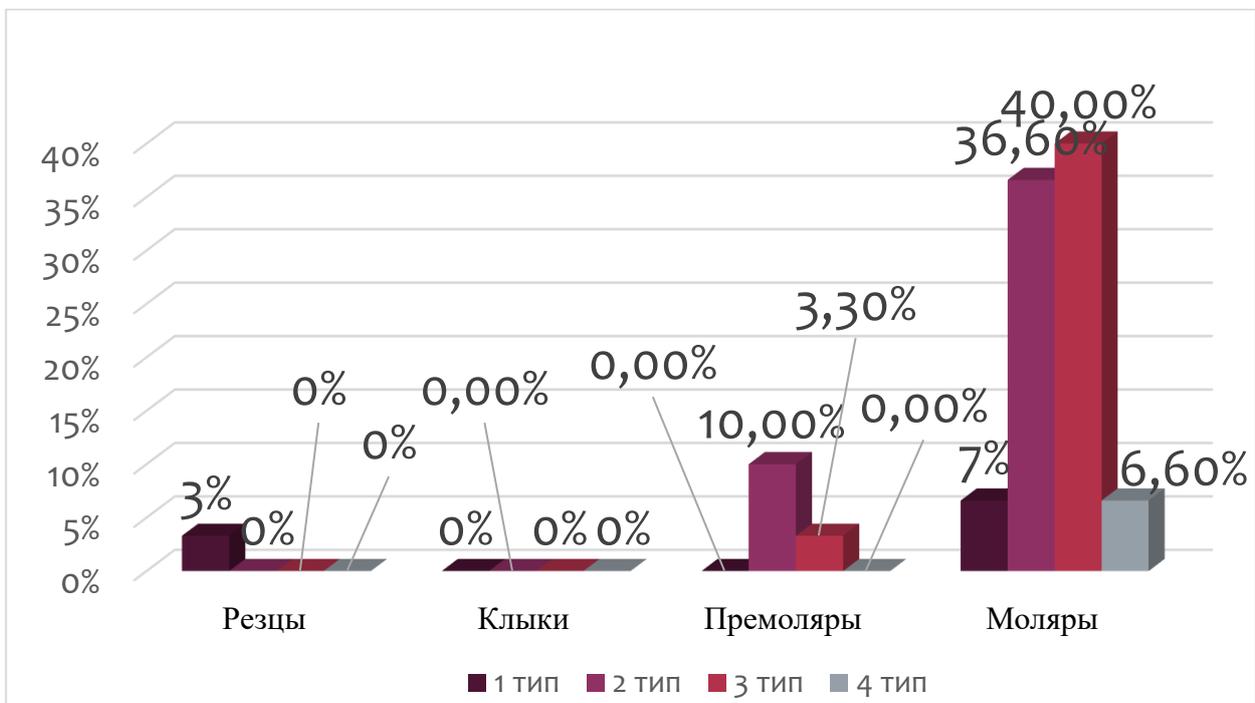


Рис.2 Типы костной ткани у женщин Удмуртии на нижней челюсти.

На нижней челюсти у мужчин в Удмуртии чаще всего встречается потеря зубов в области моляров (33,3%), реже премоляров (16,6%), с преобладанием II типа костной ткани (56,6%), III тип (D3) диагностировали в 26,6% случаев, у 7% пациентов была кость I типа, а у 6,6% - IV типа. (Рис 3.).

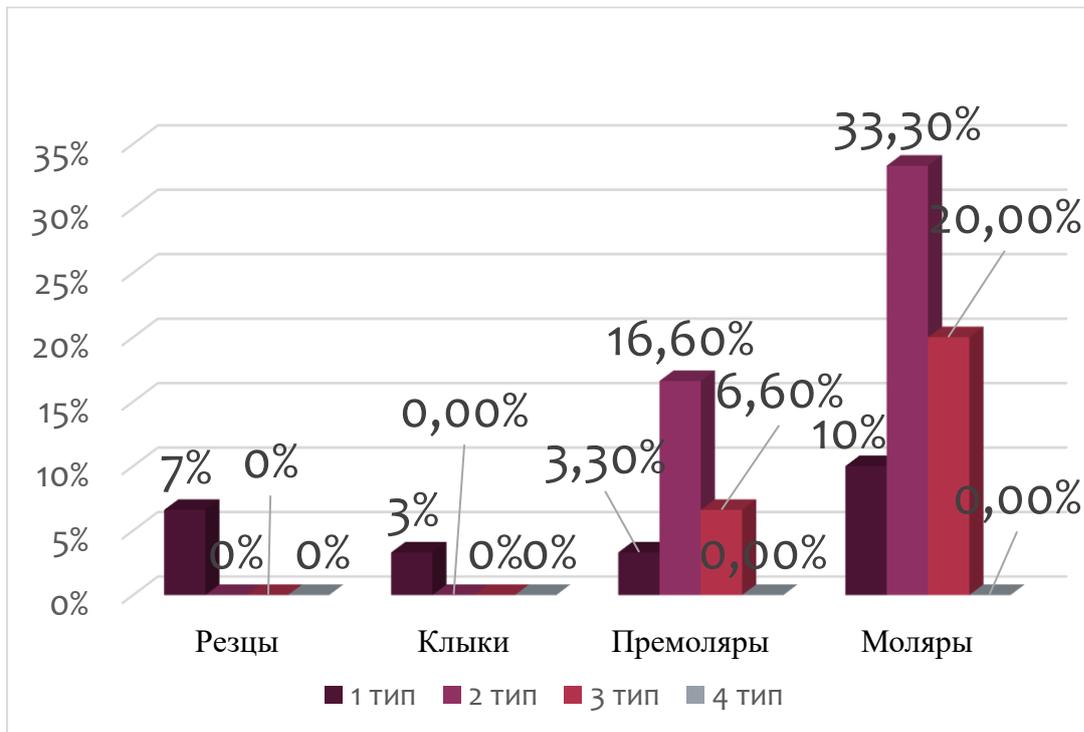


Рис.3 Типы костной ткани у мужчин Удмуртии на нижней челюсти.

На верхней челюсти у мужчин чаще встречается потеря зубов в области моляров (49,6%), реже премоляров (33,3%) с преобладанием II типа костной ткани (56,6%), III тип (D3) диагностировали в 16,6%. IV тип костной ткани встречался у 10% пациентов-мужчин. (Рис. 4).

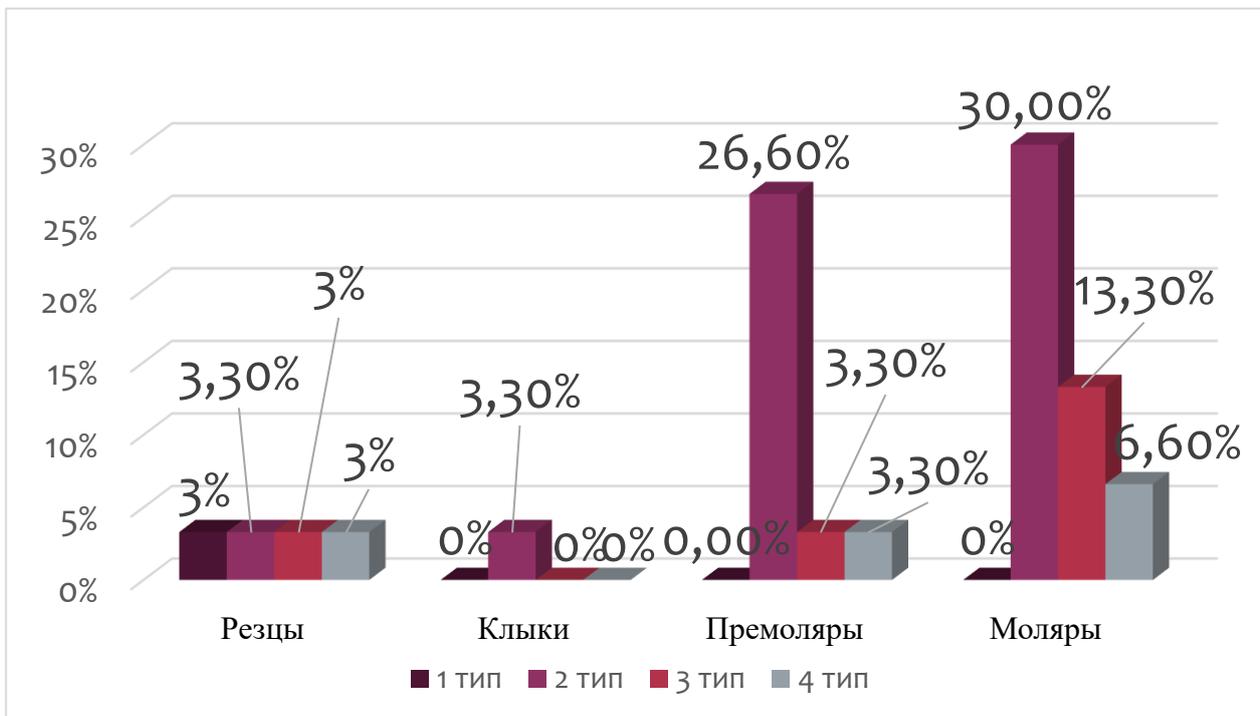


Рис.4 Типы костной ткани у мужчин Удмуртии на верхней челюсти.

У женщин Армении в возрасте с 45 до 60 лет в 25% случаев плотность костной ткани в боковых отделах нижней челюсти была II типа (D2), что достаточно для первичной стабильности имплантата. У 45% женщин в Армении плотность кости соответствовала III типу кости (D3). У 30% женщин была кость IV типа (D4), и при препарировании ложа под имплантат применили

модифицированный хирургический протокол, чтобы достигнуть первичной стабильности имплантата.

В Удмуртии проблемы со стабильностью введенного имплантата и риск некачественной остеоинтегарции могли быть у 6,6% женщин среднего возраста с IV типом (D4) костной ткани в боковом отделе нижней челюсти. В 93,3% случаев у женщин Удмуртии плотность кости в боковых отделах нижней челюсти позволяла добиться хороших результатов в первичной стабильности имплантата.

При сравнении плотностей костной ткани в боковых отделах нижней челюсти у женщин Армении и женщин Удмуртии в исследуемых группах выявлено, что у женщин Армении в возрасте от 45 до 60 лет костная ткань была менее плотной, и IV тип костной ткани (D4) встречается в 4,5 раза чаще, чем у женщин Удмуртии.

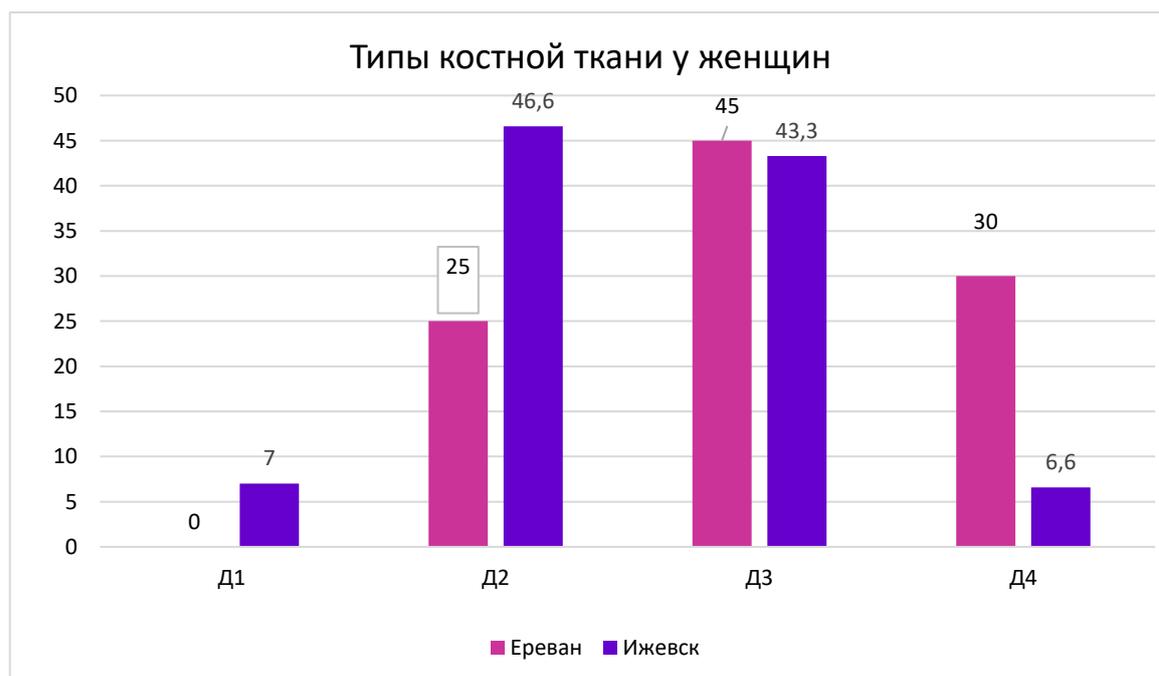


Рис.5 Сравнение типов ткани в боковом отделе нижней челюсти у женщин Армении и Удмуртии

У мужчин в Армении в боковых отделах нижней челюсти преобладали плотные типы костной ткани – I тип (D1) и II тип (D2), в 20% и 60% случаев соответственно, у 20% мужчин с адентией на нижней челюсти была кость III типа (D3). В Удмуртии в исследуемой группе мужчин в боковых отделах

нижней челюсти I тип (D1) кости встречался реже, чем у армянских мужчин - в 13,3% случаев, а кость II (D2) и III типа (D3) была выявлена соответственно в 48,9% и в 36,7% случаев. Таким образом, у мужчин Армении и Удмуртии при операции можно было добиться первичной стабильности имплантата, и применить одномоментную нагрузку, чтобы уменьшить сроки лечения адентии. Однако, плотные типы костной ткани у мужчин в Армении встречались чаще (80% против 63,3% случаев), чем у мужчин Удмуртии.

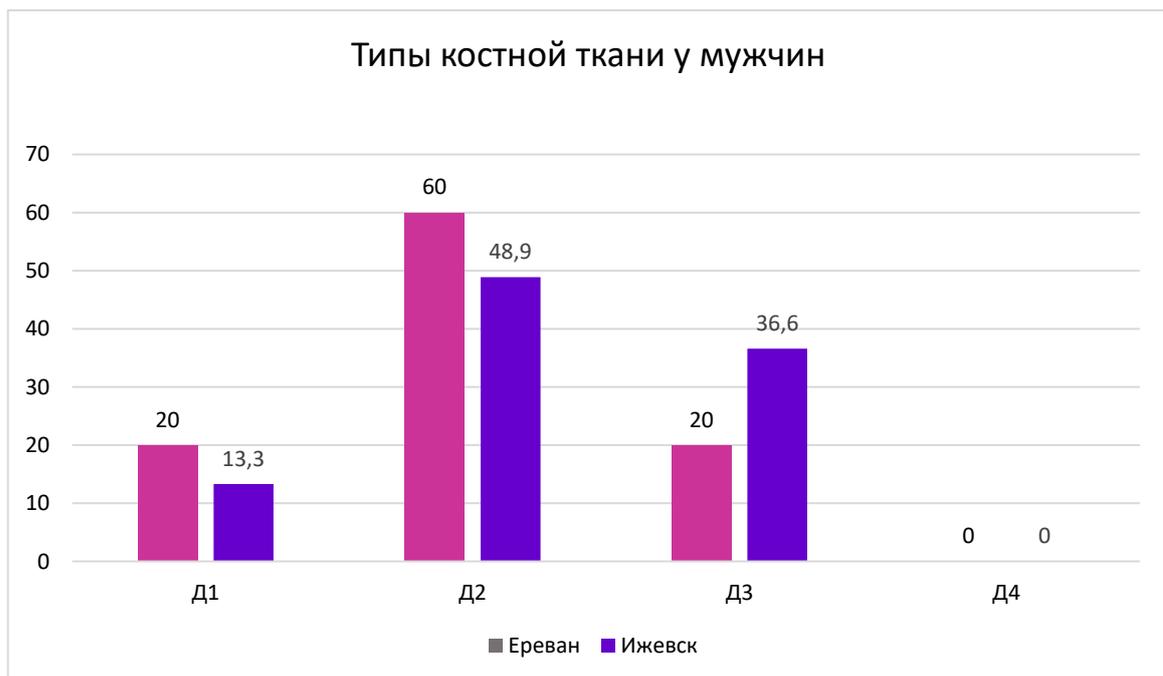


Рис.6 Сравнение типов ткани в боковом отделе нижней челюсти у мужчин Армении и Удмуртии

Заключение

Таким образом, при исследовании было выявлено, что плотные типы костной ткани встречаются чаще у мужчин Армении, чем у мужчин Удмуртии. Диагностируемые I, II и III типы костной ткани у мужчин Армении и Удмуртии при операции дентальной имплантации позволяют добиться первичной стабильности имплантата, и применить одномоментную нагрузку на введенный имплантат, тем самым уменьшить сроки реабилитации при вторичной адентии.

При сравнении плотностей костной ткани в боковых отделах нижней челюсти у женщин Армении и женщин Удмуртии в исследуемых группах выявлено, что у женщин Армении в возрасте от 45 до 60 лет костная ткань была

менее плотной, и IV тип костной ткани (D4) встречается в 4,5 раза чаще, чем у женщин Удмуртии. У 30% в исследуемой группе женщин из Армении и 6,6% женщин из Удмуртии применить метод дентальной имплантации с одномоментной нагрузкой нельзя.

Данные нашего исследования позволяют нам предположить, что климат, количество солнечных дней имеют большее влияние на формирование костной системы мужчин, чем женщин. У женщин кость при потере зубов и жевательной нагрузки более лабильна, и быстрее переходит в состояние очагового остеопороза. Значительное влияние на костную систему оказывает постоянно изменяющийся гормональный статус, количество родов, возраст.

Литература:

1. Аврунин А.С., Цесь Е.А. Рождение нового научного направления – биомеханика скелета. Юлиус Вольф и его работа «Закон трансформации кости»/ А.С. Аврунин Е.А. Цесь // История медицины - 2016. - Т. 3. № 4. - С. 447–461.
2. Кулаков А.А. Базальная имплантация – научно обоснованный метод или экспериментальная модель / А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев // Рос. вестн. дент. имплантологии. – 2014. – № 1(29). – С. 24–27.
3. Лосев В. Ф. Костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием направленной тканевой регенерации и операции поднятия дна гайморовой пазухи / В.Ф. Лосев// Стоматология. – 2009 – №1. – С. 54-59.
4. Мохначева С.Б., Васильев Н.И. Существующие методики ведения лунки удаленного зуба для отсроченной установки дентального имплантата (обзор) / С.Б Мохначева, Н.И. Васильев //Клиническая стоматология. – 2022. – Т.25, № 3 – С 38-46.
5. Некачалов В.В. Патология костей и суставов: Руководство./ В.В. Некачалов – СПб.: Сотис, 2000. – 288 с.
6. Ревелл П.А. Патология кости. /П.А. Ревелл. – М : Медицина, 1993. – 365 с.
7. Робустова Т. Г. Имплантация зубов. Хирургические аспекты / Т.Г. Робустова - М.: Медицина. 2003. - С. 307-319.
8. Сравнительный анализ методов повышения клинической эффективности дентальной имплантации в условиях атрофии костной ткани [Текст] / А.А. Кулаков, Т.В. Брайловская, Б.М. Осман [и др.] // Маэстро стоматологии. – 2014. – № 54. – С. 12–16.

9. Misch, C. E. Keys to bone grafting and bone grafting materials / C.E. Misch, F. Misch-Dietsh. – In Contemporary Implant Dentistry, C. E. Misch editor, 3rd edition. – 2008. – Elsevier. Mosby, St. Louis. – P. 839-869.
10. Mich C. Density of bone: effect on treatment plans, surgical approach, healing and progressive bone loading // Int. J. Oral Maxillofac. Impl. 1990. -Vol.6.-P. 23-31.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ МОЛОДЕЖИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

**Гажва Светлана Иосифовна
Кашников Александр Сергеевич
Мартюшов Антон Игоревич
Покровский Андрей Михайлович**

Приволжский Исследовательский Медицинский Университет
martiushov@mail.ru

Современные тренды молодого поколения, включающие в себя употребление электронных сигарет, жевательного табака, использование пирсинга и ботокса, негативно сказываются на распространенности патологических процессов слизистой рта. Статистические общедоступные данные указывают на тенденцию к увеличению роста онкологических заболеваний ротовой полости. Мы провели анонимное анкетирование о распространенности вредных привычек среди молодежи, результаты которой неутешительны. Анализ информационных научных источников подтверждает настороженность стоматологического сообщества, что также подтверждает ВОЗ.

Введение:

Анализ отчетов о состоянии онкологической помощи населению России показал тенденцию к росту распространенности злокачественных новообразований полости рта. Каждый год число лиц, имеющих ЗН полости рта, растет более чем на 1000 выявленных случаев. Также нужно отметить, что именно молодая группа пациентов имеет тенденцию роста заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире.

Материалы и методы:

Аналитический метод: анализ источников литературы (eLibrary и PubMed) по ключевым словам за последние 5 лет, для оценки заинтересованности стоматологического сообщества и для академического подтверждения влияния вредных привычек на развитие ЗН.

Социологический метод: анонимное анкетирование молодежи с целью исследования распространенности «вредных привычек» среди молодежи. В исследовании приняли участие 57 человек в возрасте от 18 до 25 лет. Уровень пристрастия к вредным привычкам определялся на основании интервьюирования аудитории 18-25 лет. Разработанная нами анкета включала вопросы, касающихся истории развития пагубных привычек среди молодёжи.

Клинический метод: клиническое обследование, объектом которого стали две группы людей: использующих вредные привычки «вейпинг» в повседневной жизни (28 человек) и некурящие (20 человек) на наличие патологии слизистой полости рта.

Результаты и обсуждение:

В результате анонимного анкетирования было выявлено, что более 33% опрошенных потребляют никотинсодержащие продукты, только 5% опрошенных не употребляют алкоголь и 53.8% анкетированных употребляют энергетические напитки, причем более 30.8% на постоянной основе, подтверждая факт наличия стойкого пристрастия молодежи к вредным привычкам. Кроме того, среди молодежи самым популярным способом доставки никотина является электронные способы доставки никотина (ЭСДН) - 45%, вытеснив сигареты на второе место - 35%.

Анализ научных информационных источников показал более 4000 научных трудов, посвящённых теме онкологической настороженности полости рта. За последние 5 лет число статей, посвящённых пагубному влиянию «вейпинга» (способа доставки никотина с помощью аэрозолей с глицерина и пропиленгликолем) выросло. Особенно важны исследования, показывающие, что опасность использования ЭСДН схожа с обычными сигаретами. Распространенность мукозитов и заболеваний слизистой полости рта среди курильщиков Е-сигарет выше, чем среди бывших курильщиков. Важно отметить, что аэрозоли для ЭСДН вызывают усиление карбонильного/окислительного стресса и повреждение ДНК, что приводит к нарушению регуляции восстановления и ускоренному старению клеток пародонта. Высокую важность имеет исследование о наличии «скрытого формальдегида», выделяемого в результате испарения Е-аэрозолей.

Результаты обследования свидетельствуют о том, что курящие вейп пациенты с большей долей вероятности предрасположены к развитию воспалительных и предраковых патологических процессов на слизистой оболочке рта.

Тенденции развития способов доставки никотина привели к появлению нового способа доставки никотина, который является «модным» среди молодой

аудитории. ЭСДН не являются безопасными, как изначально их презентовали. Основные тезисы доклада ВОЗ о всемирной табачной эпидемии посвящены ЭДСН и говорят о привыкании, небезопасности и о стремительных увеличениях продажи данных устройств в развитых странах мира.

Заключение: Каждый курильщик является потенциальным носителем злокачественного новообразования. Низкая осведомленность молодежи о вреде курения, пирсинга и ботокса является проблемой стоматологического сообщества. Формирование онкологической настороженности у молодежи - одно из направлений профилактики злокачественных новообразований. Низкая осведомленность о последствиях использования вредных привычек не снижает риск их заболевания.

Список литературы:

1. Jensen RP, Luo W, Pankow JF, Strongin RM, Peyton DH. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. *N Engl J Med.* 2015 Jan 22;372(4):392-4. doi: 10.1056/NEJMc1413069. PMID: 25607446.
2. Sundar IK, Javed F, Romanos GE, Rahman I. E-cigarettes and flavorings induce inflammatory and pro-senescence responses in oral epithelial cells and periodontal fibroblasts. *Oncotarget.* 2016 Nov 22;7(47):77196-77204. doi: 10.18632/oncotarget.12857. PMID: 27791204; PMCID: PMC5363580.
3. Bardellini E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in electronic cigarettes consumers versus former smokers. *Acta Odontol Scand.* 2018 Apr;76(3):226-228. doi: 10.1080/00016357.2017.1406613. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29161938.

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ.

**Махкамов М.Э., М.Б. Артикбаев – врач РДММЦ. г. Нукус,
Ережепов Б. – ассистент кафедры стоматологии Каракалпакского
медицинского института.**

Высокая интенсивность прироста параметров верхней челюсти в раннем сменном прикусе и усиление роста нижней челюсти в позднем сменном прикусе у больных с врожденной расщелине верхней губы и неба определяет тактику ортодонтического лечения. При этом до 10 лет основное внимание в комплексе реабилитации больных должно быть направлено на коррекцию роста и формирования верхней челюсти, после 10 лет — нижней челюсти.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы и неба, ортодонтия, этапы реабилитации.

Resume: The high intensity of the increase in the parameters of the upper jaw in the early replacement bite and the increase in the growth of the lower jaw in the late replacement bite in patients with congenital cleft of the upper lip and palate determines the tactics of orthodontic treatment. At the same time, up to 10 years of age, the main attention in the complex of rehabilitation of patients should be directed to the correction of the growth and formation of the upper jaw, after 10 years — the lower jaw.

Keywords: congenital cleft lip and palate, orthodontics, stages of rehabilitation.

Врожденные сквозные расщелины формируют у пациентов целый комплекс тяжелых анатомических и функциональных нарушений: приводят к выраженным деформациям средней зоны лица, дисгармонии развития лицевого скелета, грубо нарушают эстетику лица, а также функцию различных органов и систем (14).

Ортодонтическую помощь следует оказывать поэтапно, с периода рождения до завершения формирования постоянного прикуса (1; 11; 17). Однако даже при раннем начале лечения врожденных аномалий развития достаточно высока частота неудовлетворительных результатов коррекции (17). Это обусловлено необходимостью активного участия многих специалистов: челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, терапевта, логопеда, ЛОР-специалиста и ряда других (15; 17).

Современная медицинская наука накопила огромный опыт в хирургическом лечении пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба. Существенная роль в лечении пациентов с расщелиной принадлежит ортодонтам, которые вовлекаются в лечебный процесс на каждом этапе хирургической реабилитации. Ортодонтическое лечение пациентов с расщелиной направлено на преодоление сил, задерживающих рост верхней челюсти, способствует выравниванию сегментов расщепленной верхней челюсти (8). Ни в одной области ортодонтии успех или неудача лечения так сложно не связаны с хирургическими возможностями и результатами, как в отношении пациентов с расщелинами (2). До настоящего времени остаются дискуссионные вопросы в отношении возрастных сроков и объема операций, и необходимости проведения предхирургического ортодонтического лечения. В современной научной литературе описаны многочисленные варианты раннего

ортодонтического лечения. У каждого метода предхирургического ортодонтического лечения имеются сторонники и оппоненты. Однако в реабилитации пациентов с врождённой расщелиной верхней губы и нёба первым и обязательным этапом всё чаще становится предхирургическое ортодонтическое лечение. Многие хирургические школы подтверждают точку зрения о том, что трудно ожидать благоприятного эстетического результата хирургического лечения в отсутствие предоперационного ортодонтического лечения (2; 3; 4; 5; 7; 8; 9).

Абсолютное большинство отечественных и иностранных специалистов убеждены в том, что применение современных методов исследования с их последующим анализом позволяет правильно поставить диагноз и прогнозировать результат лечения (4; 6; 8; 9; 10; 12; 13; 15).

Комплексное лечение детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба является актуальной проблемой стоматологии; обусловленной не только большой распространенностью; патологии, но и выраженной деформацией лица, при которой определяется пространственное смещение верхнечелюстных фрагментов, вертикальный дисбаланс кожных анатомических ориентиров; асимметричное: положение хрящей крыльев носа, патологическая окклюзия зубных рядов (3; 5; 7; 8; 16; 17).

Таким образом, повышение требований к результатам ортодонтического лечения, частые неудовлетворительные результаты исправления врожденных аномалий развития верхней челюсти и вторичных деформаций определяют актуальность вопросов оптимизации диагностики и планирования ортодонтического лечения детей с односторонним врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Все выше сказанное определило цель настоящего исследования: Совершенствование ортодонтического лечение больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба на основании сравнительного изучения морфометрических характеристик лицевого черепа у больных с данной патологией в различные возрастные периоды.

Для достижения цели на этом этапе исследования нами поставлена задача:

Изучить размеры и положение челюстных костей и зубных рядов у детей с врожденной односторонней расщелине верхней губы и неба в период сформированного во всех периодах развития прикуса.

Материал и метод исследования

В исследование включено 44 (75,8%) ребенка в возрасте 3-4 лет с врожденной односторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба, которым ранее были проведены основные хирургические этапы лечения (первичная хейло-, вело- и уранопластика), а также была отобрана группа (14 детей, 24,1%) с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба.

Первичная хейлопластика была проведена детям в возрасте 3-11 месяцев, после которой в течение 6-12 месяцев у пациентов с III степенью (более 14 мм) протрузии (15 чел., 34%), положение межчелюстного отростка верхней челюсти улучшилось и перешло во II степень. У детей со II степенью (7-14 мм) протрузии (29 чел., 65,9%) выстояние межчелюстного отростка уменьшилось до 7-8 мм, но соответственно используемой классификации, степень протрузии оставалась второй. В возрасте 6-18 месяцев детям была выполнена велопластика, 25-36 месяцев – уранопластика.

До начала ортодонтического лечения детей анализировали результаты хирургического вмешательства, выполняли морфометрическое исследование параметров лица, биометрическое измерение моделей челюстей.

Сравнение морфометрических и биометрических данных пациентов проводили с соответствующими данными детей, имевших физиологическую окклюзию.

Измеряли основные параметры зубной дуги верхней челюсти: глубину зубной дуги измеряли от резцового сосочка до линии, соединяющей дистальна-щёчные бугры вторых молочных моляров; ширину зубной дуги измеряли между клыками, первыми и вторыми молочными молярами. Определяли отклонение межчелюстного отростка верхней челюсти в трансверсальной плоскости. Для увеличения точности измерений использовали аппарат для определения положения зубов.

Анализ результатов исследования позволил выделить 3 степени отклонения межчелюстного отростка верхней челюсти в трансверсальной плоскости: I степень – величина отклонения от срединной линии до 5 мм, II степень – от 5 до 10 мм, III степень – более 10 мм.

Во 2 группу вошли дети (22 человека), ортодонтическое лечение которых проводилось предложенным нами модифицированным съёмным пластиночным аппаратом. Для изготовления модифицированного аппарата на рабочей

гипсовой модели фиксировали стягивающий винт для коррекции положения межчелюстного отростка верхней челюсти и два расширяющих винта для отдельного расширения каждой из сторон верхней челюсти, в зависимости от клинической ситуации. Винты между собой соединяли базисом ортодонтического аппарата и добавляли окклюзионные накладки на боковые группы зубов для разобщения прикуса. При этом максимальная степень разобщения не превышала 3 мм. Далее изготавливали накладку на альвеолярную часть межчелюстного отростка верхней челюсти для корпусного его перемещения. Активацию винтов проводили на 1 оборот (0,1 мм) 1 раз в неделю.

Статистическая обработка проводилась непосредственно из общей матрицы данных EXCEL 2016 (Microsoft, USA) с привлечением возможностей программы STATGRAPHIC Centurion XVII (Microsoft, USA) и включала определение показателей средней величины, ее среднеквадратичного отклонения и ошибки репрезентативности. Значимость различий выборок оценивали по критерию Стьюдента (t) и показателю достоверности (p). Различия считали достоверными при $t > 2$, $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

После проведения первичной хейлопластики у всех детей определялась различной степени выраженности деформация носа в виде укорочения колумеллы и уплощения крыльев носа. После вело- и уранопластики хорошие результаты операции отмечены у 34 (77,2%) детей. Удовлетворительный результат лечения определялся у 10 (22,7%) детей.

У всех пациентов межчелюстной отросток был округлой формы, у 9 (20,5%) пациентов – смещенный влево, у 7 (15,9%) – вправо, у остальных 28 (63,6%) пациентов находился в центральном положении. Ширина межчелюстного отростка верхней челюсти составила $20,2 \pm 1,7$ мм. У 41 (93,2%) ребенка на межчелюстном отростке верхней челюсти определялось наличие 2-х зубов, у 3 (6,8%) детей – 3-х зубов.

В области мягкого и твердого неба по средней линии визуализировался участок рубцово-измененной слизистой – результат проведенной ранее вело- и уранопластики. Мягкое небо – подвижное, достаточной длины определялось у 32 (72,7%) детей. У 12 (23,3%) детей отмечалось укорочение мягкого неба. У 6 (13,6%) детей определялся остаточный дефект твердого неба в переднем отделе шириной до 1 см и длиной до 0,5 см.

До начала ортодонтического лечения антропометрические параметры лица детей 1 и 2 групп наблюдения не имели существенных различий. Однако, при сравнении параметров исследуемых групп с данными детей с

физиологической окклюзией, наблюдались значительные ($p \leq 0,05$) отличия в ширине носа (al-al: $36,2 \pm 1,1$ мм – 1 группа; $35,9 \pm 0,9$ мм – 2 группа; $31,4 \pm 0,8$ мм – дети с физиологической окклюзией) и в диагональном размере верхнего отдела гнатической части лица (t-sn: $118,8 \pm 3,9$ мм; $120,9 \pm 3,4$ мм и $113,2 \pm 2,6$ мм соответственно), таб. 1. Все остальные параметры лица не имели существенных отличий между 1 и 2 группой и детьми с физиологической окклюзией.

Все дети обеих групп, после хирургического лечения (хейло-, вело- и уранопластика), имели II степень протрузии межчелюстного отростка (первая группа – $10 \pm 2,4$ мм; вторая группа – $12 \pm 1,9$ мм).

Величина отклонения межчелюстного отростка верхней челюсти от условной срединно-сагиттальной линии в 1 группе у 13 (59,1%) детей соответствовала I степени (в среднем, $4,2 \pm 0,7$ мм и $3,9 \pm 0,6$ градусов), у 9 пациентов (40,9%) – II степени (в среднем $7,5 \pm 0,7$ мм и $7,7 \pm 0,5$ градусов). Во 2 группе 8 (36,4%) детей имели I степень отклонения межчелюстного отростка верхней челюсти (в среднем, $3,7 \pm 0,6$ мм и $3,5 \pm 0,8$ градусов), 14 (63,6%) человек II степень отклонения (в среднем, $6,4 \pm 0,4$ мм и $6,9 \pm 0,7$ градусов).

Из-за дефицита костной ткани в области несращения верхней челюсти у всех 44 (100%) детей групп наблюдения на ортопантограмме наблюдали типичные аномалии количества и положения зачатков постоянных зубов, прилежащих к расщелине. У 4 (9,1%) человек отсутствовали 3 зачатка (12, 11, 22 зубы), у 33 (75%) – 2 зачатка (12, 21 зубы), у 7 (15,9%) – один зачаток (12 или 22 зуб). В 13 (29,5%) случаях наблюдалось расположение зачатка бокового резца в межчелюстном отростке верхней челюсти, в 3 (6,8%) случаях – зачаток располагался с правой стороны, у 1 (2,3%) – с левой стороны от расщелины. Отмечалось асимметричное расположение молочных зубов, сужение зубного ряда верхней челюсти, резцовая дизокклюзия, 29 (65,7%) детей имели двустороннюю перекрестную окклюзию в боковых отделах зубной дуги.

Таким образом, для детей с врожденной двусторонней полной расщелиной верхней губы и неба, после завершения основных хирургических этапов лечения (хейло-, вело- и уранопластика), было характерно нарушение гармонии лица и окклюзии.

Таким образом, во 2 группе ортодонтическое лечение способствовало приближению диагонального размера лица детей к соответствующему параметру у детей с физиологической окклюзией.

При исследовании зубных дуг и их взаимоотношений у пациентов через 12 мес. после начала ортодонтического лечения были выявлены существенные отличия между группами. Оптимальная функциональная окклюзия в 1 группе была достигнута только у одного пациента (4,5%), во второй группе – у 16

(72,7%) пациентов.

Выводы:

1. Необходимость дифференцированного подхода к лечению детей с врожденной односторонней сквозной расщелине губы и неба обусловлена различным механизмом формирования деформаций лицевого скелета при данной патологии.

2. До 6-7-летнего возраста у больных со сквозной односторонней расщелине губы и неба, наряду с нарушением сагиттального роста, в результате опережающего роста хрящевых структур, нарушается и вертикальный рост верхней челюсти в дистальных отделах. С 7-9 лет роль носовой перегородки в патогенезе формирования вторичных деформации.

3. Высокая интенсивность прироста параметров верхней челюсти в раннем сменном прикусе и усиление роста нижней челюсти в позднем сменном прикусе у больных с врожденной расщелине верхней губы и неба определяет тактику ортодонтического лечения. При этом до 10 лет основное внимание в комплексе реабилитации больных должно быть направлено на коррекцию роста и формирования верхней челюсти, после 10 лет — нижней челюсти.

Использованные литературы

1. Аникиенко А.А., Шакер Рокен Сравнительная характеристика параметров основания черепа у детей с дистальной окклюзией. Ортодент-Инфо. — 2000. — №4. — С.2-10.

2. Васильев А.Ю., Серова Н.С., Кулюшина Е.А. Краткий атлас по цифровой рентгенографии. М.: Геотар-Медиа, 2008. 88 с.

3. Винарская Е.Н., Богомазов Г.М. Возрастная фонетика. Книга для логопедов. Томск: СТТ, 2001. -284с. - С. 228, 235-239.

4. Водолацкий М. П., Дистракционный метод лечения- верхней ретрогнатии у больных с врожденной расщелиной верхней губы и« неба // Стоматология, 2008. Т. 87, № 2. - С. 66-69,

5. Воробьев Ю.И., Надточий А.К. Рентгеноанатомия верхней челюсти на ортопантограммах // Стоматология, 2005. № 6. - С. 40-43.

6. Гончаков Г.В., Притыко А.Г., Гончакова С.Г. Хирургическое лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы. // Врожденная инаследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М.: МГМСУ, 2009. - С. 106-108.

7. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. - Санкт-Петербург: Речь, 2007. 350 с.

8. Хамитова Н.Х. Патогенетическое обоснование комплексного лечения больных с заболеваниями пародонта и зубочелюстными аномалиями: Автореф. дис. . док. мед. наук. - Казань, 2000. — 34 с.
9. Хамитова Н;Х. Перспективы применения» компьютерной томографии в ортодонтической практике / Н.Х. Хамитова // Нижегород; мед. журн. 2003. - № 9 (прилож. «Стоматология»). — С. 13-13.
10. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зу-бочелюстно-лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, неба. — Санкт-Петербург, 2001. — 285 с.
11. Цыплакова М.С. Комплексный подход к лечению расщелины верхней губы и неба. Ученые записки Санкт-Петербургского мед.университета им. И.П.Павлова, 2000. — т.7, №2. — С. 16-19.
12. Beaumont D. A study into weight gain in infants with cleft lip/palate.// Paediatr. Nurs., 2008. Jul. 20(6): - P. 20-23.
13. Doruk C. Extraoral nasal molding in a newborn with unilateral cleft lip and palate: a case report // Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2005. - Vol. 39. - P. 5660.
14. Hood C., Hosey M. et al. Facial characterization of infants with cleft lip and palate using a three-dimensional capture technique // Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2004. - Vol. 41 (1). - P.28-35.
15. Pai B., Ko E; Huang CS; Liou E Symmetry of the nose after presurgical na-soalveolar molding in infants with unilateral cleft lip and palate: a preliminary study // Cleft Palate Craniofac Journal. 2005. - Vol. 42(6). - P. 658-63.
16. Suri S., TompsonB. A modified muscle-activated maxillary orthopedic appliance for presurgical nasoalveolar molding in infants with unilateral Cleft Lip and Palate // Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2004. - Vol. 41(3). - P. 225-229.
17. Torii K., Chiwata I. Relationship* between habitual occlusal position and flat bite plane induced occlusal position in volunteers with and without» temporomandibular joint sounds. //Cranio. — 2005. — Jan;23(1). — P: 16-21.

ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Махкамов М.Э., Артикбаев М.Б., – врачи РДММЦ.

Балтабаев О.К. – врач РММЦ г. Нукус

Резюме: Комплексная высококвалифицированная и специализированная медицинская помощь детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба с

периода новорожденности позволит проводить раннюю медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию маленьких пациентов.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба, неотложная медицинская помощь, комплексная реабилитация, алгоритм действий специалистов.

ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙНИНГ ТУҒМА КЕМТИГИ БЎЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ОТА-ОНАЛАРИГА БИРЛАМЧИ ЁРДАМ

Махкамов М. Е., Артикбаев М. В., - РДКМК врачлари. Нукус шаҳри.

Хулоса: Чақалоқнинг янги туғилган даврдан бошлаб юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтиги бўлган болаларга ҳар томонлама юқори малакали ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам - ёш беморларни эрта тиббий, психологик, педагогик ва ижтимоий реабилитация қилиш имконини беради.

Калит сўзлар: юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтиги, шошилиш тиббий ёрдам, мураккаб реабилитация, мутахассисларнинг ҳаракатлари алгоритми.

PRIMARY CARE FOR PARENTS OF NEWBORN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE

Makhkamov M.E., Artikbaev M.B., – doctors of the RDMMS. Nukus

Summary: Comprehensive highly qualified and specialized medical care for children with congenital cleft of the upper lip and palate from the newborn period will allow for early medical, psychological, pedagogical and social rehabilitation of young patients.

Keywords: congenital cleft of the upper lip and palate, emergency medical care, complex rehabilitation, algorithm of actions of specialists.

Актуальность проблемы. Результаты исследований Казахских ученых выявили, что в среднем в Казахстане частота рождений детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) составляет 1:889 [10]. Учитывая, что Каракалпакстан расположено Приаральском регионе то частота врожденных пороков челюстно-лицевой области должен быть ближе к показаниям Казахстана, но наша исследования показала худшее показания. Обследованные

показания за 2017 по 2022 лет в среднем показал рождения ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба 1:730 живорождённых. Частота развития является важной характеристикой состояния здоровья населения. Инвалидность у таких детей наступает с момента рождения. Смертность, связанная с пороками, занимает 2-5 место в структуре детской смертности. За небольшим исключением, такие дети имеют психические отклонения. Отмечаемая же задержка психического развития или психоречевого развития во многом объясняется социальной дезадаптацией ребенка за счет отличительного внешнего вида, нарушением речи в связи с неадекватностью речевого аппарата, которая может быть успешно устранена с помощью раннего хирургического вмешательства и дальнейшей комплексной реабилитацией. Реабилитация больных с врожденной расщелиной губы и неба объединяет диагностические, лечебные, восстановительные и реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение анатомических, функциональных и эстетических показателей. Она должна начинаться с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение.

Специализированная, высококвалифицированная помощь детям с данной патологией с участием всех специалистов оказывается лишь в г. Ташкенте и в некоторых крупных городах. В то же время, специалисты всего мира единодушны во мнении, что дети с ВРГН нуждаются в комплексной реабилитации группой специалистов, объединённых в центре реабилитации таких детей [1, 3, 8, 9, 15].

Цель работы - определение объема неотложной медицинской помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба в ранние периоды жизни в Каракалпакстане.

Материал и методики. За период с 2017 по 2022г. в Республиканском детском многопрофильном медицинском центре – для улучшения реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области взяты на диспансерный учёт 354 ребенка с ВРГН, из них 87 пациенты нуждаются оказания неотложная медицинская (ортодонтического лечения).

Результаты исследований и их обсуждение.

Первым этапом является осмотр новорожденного с расщелиной в родильном доме, психотерапевтическая беседа с матерью и членами семьи,

организация правильного ухода и кормления ребенка и решение вопроса о времени и месте оперативного вмешательства. Это связано с тем, что родители пациентов с ВРГН, прежде всего, интересуются - когда, в каком возрасте можно устранить врожденный дефект, можно ли провести это вмешательство пораньше и т.д. Поэтому хирург, совместно с врачом-ортодонтом, педиатром и другими специалистами должен отвечать на все вопросы родителей. При этом продолжительность и объем лечебно-профилактических мероприятий зависит от степени тяжести врожденной патологии.

Тактика врача по реабилитации ребенка с ВРГН в условиях родильного дома. Первыми специалистами, с которыми контактирует новорожденный ребенок с расщелиной и его родители, являются акушер-гинеколог и врач-неонатолог

(педиатр). Эти врачи хорошо осведомлены о проблемах, возникающих уже с первых часов жизни ребенка, родившегося с расщелиной верхней губы и неба, у которого, в зависимости от вида дефекта, в той или иной степени нарушены процессы сосания, глотания, дыхания.

Врач-неонатолог обеспечивает выбор и оптимальный способ кормления детей с ВРГН, который вместе с врачом-ортодонтом в роддоме определяют способ кормления ребенка. Самым важным моментом при лечении детей с расщелиной губы и неба является поддержание жизненно важных функций и кормление ребенка, где возможность сосать грудь сохраняется только при неполной расщелине верхней губы или неполной расщелине неба.

Большинство медицинских работников (врачи общего профиля, медицинские сестры) не могут дать родителям правильный совет по этому вопросу, более того, зачастую уже в роддомах, детей после рождения сразу начинают кормить через зонд, мотивируя это тем, что у таких малышей отсутствует сосательный рефлекс. Это ошибочное мнение, так как сосательный рефлекс, под действием которого укрепляются мышцы, и перемещается вперед нижняя челюсть, врожденный, а кормление через зонд приводит именно к его угасанию, что нежелательно [4].

Безусловно, формирование искусственного неба с помощью преформирующей пластинки до первого кормления значительно облегчает кормление новорожденного [12]. Но, если имеется сочетанная патология со стороны сердечнососудистой системы и другая этапы изготовления аппарата -

снятие альгинатного оттиска с верхней челюсти новорожденного при помощи индивидуальной оттискной ложки является затруднительным из-за общего состояния ребенка. Применение obturator для неба позволяет улучшить условия для грудного и искусственного вскармливания ребенка с ВРГН. Такой obturator изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины.

Obturator готовится из бесцветной пластмассы либо из прозрачной нетоксичной мягкой термомассы по «Essix»-технологии; он легкий, прост в использовании, ребенок быстро привыкает к нему (период адаптации минимальный). Посредством нити такая пластинка фиксируется на лицевую часть ребенка во избежание травмы слизистой оболочки полости рта, потери, падения на пол. [5, 13]

Участковому педиатру, который ведет диспансерное наблюдение за ребенком ВРГН, следует учитывать, что эти дети до 15% и более случаев имеют различные соматические заболевания и другие патологии. Это приводит к необходимости отложить оперативное вмешательство до времени ликвидации очагов воспалительного либо дистрофического характера. На протяжении нескольких десятилетий известный европейский концерн MAMA GmbH (Цевен, Германия) по праву занимает лидирующее место в производстве и научной разработке специализированной продукции для детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области. Латексные соски NUK для кормления новорожденных позволяют осуществить полноценное кормление малыша искусственным путем, несмотря на наличие расщелины, и успешно подготовить ребенка к предстоящей операции [5].

Соска NUK изготовлена из латекса - высококачественного натурального экологически чистого материала, обладающего высокой эластичностью, особой прочностью, гигиеничностью, низкой восприимчивостью к микроорганизмам. Соска с закручивающимся кольцом для бутылочки подходит ко всем стандартным бутылочкам разной торговой марки. Еще одним важным моментом является, что отверстие в соске отсутствует, имеет широкий загубник, который способствует развитию естественного сосательного рефлекса. Отверстие прорезывается индивидуально для каждого малыша в соответствии с рекомендациями врача и в зависимости от направления расщелины, но не в верхней части соски, закрывающей расщелину. Отверстий в соске должно быть несколько с обычными размерами, чтобы при

поворачивании бутылочки с горлышком вниз молоко лишь капало, а не вытекало струйкой. Для профилактики аспирации молока при кормлении мамы держали ребенка в полувертикальном положении, так как основную группу составляли дети с сопутствующей патологией. Время кормления ребенка составляло 10- 20 минут.

В процессе кормления необходимо контролировать глотание смеси или молока. Не следует допускать наличие большого объема питательной смеси в полости рта.

У всех детей при использовании соски питательная смесь каплями поступает в полость рта, круговая расщепленная мышца при этом остается пассивной, спинка языка поднимается вверх, разделяя полость рта и носа. Отмечается наиболее физиологичное сосание у детей даже с расщелиной верхней губы и неба.

Совместно с педиатрами и акушерами-гинекологами уточняются сроки оперативного вмешательства на верхней губе и на мягком нёбе у детей раннего возраста, которые зависят от общего соматического состояния ребенка и вида расщелины. Родителям даются разъяснения о том, что, кроме периода новорожденности, чаще всего расщелину верхней губы в нашей клинике, если нет общих противопоказаний, ликвидируют в возрасте 4-6 месяцев. Для разъяснения сути предстоящей операции помогают фотографии детей с ВРГН, ранее леченых в клинике до - и после операции, которые ярко демонстрируют результаты лечения.

Что касается плановых профилактических прививок до операции на губе и нёбе, то при удовлетворительном общем состоянии ребенка расщелина верхней губы и нёба не является противопоказанием к их проведению.

Деятельность врача-ортодонта в комплексной реабилитации новорожденного с ВРГН заключается:

- в разобщении полости рта с полостью носа,
- нормализации процесса вскармливания новорожденного,
- создание условий для перестройки недоразвитых и порочно расположенных фрагментов верхнечелюстных костей, стимуляция их роста,

- ликвидация дефекта (дефектов) в области альвеолярного отростка, замыкание дуги в единое анатомическое образование,
- создание благоприятных условий для хейлопластики, затем уранопластики.

Нормализованный с помощью ортопедического аппарата акт сосания создает оптимальные условия для последующей перестройки фрагментов верхней челюсти. Акт сосания превращается в лечебный фактор, обеспечивающий перемещение расщепленных фрагментов.

При наличии изолированной (реже сквозной) расщелины верхней губы и отсутствии противопоказаний решается вопрос об оперативном лечении новорожденного в условиях родильного дома или отделении для новорожденных детской хирургической клиники.

Стандартный подход во всех случаях к решению этого вопроса невозможен. Срок вмешательства должен определяться с учетом общего состояния ребенка, вида расщелины губы, состояния тканей в области расщелины, степени нарушения у ребенка физиологических функций (дыхания, сосания и др.). В 1956 году Л.Е.Фролова [14] опубликовала работу о возможности проведения оперативного вмешательства по поводу расщелины верхней губы на 2-3 день после рождения. Если операция не произведена в эти сроки, ее откладывают на 11-13 сутки. Причины: физиологическая желтуха, падение веса, повышенная кровоточивость и другие противопоказания:

1) тяжелые комбинированные врожденные уродства новорожденных, препятствующих выполнению оперативного вмешательства при расщелине губы, в первые сутки после рождения;

2) приобретенные заболевания, которые делают невозможным проведение операции в данный момент. Считается целесообразным в ранние сроки оперировать доношенных новорожденных с массой не менее 3000 г и не имеющих других пороков развития.

Таким образом, полная медицинская и социальная адаптация ребенка возможна только в том случае если на самой ранней стадии его развития будет проведено полноценное хирургическое лечение.

Логопедическая помощь детям с ВРГН крайне необходима, так как речь таких детей искажена и порою недоступна пониманию. Нарушение речи ведет к задержке умственного и психического развития, социальной неполноценности, ущербности, ряду психических заболеваний ребенка с врожденной патологией.

Для развития нормальной речи ребенку необходима операция в раннем (до 2 лет) возрасте. Хирургическое воссоздание нёба или устранение анатомического врожденного дефекта нёба обязательно сочетается с дооперационным и послеоперационным логопедическим обучением. Чаще всего, логопеды, не видя результатов дооперационной работы, отказывают в помощи детям с врожденной расщелиной нёба, но хирурги отмечают, что дооперационные логопедические занятия способствуют укреплению мышц тканей нёба и глотки, создают более благоприятные условия для операции и послеоперационного заживления раны, а также базу для развития в дальнейшем нормальной речи. Основной задачей логопедической работы с детьми с врожденной расщелиной нёба в до- и послеоперационном периодах является обучение нормальному звукопроизношению без носового оттенка. Тесная взаимосвязь в лечении детей с ВРГН хирурга, врача-ортодонта и логопеда позволяет своевременно устранить анатомические и функциональные дефекты, восстановить психоэмоциональное состояние ребенка. Все это позволяет провести полноценную реабилитацию таких пациентов с возвращением их в общество.

Мы являемся сторонниками начала логопедических упражнений с ребенком, имеющим ВРГН, с раннего возраста. Целью этих предоперационных занятий с детьми является не допустить образования компенсаторных патологических навыков. Занятия необходимо начинать как можно раньше. С раннего младенческого возраста (1 месяц) нужно развивать двигательные навыки ребенка, в том числе и артикуляционного аппарата (язык, губы).

Из логопедических упражнений следует использовать наиболее эффективные и простые в исполнении. Например, капнуть капельку сиропа или воды на верхнюю губу, чтобы ребенок инстинктивно начинает облизывать губу. С каждым днем капелька должна быть выше и почти по всей поверхности верхней губы.

Таким образом, развивается активность языка и верхней губы. Все остальные упражнения выполняются по мере взросления ребенка. Продолжительность занятий определяется индивидуально в ходе занятий. Достаточный дооперационный период логопедических упражнений сокращает сроки исправления речи у ребенка в послеоперационном периоде. Занятия с детьми с ВРГН нужно проводить ежедневно несколько раз в день по 2-3 мин перед зеркалом в присутствии родителей (или родителями в домашних условиях) согласно описанной методики.

Такой ребенок должен находиться на диспансерном учете у ЛОР-врача с самого рождения, так как нарушение анатомических структур носа, нёба и глотки влечет за собой нарушение их функций. У таких детей в 4-5 раз чаще возникают заболевания уха, носа и глотки. Среди них наиболее распространены хронические риниты, отиты, тонзиллиты. Это обусловлено тем, что постепенно, из-за широкого сообщения между полостью рта и носа и нарушения носового дыхания, при попадании пищи на слизистую полости носа и верхних дыхательных путей возникают и развиваются воспалительные процессы, вначале острые, затем хронические. По мере увеличения возраста у детей происходит компенсаторное разрастание аденоидной ткани в носоглотке, устьев евстахиевых труб, а также гипертрофия нёбных миндалин, задних отделов нижних носовых раковин.[2, 11].

У всех детей с расщелиной отмечено ослабление слуха, в основном за счет нарушения вентиляционной функции слуховых труб; с возрастом условия для вентиляции этих труб ухудшаются и, как следствие этого, происходит дальнейшее ослабление слуха. Для диагностики такого нарушения детям с расщелиной верхней губы и нёба ЛОР-врач проводит аудиограмму и при выявлении снижения слуха берет ребенка на лечение. У всех детей с полной односторонней, двусторонней врожденной расщелиной губы и нёба отмечается врожденное искривление носовой перегородки, что проявляется нарушением дыхания. Это приводит к развитию хронических воспалительных процессов слизистой. Такой вид порока развития ликвидирует оториноларинголог, как правило, после проведения пластики наружного носа челюстно-лицевым хирургом либо перед проведением окончательной коррекции носа. Однако в последние годы реконструкция носовой перегородки проводится в более раннем дошкольном возрасте. Известно, что для формирования правильного произношения звуков необходим определенный объем резонансных полостей. У больных с расщелиной нёба резонансные полости увеличены, и поэтому наблюдается сочетанная гипертрофия нёбных и глоточных миндалин нижних носовых раковин, направленная на уменьшение объема этих полостей, т.е. компенсаторная гипертрофия, которая имеет самое непосредственное отношение к функции нёбно-глоточного кольца. Поэтому с большой осторожностью необходимо относиться к тонзиллэктомии и аденоэктомии у детей с ВРГН. Такие операции способствуют расширению мезофаринкса, ухудшению условий для нёбно-глоточного смыкания, что сразу же проявляется гнусавостью (назальностью) речи. [2, 3,12,16]

При обострении хронических заболеваний проводится курс комплексной противовоспалительной терапии, применяемой при данном заболевании. Особое внимание следует уделить мерам, направленным на повышение защитных сил организма. Обусловленные расщелиной нёба и поддерживаемые им сопутствующие хронические (с частыми обострениями) заболевания ЛОР-органов создают так называемый порочный круг. Неблагоприятный соматический фон детей с врожденной расщелиной нёба часто не дает возможности провести плановую операцию на нёбе. С другой стороны, указанные заболевания ЛОР-органов самостоятельно не ликвидируются, поскольку связаны с расщелиной нёба. Этот факт служит одним из аргументов в пользу проведения операций на нёбе в раннем возрасте. Мероприятия по оздоровлению ЛОР-органов в предоперационном периоде с целью проведения уранопластики являются наиболее важной и значительной задачей. Однако для успеха такой работы необходимо комплексное участие в этой проблеме ЛОР-врача, челюстно-лицевого хирурга, стоматолога, логопеда и других специалистов. Роль врача-стоматолога в комплексной реабилитации детей с ВРГН не менее важна, чем других специалистов. Это связано с тем, что у детей с ВРГН имеет место высокое распространение стоматологических заболеваний, что связано как общими, так и местными факторами риска.

Заключение. Специализированная медицинская и социальная помощь детям с ВРГН должна начинаться в период планирования деторождения, или с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение. Объединение творческих организационных сил специалистов, занимающихся проблемой лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ и учета пациентов, позволит оказывать раннюю высококвалифицированную, специализированную медицинскую помощь, что в свою очередь позволит проводить раннюю медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию маленьких пациентов.[9]

Использованная литература

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Материалы науч.-практ. конф.: «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». - М., 2006. - С. 1415.

2. Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э. Состояние носоглотки у больных с ВРГН в приаральском регионе, Научно-практическая конференция детских оториноларингологов с международным участием “Современная оториноларингология: актуальные вопросы и перспективы развития”, Ташкент, 2021.
3. Блохина С.И., Долгополова Г.В. Медицинская и социальная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Стоматология и здоровье ребенка: тез. докл. Первой респуб. конф. - М., 1996. - С. 20.
4. Гончаков Г.В., Притько А.Г., Гончакова С.Г. Врожденные расщелины верхней губы и неба // Практическая медицина. -2009. - С.33-34.
5. Замураева А.У., Камалиденова М.К., Попинигис У.А., Кенжин Б.Д. Особенности кормления детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Матер. Респ. науч.-прак. конф. с международным участием «Актуальные проблемы врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в Республике Казахстан». - Алматы, 2012. - С. 56.
6. Здравоохранения России // Проблемы стоматологии. - 2005. -№ 2. - С. 32-36.
7. Кипшакбаев Р.К. Воспалительные осложнения и оптимизация их лечения при хейло- и уранопластике у детей : автореф. канд. дис. ... - Алматы, 2000. - 18 с.
8. Мамедов А.А., Герасимов А.Н., Манерова О.А. и др. Организация специализированной помощи детям с врожденной расщелиной неба в современных условиях развития
9. Махкамов М.Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба: автореф. Док. дис... Ташкент, 2002. - 24 с.
10. Негаметзянов Н.Г., Супиев Т.К. Экологические факторы различных регионов Республики Казахстан и их влияние на заболеваемость врожденной расщелиной верхней губы и неба //Стоматология детского возраста и профилактика. - 2012. - N1. - С. 21-28.
11. Сабитова К.Е. Уровень стоматологического здоровья, меры профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: автореф. канд. дис. ... Алматы, 2000. - 24 с.
12. Стоматология детей и подростков // Под ред.Ральф Е., Мак-Дональд, Дейвид Р.Эйвери.- М.: Мед.Информ Агентство, 2003. -С. 710-711

13. Супиев Т.К., Негаметзянов Г.М., Ахметжанов А.М., Битикенова Г.Б. Поэтапная методика реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба с периода новорожденности. - Алматы: МЗ РК, 1995. - 6 с.
14. Фролова Л.Е. Пороки развития отдельных анатомических образований челюстно-лицевой области / Руководство по стоматологии детского возраста // Под ред. А.И.Евдокимова и Т.Ф.Виноградовой. - М.: Медицина, 1976. - С. 64-74.
15. Чуйкин С.В., Андрианова Ю.В., Давлетшин Н.А. К этиологии и патогенезу врожденной расщелины верхней губы и неба в регионе с нефтехимической промышленностью // Матер. респ. конф. стоматологов Башкортостана: «Новые технологии в стоматологии». - Уфа, 2005. - С. 220-222.
16. Шарова Т.В. Симановская Е.Ю. Организация специализированной стоматологической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в условиях родильного дома: Метод. рекомендации. - Пермь, 1983. - 21 с.

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Махмудов Шахбоз Музаффарович

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) изучается давно и во многих странах; в 1974 году американский психиатр Х. Дж. Фрейденбергер описал "синдром выгорания" это синдром эмоционального выгорания, вызванный значительной переоценкой собственных ресурсов и сил [1], а также ухудшением психического и физического здоровья из-за истощающего энергию процесса перегрузки чужими проблемами. Эмоциональное выгорание это хроническая конфликтная ситуация, истощающая ресурсы человека [2]. По данным современных авторов, примерно 61% опрошенных стоматологов страдают от эмоционального выгорания [3]. В своей работе авторы показывают, что у стоматологов очень часто наблюдается целый ряд нарушений, которые приводят к развитию эмоционального выгорания в результате интенсивного нейropsychологического стресса, присущего данному виду профессиональной деятельности. Поэтому влияние профессионального стресса на состояние представляется настоятельная необходимость в обзоре литературы и систематизации материала по данному вопросу. Проанализировать возникновение выгорания на основе литературных данных и выявить основные факторы эмоционального выгорания у стоматологов. Поиск литературных источников проводился в трех базах данных по ключевым словам "эмоциональное выгорание в стоматологии". 'выгорание в стоматологии', 'выгорание в стоматологии', 'эмоциональный стресс в стоматологии' и было

проанализировано несколько литературных источников. Критерии включения: обзоры литературы, исследования и статьи, посвященные личным взглядам профессионалов на проблемы выгорания, повышенного уровня стресса и депрессии у стоматологов. Профессия стоматолога представляет собой уникальное сочетание технических профессиональных навыков, личных качеств и эмоций поставщика медицинских услуг (стоматолога) и их получателей услуг (пациентов) [4]. Пациенты ожидают, что стоматологи будут контролировать любую ситуацию и скрывать свою личную уязвимость на работе [5]. Эмоциональное выгорание стоматологов является результатом хронического профессионального стресса и формируется под влиянием следующих факторов [5-7] : нехватка времени и необходимость следовать строгому графику, беспокойство пациентов, невозможность получить 100% идеальный результат, финансовое давление, неблагоприятное восприятие пациентов, нежелательное отношение к пациентам, нежелательное отношение к пациентам. неблагоприятное восприятие, неудовлетворительная работа. медперсонала, технические проблемы, некомфортное отношение к работе. В литературе [4-8] степень СЭВ описывается как (1) эмоциональное истощение - прогрессирующая потеря энергии из-за постоянного межличностного взаимодействия; (2) деперсонализация - негативное отношение и циничные реакции по отношению к пациенту; (3) снижение самореализации - снижение самореализации с потерей уверенности и развитием негативной самооценки, которые используются в качестве индикаторов наличия следующих признаков. повышение производительности труда. Согласно проанализированной литературе, не существует единой точки зрения на природу эмоционального выгорания. Одни авторы считают выгорание одним из видов стресса, другие - результатом воздействия стрессоров, на фоне которых возникают патологические процессы, такие как головные боли, сердечно-сосудистые проблемы, обострение хронических заболеваний, боли в позвоночнике и т. д. СЭВ негативно влияет на здоровье человека, его семейные отношения и работоспособность. Эмоциональное выгорание затрагивает как врачей, так и пациентов. Для решения этой проблемы необходимы дальнейшие исследования.

Литература:

1. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Серия: Библиотека актуальной психологии. Выпуск 2 – Красноярск, 2014. – 235 с

2. Загорюев А.Л. Личностный адаптационный потенциал как фактор процесса эмоционального выгорания Социокультурные проблемы современного человека / Материалы IV Международной научно-практической конференции (19-24 апреля 2010 г., г. Новосибирск). Ч.2. С. 390 – 393
- 3.
4. Лукьянова В.В., Леонова А.Б., Водопьянова Н.Е. и др. Выгорание и профессионализация Сб. науч. тр. / под ред. В.В. Лукьянова, А.Б. Леоновой, А.А. Обознова, А.С. Чернышева, Н.Е. Водопьяновой; Курск. гос. ун-т.– Курск, 2013. — 440 с.

АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ СТРОЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА САМАРКАНДА ПО ДАННЫМ КОНУСНО- ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

**Махмудов Гуломжон Алишерович
Арзикулова Муниса Шухрат кизи
munisaarzikulova43@gmail.com**

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. На основании анализа данных конусно-лучевой компьютерной томографии 50 человек (25 мужчин и 25 женщин) зрелого возраста (от 32 лет до 59 лет) изучены особенности строения зубочелюстных сегментов в области 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25 зубов верхней челюсти и 34, 35, 36, 44, 45, 46 зубов нижней челюсти, ретромолярного пространства нижней челюсти, частоты наличия разрастания слизистой (мембраны Шнайдера), выстилающей стенки полости верхней челюсти, частоты перфорации дна полости верхней челюсти верхушками корней клыков, премоляров и первых моляров, одонтометрия 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.3, 2.4, 2.5 зубов верхней челюсти и 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 зубов нижней челюсти. Высота кости нижней челюсти у мужчин оказалась большей за счёт альвеолярной части, общая длина 3.6, 4.6 зубов нижней челюсти, 1.3, 1.4, 1.6, 2.3, 2.4, 2.6 зубов верхней челюсти, размеры основания ретромолярной ямки у мужчин оказались большими у мужчин, частота перфорации дна полости верхней челюсти верхушками корней клыков и первых премоляров оказалась выше у мужчин, размеры (переднезадний размер и высота) гайморовых пазух оказались большими у мужчин. Установлено, что высота кости верхней челюсти у мужчин и женщин

не различалась, а 1.4, 2.4, 1.6, 2.6 зубы верхней челюсти были больше у мужчин за счёт коронковой части.

Цель: изучение особенностей строения верхних и нижних челюстей и гайморовых пазух у лиц зрелого возрастного периода, мужского и женского пола, проживающих на территории города Самарканда, на основе данных конусно-лучевой компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования: Был произведён анализ конусно-лучевых томограмм 50 человек (из них 25 лиц мужского пола, а 25 лиц женского пола) зрелого возрастного периода (от 32 лет до 59 лет), проживающих на территории Самаркандского области, полученных на компьютерном томографе фирмы Vaitech. Осуществлены измерения размеров пазух (переднезадний размер, высота и ширина), параметров зубочелюстных сегментов в области зубов 1.3, 2.3, 1.4, 2.4, 1.5, 2.5, 1.6, 2.6 и зубов 3.4, 4.4, 3.5, 4.5, 3.6, 4.6, размеров ретромолярного пространства. Исследована встречаемость разрастаний слизистой (мембраны Шнайдера), выстилающей стенки полости верхней челюсти, частота перфорации дна верхнечелюстной пазухи верхушками корней зубов 1.3, 2.3, 1.4, 2.4, 1.5, 2.5, 1.6, 2.6. Проведена одонтометрия зубов 1.3, 2.3, 1.4, 2.4, 1.5, 2.5, 1.6, 2.6 и зубов 3.4, 4.4, 3.5, 4.5, 3.6, 4.6. Был использован метод конусно-лучевой компьютерной томографии. Статистический анализ был произведён в программе Statistica 10.0, а к гендерным различиям отнесены достоверные показатели (при $p \leq 0,05$). Единицы измерения - миллиметры.

Результаты исследования: В ходе проведённого исследования нами были выявлены гендерные различия общей высоты тела нижней челюсти в изучаемых зонах. В группе мужчин оказалась большей высота кости в области зуба 3.4, составлявшая ($32,18 \pm 0,43$ у мужчин против $28,57 \pm 0,40$ у женщин), зуба 4.4 ($31,57 \pm 0,38$ у мужчин против $28,21 \pm 0,38$ у женщин), зуба 3.5 ($31,30 \pm 0,48$ у мужчин против $27,64 \pm 0,42$ у женщин), зуба 4.5 ($30,47 \pm 0,44$ у мужчин против $27,64 \pm 0,39$ у женщин), зуба 3.6 ($30,04 \pm 0,45$ у мужчин против $25,44 \pm 0,54$ у женщин), зуба 4.6 ($29,43 \pm 0,45$ у мужчин против $25,36 \pm 0,55$ у женщин).

Список литературы:

1. Гайворонский, И.В. Сравнительная характеристика краниометрических и компьютерно-томографических исследований строения нижней челюсти в прикладном аспекте имплантации зубов/ И.В.Гайворонский, М.Г.Гайворонская, О.В.Комарницкий, А.А.Пономарев // Морфология. – 2012. – Т. 141, № 1. – С. 71-74.

2. Иванова О.П. Частота встречаемости объемных образований гайморовых пазух на томограммах челюстей / Иванова О.П., Вологина М.В., Онищенко Л.Ф., Огонян Е.А., Аптреев А.А. // Современные проблемы науки и образования. -2017.-№ 6. -С. 108.

3. Лалаев Э.Э. Влияние хирургического лечения заболеваний верхнечелюстных пазух на возникновение патологий зрительного аппарата. / Лалаев Э.Э., Подкопаева Д.С., Цындяйкина А.С. // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. -2018. Т. 2. -№ 3 (22). -С. 78-80.

4. Назарян, Д.Н. Вертикальная 3D-аугментация верхней и нижней челюстей для подготовки к дентальной имплантации / Д.Н. Назарян, А.С. Караян, А.Н. Сенюк, Г.К. Захаров // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2012. - № 3. - С. 10-19.

5. Никитенко В.В. Возрастные изменения верхнечелюстного синуса и его стенок у людей старших возрастных групп / Никитенко В.В., Иорданишвили А.К. // Институт стоматологии. -2013. -№ 1 (58). -С. 80-81.

TO'LIQ TISHSIZ BEMORLARNI TISH REABILITATSIYASI SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

makhmudova_ugiloy@gmail.com

Kirish: So'nggi yillarda alveolyar va suyak to'qimasi atrofiyasi haqida tadqiqotlar olib borilishiga qaramasdan, bugungi kungacha bu muammo hal qilinmagan, ammo to'liq olinadigan protezlarni mahkamlash va fiksatsiyalash masalalari protezlashda o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Hozirgi vaqtda to'liq olinadigan protezlar bilan protezlash sharoitlarini yaxshilash va alveolyar suyak to'qimalarining hajmini oshirish uchun operatsiyalarda qo'llaniladigan usullar va materiallar taklif qilingan

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqot uchun 35 yoshdan yuqori va pastki jag'larda tishlari to'liq yo'qligi (to'liq adentiya) bo'lgan 35 nafar bemor tanlangan. 53 yoshdan 82 yoshgacha, 16 nafar bemorda yuqori jag'da to'liq adentiya, Shreder bo'yicha 3-tur bilan tavsiflangan, ya'ni yuqori jag'da alveolyar jarayon butunlay yo'q, yuqori jag'ning tanasining o'lchamlari keskin kichraygan, yomon rivojlangan alveolyar tuberkulyarlar, tekis tanglay. 21 nafar bemorning pastki jag'ida to'liq adentiya Keller bo'yicha 2-turi bilan tavsiflangan, ya'ni pastki jag'ning alveolyar qismining keskin bir xil atrofiyasi, harakatlanuvchi shilliq qavat alveolyar tizma darajasida joylashgan. To'liq adentiya bilan og'rigan barcha bemorlar 3 guruhga

bo'lingan. Birinchi guruhga an'anaviy usul bo'yicha to'liq olinadigan protezlar qilingan 13 nafar bemor kirdi. Ikkinchi guruhga intraosseus implantlarga qo'shimchalar bilan o'rnatiladigan olinadigan protezlarni olgan 10 nafar bemor kiradi. Uchinchi guruhga 12 kishi kirdi.

Tadqiqot natijalari: Protezni og'iz bo'shlig'idagi fiksatsiyasi qoniqarsiz bo'lganda, bemorlarning 50 foizida Shrederga ko'ra 3-toifa, Keller bo'yicha 2-toifa to'liq olinadigan protezlar bilan protezlar bilan. Birinchi guruhni to'liq olinadigan protezlarni mahkamlash va fiksatsiya darajasi qoniqtirmadi va shuning uchun ular turli xil oziq-ovqatlardan foydalanishda cheklangan. Protezlarga moslashish davri 1 oydan 1,5 oygacha davom etdi va bemorlar tomonidan toqat qilish qiyin edi. 2 va 3-guruhlardagi barcha bemorlarda protezlarga moslashish davri 3 haftadan oshmadi va bemorlar tomonidan osonlikcha toqat qilindi. To'liq olinadigan protezlarning implantlariga mexanik mahkamlash protezlashdan so'ng darhol va uzoq muddatda mahkamlash va fiksatsiya bo'yicha testlar davomida ijobiy baho olishga imkon berdi.

Xulosa: To'liq olinadigan protezlarning og'iz bo'shlig'ida fiksatsiyasi, chaynash va nutq funksiyalarini samaraliroq tiklash uchun, bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, an'anaviy protezlashning salbiy natijalari bilan, qo'shimcha fiksatsiya usullaridan foydalangan, olinadigan protezlardan kengroq foydalanish kerak.

QISMAN OLIB QO'YILADIGAN PROTEZLAR BILAN PROTEZLASHDA, ULARNI TELESKOPIK YOKI IKKILAMCHI QOPLAMALAR YORDAMIDA FIKSATSIYA QILISHNI KLINIK BOSQICHI

Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston
makhmudova_ugiloy@gmail.com

Kirish: Ko'p miqdordagi tish nuqsonlari bor bemorlarni olinadigan protezlar yordamida amalga oshiriladi. Qolgan tishlarga olinmaydigan protezlar bilan bir necha usul bilan fiksatsiyalanadi. Eng oddiy va arzon ezib tayyorlangan qoplamalar, biroz murakkabroq va qimmatroq - quyma qoplamalar. Bundan tashqari, ular boshqa turdagi qo'shimchalar bo'lgan qulflash moslamasidan foydalanadilar, bulardan, ikki qavatli tizimi bo'lgan teleskopik yoki ikki qavatli qoplamalar. Ichki qoplama anatomik shaklga ega bo'lmagan va konus yoki silindr bo'lgan tayanch tishiga biriktirilgan. Tishning anatomik shaklini tiklaydigan tashqi toj, olinadigan protezning bir qismidir.

Materiallar va tadqiqot usullari: Ortopedik stomatologiya klinikasiga bemor quyidagi klinik tashxis bilan keldi: yuqori jag'da 1.3 va 2.3 tishlar, pastki jag'da 3.4, 4.3, 4.4, 4.5 tishlari saqlangan. Ilgari, bemorga qolgan tishlar uchun quyish usuli

yordamida himoyalovchi nitridtitan bilan purkalgan qoplamalar va yuqori va pastki jag'larda ilmoq yordamida fiksatsiya qilinadigan plastinkali protezlar tayyorlangan. Bemor yuqori jag'dagi estetikadan qoniqmadi, chunki qoplamalar metall bo'lganligi sababli, suhbat paytida va tabassum paytida ko'rinib turardi, unga mos kelmadi. U estetik nuqsonni tuzatish uchun 1.3 va 2.3 tishlaridan qoplamalarni olib tashlash va ezib tayyorlash usuli orqali ikki qavatli qoplamalarni yasashga, shuningdek, ikki qavatli qoplamalar yordamida fiksatsiyalanuvchi yuqori jag' uchun olinadigan yoyli protez qaror qildi.

Tadqiqot natijalari: Birinchidan, 1.3 va 2 tishlardan olib tashlandi. Birlamchi qoplamalar uchun tishlar tojini bir oz torayishi bilan tayyorlangan, qoplama ishlab chiqarish uchun alginat xom ashyo bilan qolip olingan. O'rnatish va fiksatsiyadan so'ng qoplamalar tish tsementiga mahkamlanmasdan tishlarga o'rnatildi, yuqori va pastki jag'lardan qoplip olindi, ikkala jag'ning modellari quyildi. Estetik tashqi qoplamalar yanada aniqroq ishlab chiqarish uchun yuqori jag' modelida birlamchi qoplamalar yasaladi, ular olinadigan protezda o'rnatiladi. Umumiy qabul qilingan texnikaga ko'ra, ikki qavatli mahkamlangan yuqori jag' uchun olinadigan yoyli protezi qilingan. Keyin birlamchi qoplamalar tishlarga tsement bilan o'rnatiladi. Yuqori jag'ga o'rnatilgan va olinadigan protez. Bemor protezlash natijasidan mamnun edi. Protez og'iz bo'shlig'ida yaxshi mahkamlangan va chaynash testlarida barqarorlashgan.

Xulosa: Protezlashda, ikki qavatli qoplamalar yordamida fiksatsiyalanuvchi olinadigan protezlarni tayyorlashdan so'ng quyidagi xulosaga keldik, bemorlar protezlashning estetik natijasidan qoniqdilar. Og'iz bo'shlig'ida protezlar chaynash va agapirish sinovlari paytida yaxshi joylashtirildi va fiksatsiyalandi. Narxlarni pasaytirish va olinadigan protezlarni ikki qavatli qoplamalar bilan fiksatsiyalash bilan soddalashtirish uchun quyma emas, balki ezib tayyorlangan metall tojlarni ishlab chiqarish mumkin.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ (ППШ) ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ.

Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna

Кафедра ортопедическая Стоматология, СамГМУ

makhmudova.ugiloy@gmail.com

Цель. Дать оценку клинической эффективности приостановления кариеса временных зубов различными методами.

Материал и методы: Проведено клиническое обследование 73 детей и лечение пораженных кариесом (на уровне плащевого дентина) временных зубов методами приостановления. В группы 1–4 отнесены кариозные поражения временных зубов классов III и V по Блэку, в группы 5 и 6 – класса I по Блэку. В группе 1 протокол лечения предусматривал аппликации лака (5% NaF), с периодичностью 1 раз в 3 месяца, в группе 2 – 38%-го раствора фторида диамминсеребра (ФДС) 1 раз в 6 месяцев, в группе 3 – 38%-го раствора ФДС с последующими незамедлительными нанесениями 10%-го раствора повидон-йода 1 раз в 6 месяцев, в группах 4 и 5 – СИЦ специального назначения, в группе 6 – СИЦ, не требующего кондиционирования дентина и защитного покрытия. Итоговая оценка кариозных очагов и состояния покрытия из СИЦ проведена через 18 месяцев.

Результаты исследования. При аппликациях фторлака в течение 18 месяцев приостановление кариозных поражений временных зубов наблюдалось в 49,02% случаев, что статистически значимо ($p < 0,001$) отличалось от такового при аппликациях раствора ФДС (100%), сочетанного применения ФДС с йодидами (98,36%) и аппликациях СИЦ специального назначения (98,18%). При использовании фторлака приостановление кариозного процесса (при его наступлении) происходило через 12 месяцев (4 аппликации), что статистически значимо ($p < 0,001$) превосходило аналогичный показатель при использовании раствора ФДС отдельно и в сочетании с йодидами (6 месяцев (1 аппликация)). В группе 1 по завершению исследования 35,29% кариозных поражений имели светло-желтый цвет, что свидетельствует о высокой активности кариозного процесса, в группах 2 и 3 поверхности с таким признаком отсутствовали.

Выводы: После применения ФДС в сочетании с йодидами большинство кариозных поражений приобрели коричневую окраску дентина (75,41%), а при изолированном применении ФДС – эстетически нежелательный черный цвет (65,63%). Доля приостановленных кариозных поражений временных зубов класса I по Блэку при аппликациях СИЦ специального назначения и СИЦ химического отверждения, не требующего кондиционирования дентина и защитного покрытия, составила 94,29% и 100% соответственно ($p > 0,05$). В группе 4 за период наблюдения полная сохранность покрытия отмечена в 56,36% случаев, что статистически значимо ($p < 0,05$) меньше, чем в группе 5 (77,14%) и 6 (83,87%).

AESTHETIC REHABILITATION OF FRONTAL GROUPS OF TEETH WITH IMPLANTS AND AESTHETIC CROWNS

Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna

Samarkand State Medical University

makhmudova.ugiloy@gmail.com

To increase the efficiency of chewing, functionality, restoration of the anatomical shape and aesthetics of the frontal groups of teeth. 125 women aged 25 to 45 years are planned to be examined as patients. The subject of the study will be a clinical and laboratory - instrumental assessment of the aesthetic status, functionality and anatomical shape. The work will use modern methods of collecting and processing materials, followed by statistical processing of the results obtained. For a qualitative assessment, photoprotocols of teeth will be used, the Vita scale and its digital analogues will be used to compare the color of teeth. The state of functionality and aesthetics in the examined patients was determined using indices and color scales. In studies conducted using CBCT, it was recorded that the thickness of the vestibular wall in humans in the anterior part of the jaws is most often less than 2 mm. According to the X-ray examination V. Braut et al. (2011) the minimum revealed thickness of the vestibular bone wall in the area of the anterior teeth and premolars of the upper jaw was less than 1 mm and was recorded in 11.4 % of cases . According to G. Huynh-Ba et al. , the thickness of the vestibular bone wall in the anterior part of the upper jaw exceeded 1 mm only in 13% of cases and in the premolar region of the upper jaw - in 41% of cases. Accordingly, the correct approach to individual treatment planning and careful selection of patients for each specific protocol is extremely important. An important point is also the surgeon 's fluency in the technique of surgery and his manual skills. When studying the processes of bone atrophy, Jun-Beom Park came to the conclusion that in the process of direct implantation, it is necessary to install the implant more palatally, which leads to a lack of soft tissues on the vestibular side, and in the future – to difficulties in prosthetics and aesthetic problems. Therefore , a satisfactory result can be achieved only with the immediate installation of an implant with simultaneous soft tissue plasty and filling the free space around the implant with osteoplastic material . Domestic and foreign specialists have described many methods of immediate implantation using a wide variety of osteoplastic materials. Most of the proposed methods require peeling of the muco-periosteal flap from the vestibular side, which inevitably leads to increased resorption of the already thin vestibular wall, and suturing the wound tightly entails a decrease in the keratinized gum area in the implant area and, as a consequence, to an unsatisfactory aesthetic result and the need for additional augmentation of bone and soft tissues. To solve the problem of atrophy associated with a shortage of soft tissues in the area of implants, Currently, there are many methods and protocols for plasty with local tissues using a free gingival graft, a connective tissue autograft. Augmentation of soft tissues, as well as bone, can occur

before implantation (with a two-stage technique), at the time of implantation, at the stage of installing the gum shaper and after prosthetics on implants.

Literature:

1. Van Noort R. The future of dental devices is digital. *Dent. Mater.* 2012;28:3–12. doi: 10.1016/j.dental.2011.10.014. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Block M.S. Dental implants: The last 100 years. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2018;76:11–26. doi: 10.1016/j.joms.2017.08.045. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Patel N. Integrating three-dimensional digital technologies for comprehensive implant dentistry. *J. Am. Dent. Assoc.* 2010;141(Suppl. S2):20S–24S. doi: 10.14219/jada.archive.2010.0357. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Zimmermann M., Mehl A., Mormann W.H., Reich S. Intraoral scanning systems—A current overview. *Int. J. Comput. Dent.* 2015;18:101–129. [PubMed] [Google Scholar]
5. Marchack C.B., Chew L.K. The 10-year evolution of guided surgery. *J. Calif. Dent. Assoc.* 2015;43:131–134. [PubMed] [Google Scholar]

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕТРАКЦИИ ДЕСНЫ ПРИ СНЯТИИ ОТТИСКА

Махмудова Угиллой Бахтиёровна

Самаркандский государственный медицинский университет

makmudova.ugiloy@gmail.com

Повышение качества ортопедического лечения пациентов путем обоснованного выбора оптимального метода ретракции десны и снятия оттиска. В исследовании принимали участие 87 человек, которые были разделены на 2 группы: 1 группа - 25 добровольца (15 мужчины и 10 женщин) в возрасте 20 - 30 лет из числа ординаторов и магистрантов Самаркандского государственного медицинского университета. Критерии включения - хорошая гигиена полости рта и отсутствие воспаления в области всех зубов. 2 группа - 38 пациентов (18 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 20 до 58 лет с дефектами зубных рядов и патологией твердых тканей зуба, нуждающихся в ортопедическом лечении с применением несъемных протезов. Критерии включения - хорошая гигиена полости рта и отсутствие воспаления в области исследуемых зубов. В исследовании было использовано 4 варианта получения оттиска. Ретракцию десны выполняли одним из 3-х материалов: 1. сухая непропитанная нить 00 Ultrapak (Ultradent, США); 2. паста для ретракции Exrasy1 (Pierre Rolland, Франция); 3. поливинилсилоксановый материал для ретракции MagicFoam Cord

(Coltene, Швейцария). Следовательно, ретракция нитью позволяет бороздам раскрыться лучше, чем при современных методах ретракции. Глубина проекции отражает степень проникновения за пределы корректирующего материала, особенно при измерении после ретракции пастой Exrasyl. Поэтому для качественного изображения борозды на оттиске рекомендуется располагать границу препаровки не глубже 0,5 мм от края маргинальной десны. Все исследованные материалы для ретракции десны вызывают в той или иной степени увеличение продукции пародонтальной жидкости: максимум проволока Ультрапак 00, минимум ретракционная паста Экспасил. Все изученные способы ретракции являются травматичными, что выражается во временном нарушении микроциркуляции маргинальной десны. Сроки восстановления кровотока зависят от метода удаления и составляют от 30 минут до двух недель. Ретракция десны с помощью проволоки Ultrapak 00 обеспечивает максимальное проникновение корректирующего материала в периодонтальную борозду, в то время как материал Magic FoamCord минимален. Чем меньше начальная глубина периодонтальной щели, тем важнее относительное заполнение корригирующим материалом при всех методах получения оттиска и выполнения ретракции; чем больше начальная глубина борозды, тем больше абсолютное значение её заполнения. Чем меньше глубина расположения уступа, тем больше глубина проникновения корригирующего материала за границу уступа.

Список литератур:

1. Bakhtiyorovna, Makhmudova Ugiloy. "MODERN METHODS PREVENTION AND TREATMENT POSTOPERATIVE HYPERESTHESIA IN ORTHOPEDIC DENTISTRY." Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3.12 (2022): 1104-1108.
2. Maxzuna U., Zarafuz B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 618-623.
3. Ряховский А.Н., Ерошкина Е.А. Ретракционные материалы и маргинальная десна: лабораторная и функциональная сравнительная оценка.// Гемореология и микроциркуляция (от функциональных механизмов в клинику): Материалы международной научной конференции. - Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. Ушинского, 2009. - С. 169.
4. Ряховский А.Н., Ерошкина Е.А., Стрекалова Е.Л., Халкечева Л.Н. Влияние ретракционных материалов на капиллярный кровоток маргинальной десны и

выделение жидкости из зубодесневой бороздки // Материалы XXI и XXII всероссийских научно-практических конференций. - Москва. - 2009. С. 266-268.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Махсумова С.С., Махсумова И.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

irodamahsumova@gmail.com

Результаты эпидемиологических исследований, проведённые Международной федерацией диабета более чем в ста странах мира свидетельствуют, что СД (сахарный диабет) 1 типа занимает первое место среди эндокринной патологии в детской популяции, обладая тенденцией к устойчивому росту заболеваемости [2,4]. По данным национальных регистров, за последние десять лет в мире прирост распространённости СД 1 типа у детей составил 35,7% (с 59,4 до 80,6 случаев на 100 тыс. детского населения), у подростков - 68,9% (с 108,5 до 183,5 случаев на 100 тыс. подросткового населения), при ежегодных темпах прироста порядка 3% [1,3].

Таким образом, углубленное изучение стоматологического статуса и выявление важных диагностических критериев в полости рта при СД 1 типа у детей, может иметь немаловажное значение для своевременной постановки общего диагноза[5].

Цель исследования. Оценить состояние гуморального и местного иммунитета полости рта при сахарном диабете 1 типа у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы было проведено стоматологическое обследование 35 детей и подростков, страдающих СД 1 типа в возрасте 7-15 лет (мальчиков-18, девочек-17), проходивших лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре эндокринологии. Все обследованные были разделены на 2 группы: контрольную и больные СД 1 типа. Клиническое исследование включало в себя выявление жалоб больных, сбор анамнеза, визуальный осмотр. Для изучения показателей специфической и неспецифической резистентности ротовой жидкости у пациентов брали пробы нестимулированной слюны утром натощак в стерильные пробирки. Иммунологические показатели ротовой жидкости оценивали по концентрации иммуноглобулинов G, A и секреторного sIgA, которые определяли методом

твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием моноклональных антител к иммуноглобулинам человека.

Результаты исследования. При СД 1 типа воспалительно-дистрофические изменения в паренхиме слюнных желез по типу гипосаливации способствуют быстрому развитию инфекционных и дистрофических поражений СОПР, а также закономерным является изменение гомеостаза ротовой полости, в том числе и состава слюны. Учитывая вышеизложенные факты, в процессе работы мы провели исследование ротовой жидкости больных с СД 1 типа с определением содержания сывороточных IgG, IgA, slgA.

Нами установлено, что у детей с СД 1 типа содержание IgG в ротовой жидкости в целом составило $0,036 \pm 0,003$ г/л и было достоверно выше показателей у практически здоровых детей $0,020 \pm 0,002$ г/л; $p < 0,001$.

При анализе показателей ротовой жидкости детей с разной степенью компенсации патологии отмечено, что уровень содержания IgG претерпевал изменения в сторону увеличения и принимал максимальные значения в декомпенсированном состоянии $0,052 \pm 0,004$ г/л.

У больных с СД 1 типа концентрация IgA, напротив, была заметно ниже по сравнению с данными контрольной группы и составила $0,018 \pm 0,001$ г/л. В группе контроля соответственно $0,039 \pm 0,003$ г/л; $p < 0,001$. При оценке показателей IgA нами также выявлен факт, что в группе больных с СД 1 типа самые низкие значения определялись у детей с декомпенсированной формой заболевания, уровень исследуемого иммуноглобулина составил $0,014 \pm 0,001$ г/л.

Таким образом, нами выявлена выраженная дисиммуноглобулинемия классов IgG и IgA что свидетельствует о массивном воздействии различных антигенов на организм, в том числе и в ротовой полости при СД 1 типа у детей.

У больных с СД 1 типа зарегистрировано в целом повышение уровня провоспалительного цитокина ИЛ-6 в ротовой жидкости $27,46 \pm 2,56$ пг/мл; $p < 0,05$ по сравнению со здоровыми детьми ($20,33 \pm 1,44$; $p < 0,001$). Выявлено, что в стадии декомпенсации содержание слюварного ИЛ-6 достигало наиболее высоких значений и составляло $47,3 \pm 3,5$ пг/мл; $p < 0,05$ и снижалось по мере повышения компенсации патологии.

Выводы. У детей с СД 1 типа наблюдаются также значительные нарушения в системе местной защиты полости рта в виде повышения

содержания иммуноглобулинов класса G ($0,036 \pm 0,003$ г/л) на фоне снижения концентрации иммуноглобулина А, секреторного иммуноглобулина А.

Полученные данные о дисбалансе факторов общего иммунитета можно рассматривать как пусковой фактор для присоединения сопутствующих инфекций, которые в большинстве случаев тяжело протекают и часто приводят к нарушению компенсации основного заболевания.

Список литературы:

1. Буриева Н. А., Махсумова И. Ш. Профилактическая работа в аспекте стоматологических заболеваний //ББК 60 С 56. – 2019. – С. 185.
2. Даминова Ш. Б., Махсумова С. С., Махсумова И. Ш. Клинические и иммунологические показатели полости рта у детей при остром герпетическом стоматите до и после проведенного лечения //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 87-88.
3. Махсумова С. С. и др. Особенности проявления сахарного диабета 1 типа у детей на слизистой оболочке полости рта и губ //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 15-2. – С. 118.
4. Махсумова С. С., Даминова Ш. Б., Мухамедова М. С. Иммунологические изменения полости рта у детей с острым герпетическим стоматитом //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2017. – С. 103-104.
5. Муртазаев С. С. и др. Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 15. – С. 118.

ТРЕВОЖНОСТЬ РЕБЕНКА ПЕРЕД ВИЗИТОМ К СТОМАТОЛОГУ: ОЦЕНКА С ПОМОЩЬЮ ИГРОВОГО ИНСТРУМЕНТА КАК УСЛОВНОГО РЕФЛЕКСА

Мукимов Ш.И., Сайдалиев М.Н., Утепова Г.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

drmuqimovshaxobiddin@gmail.com

ВВЕДЕНИЕ

Отсутствие психологической подготовки ребенка к стоматологической помощи ведет к провалам в эффективности лечения и делает невозможным достижение успеха. Те, кто несет ответственность и отвечает за намерение подготовить детей к приему у стоматолога, делают это случайным образом,

инстинктивно и без протокола, обычно совершая простые ошибки, не намереваясь навредить лечению, тем не менее с большим негативным воздействием на него. Эти ошибки можно было бы устранить или уменьшить, если бы профессионал мог рассчитывать на помощь, чтобы помочь подготовить ребенка к детской стоматологической помощи, тем самым подготовив его к стоматологической практике.

Поскольку тревожность представляет собой внутреннее эмоциональное состояние, трудно поддающееся наблюдению, но имеющее большое значение в познавательном процессе, самописание этого события в субъективной и индивидуальной форме помогает ребенку предоставить ценные данные, когда-то недоступные по сравнению с другими более объективные техники. В настоящем исследовании дети в возрасте 4-6 лет были подвергнуты проективному тесту FIS (Facial Image Scale) Buchman & Niven¹⁰ для самооценки.

Хотя некоторые авторы упоминают в своих книгах о важности контроля над поведением, до сих пор в литературе не было найдено научных исследований, доказывающих эффективность книги детской литературы в качестве предварительной подготовки к визиту к стоматологу.

Учитывая вышеизложенное, решающее значение приобретает важность в использовании стратегий, помогающих справиться с эмоциональным напряжением у детей на приеме у стоматолога с целью предоставления льгот и обращения с ребенком как с целостным человеком.

Цель. Целью данного исследования было оценить эмоциональные реакции до и после применения детской аудиовизуальной книги, которая иллюстрирует триггерные точки страха и беспокойства на приеме у стоматолога. Кроме того, был подтвержден воспитательный эффект этой книги как предпосылки к стоматологической помощи.

Методы. Исследование представляет собой проспективное пилотное исследование, проведенное в клинике Ташкентском государственном стоматологическом институте с выборкой из 20 детей в возрасте 4-6 лет, имеющих и не имеющих предыдущего стоматологического опыта. Все эти дети получили книгу и были оценены ответственными лицами до и после презентации. Проективный тест FIS (Facial Image Scale) применялся в 2 этапа в один и тот же день оказания помощи. Оба теста применялись в приемной: До контакта ребенка с книгой в кабинете и после контакта ребенка с игровым инструментом. Сбор анамнеза и клиническое обследование проводились в стоматологическом кабинете врачом-стоматологом для начала или продолжения лечения.

Результаты. Дети смогли ответить на проективный тест с самоанализом. Идеализированная аудиовизуальная книга была успешно сконструирована и использована в исследовании. Сравнение между FIS 1 и FIS 2, проведенное с помощью парного критерия, показало значительные улучшения при сравнении результатов до предъявления игрового инструмента и после его использования, при этом не было различий в детской тревожности между полами и возрастными.

Вывод: Результат применения техники с использованием книги перед стоматологическим лечением был очень значительным в снижении тревожности

ЛИТЕРАТУРА

1. Moura BF. A viagem ao consultório do dentista. Chapecó: SG Arte Visual; 2013.
2. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviourmanagement problems in children and adolescents: a review of prevalenceand concomitant psychological factors. Int J PaediatrDent. 2007;17(6):391-406. doi: 10.1111/j.1365- 263X.2007.00872.x
3. Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children.Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34(6):455-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00303.x
4. Arapostathis KN, Coolidge T, Emmanouil D, Kotsanos N. Reliability and validity of the greek version of the children’s fear survey schedule-dental subscale. Int J Paediatr Dent. 2008;18:374-9. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00894.x
5. Góes MPS, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis Odontol Clín Cient. 2010;9(1):39-44.
6. Corrêa MSNP, Maia MES. Abordagem do comportamento para o atendimento odontopediátrico. In: Corrêa MCNP. Odontopediatria na primeira infância. 3a ed. São Paulo: Santos; 2010. p.165-77.
- 7.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И РАЗВИТИЕМ ПАРОДОНТИТА: МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Мукимова Х.О., Юсупалиходжаева С.Х., Наврузова Ф.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент

syx76.76@mail.ru

Хронический панкреатит является распространенным заболеванием поджелудочной железы, характеризующимся воспалением и дегенерацией тканей. Пародонтит, в свою очередь, является воспалительным заболеванием

тканей, окружающих зубы. Несмотря на то, что эти заболевания на первый взгляд не связаны между собой, последние исследования показывают, что между ними существует тесная связь. [2,7,10]. В данной статье мы рассмотрим механизмы взаимодействия хронического панкреатита и пародонтита, а также подходы к лечению.

Хронический панкреатит может приводить к различным нарушениям пищеварения и всасывания питательных веществ, что может приводить к дефициту витаминов и минералов. Особенно часто при хроническом панкреатите наблюдается дефицит витамина D, который играет важную роль в регуляции иммунной системы. Низкий уровень витамина D связан с ухудшением состояния пародонта и увеличением риска развития пародонтита [1,2,4,17].

Существует несколько механизмов, объясняющих связь между хроническим панкреатитом и развитием пародонтита. Один из них связан с нарушением пищеварения и дисбалансом в микробиоте полости рта. При хроническом панкреатите нарушается выработка панкреатических ферментов, которые необходимы для нормальной пищеварительной функции. Нарушение равновесия в микробных ассоциациях при таких условиях приводит к дефициту нормальной микрофлоры [2,6,10,15]. Между грибами и бактериями возникает взаимная стимуляция роста и размножения, усиление вирулентности, что в условиях дефицита или элиминации нормофлоры способствует селекции резистентных штаммов. Этим объясняется устойчивость пародонтита, ассоциированного с кандидо-флорой, к традиционному лечению [3-5,8,9,12,13].

Грибы рода *Candida* обладают адгезивностью к эпителиальным клеткам. Прикрепление к слизистой оболочки является одним из условий для дальнейшей инвазии микроорганизма в подлежащие ткани. Выявлена четкая корреляция между способностью гриба к адгезии и его вирулентностью [1,3,11,14,16,18].

Актуальность оптимизации комплексного лечения генерализованного пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией, очевидна [1,4,11,13,16,17,18].

Цель исследования. Выявлении механизмов взаимодействия между хроническим панкреатитом и развитием пародонтита и анализе различных подходов к лечению пародонтита у пациентов с хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Больные генерализованным пародонтитом, ассоциированным с *Candida spp.*, были разделены на 2 группы. 32 больных 1-й группы (контрольная) получали общепринятое лечение. 34 больных 2-й группы

(основная), наряду со стандартной терапией, принимали флунол в дозе 50 мг 1 раз в сутки 14 дней.

Состояние тканей пародонта оценивали с помощью следующих тестов: определение упрощенного индекса гигиены по Грину - Вермиллиону (1965); определение степени кровоточивости десны (Cowell I., 1975), оценка папиллярно- маргинально-альвеолярного индекса (РМА) (Раппа G., 1960); пародонтального индекса (ПИ) (Russel A., 1967); измерение глубины пародонтальных карманов (ВОЗ, 1989); определение патологической подвижности зубов (Fleszar T.J. et al., 1980); определение рецессии десны (Миллер, 1985).

Общепринятое пародонтологическое лечение заключалось в обучении пациента гигиене полости рта, санации полости рта; профессиональной гигиене; терапевтическом лечении (местном и общем); хирургическом и ортопедическом лечении по показаниям.

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с вычислением средних величин (М) и их ошибки (ш), среднего квадратичного отклонения (б) и достоверных различий с помощью критерия (t) Стьюдента при уровне статистической значимости различий (p) не более 0,05.

Результаты и обсуждение. Анализ жалоб пациентов показал, что при хронического пародонтита с идентифицированными грибами рода *Candida* spp. больных беспокоили сухость и жжение в полости рта, шероховатость слизистой рта, шелушение красной каймы губ, наличие трещин в углах рта и белого налета на языке. Пародонтит, ассоциированный с кандидозной инфекцией, имел часто рецидивирующее течение (2-3 раза в год и более). Большинство пациентов отмечали лишь кратковременный эффект проводимых стоматологических мероприятий.

Больные предъявляли жалобы на боли и кровоточивость десен, подвижность зубов, парестезии, неприятный запах изо рта, припухлость десен. При объективном осмотре у них обнаружены отечность, цианотичность межзубных десневых сосочков и маргинальной десны диффузные воспалительные изменения десен, гиперемия слизистой оболочки десны с вовлечением переходной складки, кровоточивость, болезненность десен, зубные камни, обильные над- и поддесневые отложения.

У больных диагностировали преимущественно высокую микробную концентрацию *Candida* spp. Так, до лечения *Candida* spp. регистрировались в

титрах менее 6,0 КОЕ/мл у 46,67-50,0% больных, а более 6,0 КОЕ/мл — у 50,0-53,33% (межгрупповых различий до лечения не выявлено).

Анализ регрессии субъективных и объективных симптомов заболеваний пародонта показал, что в результате лечения у всех пациентов достигнут положительный эффект. В контрольной группе, где применялось стандартное лечение, ремиссию пародонтита регистрировали у 79,57%, в основной группе больных, получавших стандартную терапию пародонтита и противогрибковое средство, ремиссия пародонтита зарегистрирована в 100% случаев.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, по всем определяемым тестам (индекс гигиены, РМА, рецессия десны, пародонтальный индекс, степень кровоточивости десны) у пациентов с ГП, ассоциированным с *Candida spp.*, в основной группе после лечения показатели были достоверно ($p < 0,05$) ближе к нормальным значениям, чем у пациентов контрольной группы.

Следовательно, клиническая эффективность лечения хронического кандидоза-ассоциированного пародонтита была выше у пациентов, получавших, наряду с базисным лечением, противогрибковый препарат флунол.

Клиническое улучшение состояния тканей пародонта, очевидно, опосредовано как эрадикацией грибковой микрофлоры, так и проведенной комплексной терапией пародонтита. Эрадикация *Candida spp.* достигнута у всех пациентов основной группы. У больных контрольной группы эрадикация *Candida spp.* была не столь выражена: после лечения у 12,07% больных количество микроорганизмов сохранялось в титре более 6,0 КОЕ/мл.

Выводы. Клинико-микробиологические наблюдения свидетельствуют о более эффективной эрадикации грибов *Candida spp.* при включении в схему лечения противогрибкового препарата флунол. Применение антимикотического средства флунол в дозе 50 мг один раз в 14 дней повышает эффективность лечения генерализованного пародонтита, ассоциированного с *Candida spp.*, достоверно улучшает клинико-функциональное и структурное состояние пародонта, способствует эрадикации *Candida spp.* из пародонтальных карманов с достижением и сохранением ремиссии заболевания в течение 6 месяцев.

Литература

1. Бейбулатов Г.Д. Совершенствование диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита, ассоциированного с

- кандидозной инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2014. - 22 с.
2. Бекжанова, О. Е., & Юсупалиходжаева, С. Х. (2017). КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКА. *АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ*, 11-13.
 3. Бекжанова, О. Е., & Юсупалиходжаева, С. Х. (2017). 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., & Юсупалиходжаева, С. (2018). Частота и нозологические формы кандидозного стоматита, встречающиеся на стоматологическом приеме. *Stomatologiya*, 1(2 (71)), 18-21.
 5. Ишниязова, Г. Б., Юсупалиходжаева, С. Х., & Мавжудов, Ф. Б. (2018). Комплексное лечение генерализованного пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией полости рта. *Стоматология-наука и практика, перспективы развития*, 126-127.
 6. Юсупалиходжаева, С., & Бекжанова О. (2018). Изучение биомаркеров протеолиза – антипротеолиза в развитии кандидозного стоматита полости рта. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (3 (102)), 114–117. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/2593
 7. Baelum V., Lopez R. Periodontal disease epidemiology - learned and unlearned? // *Periodontol.* - 2000. - 2013. - Vol. 62, №1. - P. 37-58.
 8. Canabarro A., Valle C., Farias M.R. et al. Association of subgingival colonization of *Candida albicans* and other yeasts with severity of chronic periodontitis // *Periodontal. Res.* - 2013. - Vol. 48, №4. - P. 428-432.
 9. Lalla R.V., Patton L.L., Dongari-Bagtzoglou A. Oral candidiasis: pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment strategies // *Jio Califio Dentio Assoc.* - 2013. - Vol. 41, №4.-P. 263-268.
 10. Thomson-Evans G., Eke P., Wei L. et al. Periodontitis among adults aged >30 years - United States, 2009-2010 // *MMWR Survrill Summ. V.* - 2013. - Vol. 62, Suppl. 3. - P. 129-135.
 11. Bekjanova, O. E., & Yusupalihodjaeva, S. K. (2015). THE FEATURES OF MANIFESTATION OF DIABETES MELLITUS II ON ORAL MUCOSA. In *Geneva theoretical and practical forum of free topics* (pp. 54-57).
 12. Bekjanova, O. E., & Yusupalikhodjaeva, S. H. (2015). State of soft tissue of teeth in patients with II type of diabetes. In *Proceedings of 8th European Conference on Biology and Medical Sciences* (pp. 43-48).

13. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., & O'Gli, P. J. S. (2018). Background diseases at patients with candidiasis of oral cavity mucosa. *European science review*, (3-4), 215-219.
 14. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., Turgunboevna, Y. N., & O'Gli, P. J. S. (2018). Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells. *European science review*, (9-10-2), 219-222.
 15. Hamidullaevna, Y. S., & Esenovna, B. O. (2016). Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus. *European science review*, (1-2), 134-135.
 16. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., Turgunboevna, Y. N., & O'Gli, P. J. S. (2018). Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells. *European science review*, (9-10-2), 219-222.
 17. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., & O'Gli, P. J. S. (2018). Factors for persistence of *Candida albicans*, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity. *European science review*, (7-8), 187-190.
- Yusupalikhodjaeva, S. K., Davurov, A. M., & Qosimova, G. I. (2018). Nosological forms of candidal stomatitis occurring in patients with diseases of the oral mucosa. *5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences*, 47-5

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРИЕСА У ПОДРОСТКОВ

Муратова Саодат Кадировна, Сафарова Мадина

Самаркандский государственный медицинский университет

saodatstom@mail.ru

По данным многочисленных исследований распространенность раннего кариеса неуклонно растет и увеличивается с возрастом. Временные зубы играют большую роль в формировании зубных рядов и челюстей, влияют на своевременность прорезывания и правильное размещение постоянных зубов, развитие зубочелюстной системы. После удаления зубов нарушаются функции жевания, речи, глотания у детей. Вследствие раннего удаления временных зубов происходят негативные изменения в формировании зубочелюстной системы: деформация зубных рядов, изменение расположения зачатков постоянных зубов, изменения окклюзии, эстетические нарушения. Изменения в

зубочелюстной системе у подростков развиваются за короткое время в связи с интенсивным ростом ребенка и не поддаются саморегуляции.

Цель исследования. Оценить влияние неблагоприятных факторов на течение кариозного процесса у подростков (12-16 лет) г. Самарканд.

Материал и методы исследования. Проведено стоматологическое обследование подросткового населения согласно рекомендациям ВОЗ, в котором приняло участие 201 пациентов в возрасте 12-16 лет так как имеется переменный прикус. В каждой группе определялись распространенность кариеса (в процентах) и его интенсивность (КПУ+кп), состояние гигиены полости рта (по Шиллер-Писарева) и тканей пародонта (РМА).

Результаты исследования. Выявлена высокая распространенность кариеса зубов у подростков (12-16 лет) г. Самарканд (78,82%) при интенсивности поражения 6,48, что указывает на недостаточный уровень реализации программ профилактики. При распределении подростков по степеням активности кариозного процесса превалировала компенсированная форма кариеса (36,6%), последующие места занимали субкомпенсированная (37,8%) и декомпенсированная (25,6%) формы. При сравнительной характеристике состояния полости рта у подростков в большинстве групп выявлена неудовлетворительная гигиена. Колебания значений в данных группах составляют от 1,5-3,6.

По данным показателя РМА у подростков с компенсированной и субкомпенсированной формами кариеса регистрировался зубной налет, в результате чего можно утверждать о наличии риска к возникновению заболеваний пародонта. У подростков с декомпенсированной формой кариеса показатель РМА составил $1,38 \pm 0,2$, что можно интерпретировать как легкую степень тяжести заболеваний пародонта.

Выводы.

1. Выявлена высокая распространенность кариозного процесса 78,82% при среднем показателе интенсивности поражения 6,48.
2. Анализ гигиены полости рта показал её неудовлетворительное значение $2,17 \pm 0,54$, что говорит о недостаточном внимании к методам гигиенической мотивации подростков. Метод парной корреляции выявил слабую корреляционную связь между показателем КПУ+кп и индексом гигиены полости рта ($r=0,19 \pm 0,08$), что указывает на то, что уровень гигиены полости рта у подростков всех исследуемых групп неудовлетворителен. Выявлена зависимость показателя РМА от уровня гигиены полости рта: у подростков с

компенсированной формой показатель РМА был ниже ($0,94 \pm 0,08$), чем в группе подростков с декомпенсированной формой кариеса ($1,38 \pm 0,2$).

3. Выявлены корреляционные связи разной силы между показателями интенсивности кариеса и гигиены полости рта, между показателями КПУ+кп и рН слюны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зойиров Т., Элназаров А. Современные аспекты этиопатогенеза хронического генерализованного пародонтита. Проблемы биологии и медицины. 2022, №1 (134) С.134-139
2. Касимова Д.М., Тоштемирова М.М. Periodontal Diseases as an Initial Oral Image of Abdominal Tuberculosis. European multidisciplinary journal of modern science. 2022, P 366-369.
3. Муратова С.К., Хайдаров А.М., Хожиметов А.А. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у больных с хронической ишемией мозга. Проблемы биологии и медицины. Жур. Стр.88-93.
4. Муратова С.К. Шукурова Н.Т. Оценка и прогнозирования риска развития пародонтита у больных на фоне с нарушением мозгового кровотока. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2022, С 190-193.
5. Муратова С.К., Шукурова Н.Т. Assessment and prediction of the risk of periodontitis in patients with impaired cerebral blood flow. Science Asia. 2022, P.325-329.
6. Саркисов А.К., Зеленский В.А., Полунина Е.А., Саркисов К.А. Прогнозирование прогрессирования хронического генерализованного пародонтита у пациентов с бронхоэктатической болезнью // *Кубанский научный медицинский вестник*. -2020. - 27(1). – С.:72-84. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-1-72-84>
7. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта // Журнал Стоматология №4 (77) 2019 стр.101-103.
8. Садикова Ш.А., Элназаров А. Chronic generalized periodontitis . Science Asia. 2022, 201-208.

УСОВЕРШЕНСТВОВАТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО- ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Муратова Саодат Кадировна, Тешаев Шохжахон

Самаркандский Государственный Медицинский университет
Осиё халқаро университет
saodatstom@mail.ru

Наиболее распространенными поражениями человеческого организма являются стоматологические заболевания. Этиология и патогенез до сих пор остаются не до конца изученными и являются предметом многочисленных исследований. Этим объясняется и факт значительных затруднений, связанных с лечением, где ведущим методом его терапии остается симптоматическое лечение. Терапия воспалительно-деструктивных процессов СОПР до сих пор остается одной из актуальных проблем современной стоматологии.

Цель исследования. Определить эффективность применения препарата Галавит в воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования: В период с 2019 по 2022 год проведено клиническое обследование и лечение 43 пациентов в возрасте от 25 до 43 лет. Из них 25 женщин (58 %) и 18 мужчин (42 %). Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1-группа (22 пациентов) с традиционным лечением, 2-группа (21 пациент) было проведено комплексное лечение с иммуностимулирующим препаратом «Галавит». Давность заболевания у обследуемых составляла от 2 до 8 лет (средняя давность $6,4 \pm 4,1$ лет). В исследовании пациентов использовались стоматологические, инструментальные и функциональные методы. Для контроля клинической эффективности лечения использовали: индекс Грина-Вермиллиона. Степень распространенности воспалительного процесса в слизистой оболочке судили по значениям ремиссии рецидивов, индексом кровоточивости.

Результаты исследования: Результаты лечения в группах мы оценивали на 10-е сутки лечения. Клиническая картина заболевания СОПР у пациентов с после проведенного курса лечения препаратом «Галавит» характеризовалась следующим образом: слизистая оболочка десневого края бледно-розового цвета, плотно прилегающая к шейкам зубов; десневые сосочки в размерах не увеличены, признаки воспаления отсутствуют. Подвижность зубов незначительная. В процессе лечения отмечалось уменьшение или исчезновение боли, зуда, гиперемии, кровоточивости десен, патологических карманов, неприятного запаха изо рта, зубного налета, улучшение

гигиенических показателей. Показатель индекса РМА достоверно уменьшились. Для достоверности, основываясь на клинко-лабораторных данных нашего исследования. С помощью используемых таблиц нами объективно оценивались результаты лечения, а также количественно определялась эффективность терапии между сравниваемыми группами. Результаты исследований показали, что к концу курса лечения традиционным методом уровень гигиены полости рта "хороший" эффект выявлен у 10 (45,45%), "значительное улучшение" - у 6 (27,36%), "незначительное улучшение" - у 4 (18,1%), "без особых изменений" - у 2 (9,09%) больных. В то же время, при включении в схему терапии препарата «Галавит» отмечается максимальный терапевтический эффект, заметное улучшение функционально-гигиенических показателей состояния полости рта и десны. При этом к концу 10 суток лечения "хороший" эффект выявлен у 18 (85%), "значительное улучшение" - у 2 (9.5%), "незначительное улучшение" — у 1 (5,5%), больных.

Эффективность лечения, определяемая по бальной системе расчета в группе больных, леченных традиционно, составила $3,2 \pm 0,33$ баллов. Эта величина принималась в качестве исходного показателя.

В группе больных, которых лечили с включением в схему терапии препарата «Галавит», среднее значение эффективности лечения составило $3,8 \pm 0,6$ баллов и по сравнению с данными, полученными от больных леченных традиционно, статистически значимо повысилась на 35,1% ($P < 0,001$). Следовательно, сравнивая данные средней эффективности лечения между группами, можно отметить, что во 2-ой группе (традиционное лечение + «Галавит») она была выше, чем в 1-ой.

Таким образом, главным достоинством этого метода является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования, его многопрофильность действия, хорошая переносимость и совместимость с другими лекарственными препаратами. Отрадно отметить, что традиционная терапия с использованием препарата Галавит способствует улучшению показателей на фоне вторичных иммунодефицитных состояний, позволяет повысить эффективность и сократить продолжительность лечения, значительно уменьшить использования антибиотиков и удлинить срок ремиссии.

Библиографический список

1. Агапова С.Н., Юнусов Ю.Х., Херсонская Ф.И. Особенности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у больных с нарушением психики // Теория и практика стоматологии. Ташкент.-2011.-С.8-10.
2. Азнабаев М.Т., Суркова В.Т., Талинова Л.Р. и др. Керакол в комплексном лечении патологии роговой оболочки. Мет. Рекомендации. - Уфа.-2009.- С.8.
3. Акбарова Д.С. Разработка и клиника лабораторное обоснование применения солкосорил держащей пленки Диплендента Спри лечении травм слизистой оболочки полости рта. Автор.дис...д.м.н.- М.-2004.-С.50.
Акбарова Д.С. Применение солкосерил содержащей пленки Диплендента Спри лечении травм слизистой оболочки полости рта. // Стоматология. -2004.-№4.-С.33-35.
- 4 Зойиров Т., Элназаров А. Современные аспекты этиопатогенеза хронического генерализованного пародонтита. Проблемы биологии и медицины. 2022, №1 (134) С.134-139
- 5.Касимова Д.М., Тоштемирова М.М. Periodontal Diseases as an Initial Oral Image of Abdominal Tuberculosis. European multidisciplinary journal of modern science. 2022, P 366-369.
6. Муратова С.К., Хайдаров А.М., Хожиметов А.А. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у больных с хронической ишемией мозга. Проблемы биологии и медицины. Жур. Стр.88-93.
- 7.Муратова С.К. Шукурова Н.Т. Оценка и прогнозирования риска развития пародонтита у больных на фоне с нарушением мозгового кровотока. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2022, С 190-193.
- 8.Муратова С.К., Шукурова Н.Т. Assessment and prediction of the risk of periodontitis in patients with impaired cerebral blood flow. Science Asia. 2022, P.325-329.
9. Саркисов А.К., Зеленский В.А., Полунина Е.А., Саркисов К.А. Прогнозирование прогрессирования хронического генерализованного пародонтита у пациентов с бронхоэктатической болезнью // Кубанский научный медицинский вестник. -2020. - 27(1). – С.:72-84.
<https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-1-72-84>

10. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта // Журнал Стоматология №4 (77) 2019 стр.101-103.
11. Садикова Ш.А., Элназаров А. Chronic generalized periodontitis . Science Asia. 2022, 201-208.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Муратова С.К., Тешаев Шохжахон

Самаркандский государственный медицинский университет,
saodatstom@mail.ru

Несмотря на постоянное внедрение новейших эндодонтических инструментов, материалов и технологий, процент осложнений после проведённого эндодонтического лечения остаётся высоким. Пациенты с болезнями периапикальных тканей составляют от 18% до 40% от общего числа лиц, обратившихся за стоматологической помощью.

Цель исследования. Повышение эффективности повторного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита с помощью метода отсроченного пломбирования корневых каналов.

Материалы и методы. Проводили исследование произвольно выбранных 134 медицинских карт стоматологических пациентов в возрасте от 18 до 70 лет со стоматологического приёма в городской муниципальной поликлинике за период с 2021 по 2023 годы. Все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 56 пациентов (48,5%) — цинкоксидэвгеноловой пастой. На этом этапе было проведено повторное эндодонтическое лечение 57 пациентам по поводу некачественного эндодонтического лечения вследствие хронического пульпита в стадии обострения. Комплексное обследование больных состояло из клинического и рентгенологического методов. Были выполнены прицельные внутриротовые рентгенограммы обследуемых зубов для определения плотности и уровня пломбирования корневых каналов, степени их проходимости, состояния околоверхушечных тканей (расширение периодонтальной щели, характер периапикальных изменений) и костной ткани межзубных перегородок.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы: контрольную и основную. В свою очередь, каждая группа была разделена на

две подгруппы по виду пломбировочного материала в корневых каналах: цинкоксидэвгеноловая паста и резорцин-формалиновая паста.

В контрольную группу было включено 32 пациентов с диагнозом хронический апикальный периодонтит. После проведения в несколько посещений механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов контрольной группы они были запломбированы методом латеральной конденсации с дальнейшим восстановлением коронковой части зубов.

В основную группу было включено 35 пациентов (40 зубов) с диагнозом хронический апикальный периодонтит. В данной группе для лечения хронического апикального периодонтита была применена методика отсроченного пломбирования кальцийсодержащим препаратом (кальцисепт) по схеме трёхкратного введения препарата сроком на две недели (14 дней) каждое. Постоянное пломбирование корневых каналов выполнялось также методом латеральной конденсации с силером эндометазон и дальнейшим восстановлением коронковой части зубов.

Результаты. Установлено, в группе зубов, ранее леченых с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты, соотношение видов зубов в различных возрастных подгруппах отличалось.

Выводы. Таким образом, в результате ретроспективного анализа мы пришли к выводу, что наиболее широко для пломбирования корневых каналов были использованы два вида паст: резорцин-формалиновая (51,5%) и цинкоксидэвгеноловая (48,5%). Нами отмечено, что видовой состав зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, с увеличением возраста пациентов последовательно расширялся. При этом в каждой возрастной подгруппе количество пролеченных моляров доминировало над другими видами зубов. А в группе зубов, ранее запломбированных цинкоксидэвгеноловой пастой, видовой состав зубов был широко представлен во всех возрастных подгруппах.

ЛИТЕРАТУРА

9. Касимова Д.М., Тоштемирова М.М. Periodontal Diseases as an Initial Oral Image of Abdominal Tuberculosis. European multidisciplinary journal of modern science. 2022, P 366-369.
10. Зойиров Т., Элназаров А. Современные аспекты этиопатогенеза хронического генерализированного пародонтита. Проблемы биологии и медицины. 2022, №1 (134) С.134-139/
11. Муратова С.К., Хайдаров А.М., Хожиметов А.А. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у

больных с хронической ишемией мозга. Проблемы биологии и медицины. Жур. Стр.88-93.

12. Муратова С.К. Шукурова Н.Т. Оценка и прогнозирования риска развития пародонтита у больных на фоне с нарушением мозгового кровотока. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2022, С 190-193.

13. Муратова С.К., Шукурова Н.Т. Assessment and prediction of the risk of periodontitis in patients with impaired cerebral blood flow. Science Asia. 2022, P.325-329.

14. Саркисов А.К., Зеленский В.А., Полунина Е.А., Саркисов К.А. Прогнозирование прогрессирования хронического генерализованного пародонтита у пациентов с бронхоэктатической болезнью // *Кубанский научный медицинский вестник*. -2020. - 27(1). – С.:72-84.

15. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта // *Журнал Стоматология №4 (77) 2019* стр.101-103.

16. Садикова Ш.А., Элназаров А. Chronic generalized periodontitis . Science Asia. 2022, 201-208.

ПОРАЖЕНИЯ НЕРВОВ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мухутдинов Элёр Рашидович

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

lelik-6.lelik.com@mail.ru

Представлены наблюдения механического и токсического повреждения язычного и нижнечелюстного нерва, которое возможно после хирургического и последующего эндодонтического лечения пульпита, когда пломбировочные материалы, часто содержащие токсические вещества, вытесняются за пределы отверстий, верхушки корней зубов нижней челюсти. Систематизированы данные о современных методах лечения токсического повреждения нижнего альвеолярного нерва (НАН), выявлены данные о том, что лечение больных с острой компрессионно-токсической невропатией НАН необходимо начинать рано с интенсивной терапии. Периферические травматические повреждения тройничного нерва диагностируются у 15% пациентов с невритом НАН [1]. Это обусловлено частотой травматизации, деформации зубочелюстной системы, ятрогенными повреждениями при эндодонтическом лечении, при выполнении местной анестезии с токсическим действием лекарств [2,3,4]. Повреждение язычного нерва часто наблюдали после удаления третьего моляра на нижней

челюсти вследствие сверления и распиливания костной структуры нижней челюсти с язычной стороны. Потеря чувствительности происходила в результате манипуляции скальпелем ножницами после интубации или чрезвычайно редко анестезирующие инъекции. В некоторых случаях наблюдали пересечение проксимальной и дистальной частей из язычного нерва после удаления третьего моляра, которые производили 12 месяцев назад и более. При этом в проксимальной части развивалась плотная ампутиционная неврома болезненное при надавливании пальцем. Дистальная часть нерва была дегенерированной. Клинические проявления: потеря чувствительности в области язычного нерва, потеря вкусовых ощущений. В других случаях, когда нерв был пересечён не так давно, ампутиционный невромы и жалоб на боль не было, но имелась потеря чувствительности и вкусовых ощущений. Механические повреждения нижнечелюстного нерва были обнаружены после удаления моляров и премоляров на нижней челюсти и после других операций на нижней челюсти. Кроме того применение токсического пломбирочного материала для эндодонтического лечения оказалось весьма опасным на молярах и премолярах из-за близости корней к нижнечелюстному каналу или подбородочному отверстию. Токсичность эндодонтических материалов хорошо известна. Н.М. Carraport проверил 10 видов материалов [5]. Хорошо известны сообщения и таких авторов, как Harrison, Madonia, Grossman и др [1,2,3].

Целью исследования являлось повышение эффективности хирургического лечения механического и токсического поражения нервов, вызванные выходом пломбирочного материала в нижнечелюстной канал и удалением третьих моляров.

Материалами для проверки использовали главным образом четыре следующих метода: воспалительная реакция подкожной соединительной ткани крысы, исследования культуры ткани, бактериологическое исследование, тест конъюнктивального мешочка кролика. В данном исследовании на животных, йодоформ, эндометазон, донтизолон, гроссманцемент №2 помещали на мандибулярный нерв 56 крысам. Ткань исследовали с целью выявления воспалительной реакции и некроза. Некоторые из приведённых материалов для пломбирования корней оказались высокотоксичными для нерва. Токсичность препаратов была ниже. Но в каждом случае и при каждом тесте обнаруживали повреждение нервов. Планируются дальнейшие исследования эндодонтических пломбирочных материалов на животных.

Выполняемое микрохирургическое лечение обычно состоит из резекции нервных окончаний и сшивания нерва. После резекции ампутиционной невромы часто требуется трансплантация нерва. Авторы предпочитают

аутотрансплантацию икроножного нерва. При микрохирургическом лечении восстановление чувствительной части тройничного нерва происходит через несколько месяцев, максимум через 2 года. В некоторых случаях наблюдают только частичное восстановление чувствительности, например в кончике языка или в его латеральной части. По мнению авторов, при полном пересечении язычного нерва очень мало шансов на восстановление вкусовых ощущений. Микрохирургическое лечение нижнечелюстного нерва в большинстве случаев является удовлетворительным. Оральная методика лечения включает как трансплантацию, так и сшивания нерва. В случаях когда эндодонтические пломбировочные материалы вытесняются за пределы отверстий верхушки зуба необходимо их срочное удаление. Клинические наблюдения за рядом больных показали потерю чувствительности после применения пломбировочного материала в нервном канале и непосредственно на нижнечелюстном нерве. Она началась на уровне моляров и премоляров в области щеки и губы сразу или через несколько часов либо дней после эндодонтического лечения. В большинстве случаев стоматолог удалял зуб но при этом не удавалось удалить пломбировочный материал из зуба и восстановить чувствительность. В связи с этим возникла необходимость микрохирургического вмешательства для удаления токсических материалов. В каждом случае приходилось вскрывать нижнечелюстной канал, трепанируя кость нижней челюсти с небной стороны, чтобы удалить материал находящийся около нерва. В одном случае так же делали резекцию верхушки корня. У большинства больных возвращение чувствительности происходило через некоторое время но в первом случае через 2 года после лечения корня канала потребовалась трансплантация с использованием икроножного нерва.

Выводы

В случае пересечения язычного и нижнечелюстного нервов необходимо как можно скорее восстановить их целостность. Требуется также срочное удаление корневого пломбировочного материала. Установлено, что более длительное нахождение пломбировочного материала в нижнечелюстном канале и обращение за хирургической стоматологической помощью в поздние сроки, требует более сложной и длительной послеоперационной реабилитации пациентов. Трансплантацию нерва следует производить после резекции невromы. В других случаях повреждения нерва хирургическое лечение также нельзя откладывать.

Список литературы:

18. Grossman, L. I. (1978): Paresthesia from N2 or N2 substitute. J. Oral Surg. 45, 114.

19. Harrison, J.W., and Madonia, J. V. (1971): The toxicity of parachlorophenol. J. Oral Surg. 32, 90.
 20. Hausamen, J.E. (1980): Verletzungen des N. lingualis und N. alveolaris mandibularis bei chirurgischen Eingriffen. Bleibender Schaden oder korrigierbare Läsion? Nds. Zahnärztebl. 3, 147.
 21. Hausamen, J.E. (1983): Zur Indication der Mikronervenchirurgie. In: Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. 28, 163.
- Rappaport, H. M., Killy, G. E., and Kapsimalis, P. (1964): Toxicity of endodontic filling materials. J. Oral Surg. 18, 785

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Назарова Н.Ш. Шукуров Ш.Ш.

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ (УЗБЕКИСТАН)**

shukurov-sherzod92@mail.ru

Актуальность. Парентеральная передача возбудителей вирусных гепатитов (ВГ) является одной из наиболее серьезных и актуальных проблем медицинской науки и практического здравоохранения. . В настоящее время известно не менее 9 типов ВГ человека (А, В, С, D, E, G, F, ТТ), среди которых особого внимания заслуживают парентеральные вирусные гепатиты с тяжелыми и хроническими формами с циррозом печени. и гепатоцеллюлярная карцинома. В настоящее время носителями этой инфекции являются более 350 млн человек, и ежегодно около 2 млн человек умирают от заболеваний, связанных с гепатитом.

Хронический гепатит — системная патология, с высокой частотой поражающая полость рта. При хроническом гепатите спектр внепеченочной патологии включает поражение слюнных желез и слизистой оболочки полости рта . В то же время частота развития воспалительных заболеваний пародонта при хронических гепатитах различной этиологии, сведения о механизмах формирования: особенности течения заболеваний суставов, эффекте лечения немногочисленны и противоречивы. Это определяет. актуальность изучения клинических признаков и диагностических критериев заболеваний пародонта у больных хроническими гепатитами В и С.

Развитие воспалительных заболеваний пародонта тесно связано с нарушением иммунной защиты полости рта и организма в целом поэтому важно оценить состояние иммунной системы путем анализа содержания цитокинов в обоих случаях. Отсутствуют сведения о диагностическом и прогностическом значении показателей апоптоза и пролиферации клеток эпителия пульпы зуба и при хронических гепатитах различной этиологии.

Понятно, что подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта на фоне хронического гепатита должны строиться с учетом универсальных патогенетических механизмов поражения печени и пародонта.

Представляется перспективным изучение эффективности использования урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у больных хроническим гепатитом, обладающей многими эффектами, в том числе цитопротекторным, антиапоптотическим, иммуномодулирующим действием секретов.

Цель исследования - обосновать клинко-морфологический статус тканей пародонта при хронических гепатитах В и С.

Материалы и методы исследования. С целью изучения клинко-морфологических изменений в тканях пародонта было проведено глубокое пародонтологическое исследование у 35 человек с заболеваниями пародонта на фоне хронического гепатита В и С - основная группа, а также у 20 пациентов без соматической патологии. Они были взяты в качестве группы сравнения.

Диагностика заболеваний пародонта проводилась в соответствии с терминологией и классификацией заболеваний пародонта, утвержденной XVI пленумом Всесоюзного стоматологического общества (1983 г.). Больным проведено комплексное клинко-рентгенологическое исследование тканей пародонта.

Оценивали изменение цвета слизистой оболочки десен, степень кровоточивости десен [Muhlemann, 1971], глубину пародонтальных карманов (ВОЗ, 1989) и патологическую подвижность зубов [Fleszar T J et al., 1980].]

Индексную оценку состояния тканей пародонта также проводили с помощью упрощенного гигиенического индекса Грина-Вермилиона (1965), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА) [Parma G, 1960], пародонтального индекса (ПИ) [Russell]. А, 1967]. Рентгенологическое исследование зубочелюстной системы включает внутриротовые контактные изображения отдельных групп зубов и ортопантомографию. Оценку плотности костной ткани (денситометрию) скелета проводили с помощью дихроматической рентгеновской абсорбциометрии на денситометре Prology (США).

Результаты исследования. На первом этапе исследования изучали стоматологический статус больных хроническими гепатитами вирусной и невирусной этиологии. Внепеченочные проявления хронического гепатита диагностированы у 17% больных, достоверно больше ($p < 0,05$) при хроническом HCV-гепатите (26,9%) по сравнению со стеатогепатитом (7,4%).

Стоматологические внепеченочные проявления хронической HCV-инфекции и базовая ксеростомия в составе синдрома Шегрена диагностированы у 7,7% больных.

Осложнениями ксеростомии были хейлит (7,7%), глоссит (5,8%), стоматит (5,8%). Синдром Шегрена, сопровождающийся общим тяжелым пародонтитом. Множественный кариес зубов отмечен у 78,8% больных хроническим гепатитом С и у 61,1% больных хроническим стеатогепатитом.

Клинико-инструментальный анализ состояния тканей пародонта позволил установить, что клиническое течение и тяжесть поражения пародонта при хроническом гепатите связаны с этиологией поражения печени и уровнем клинико-лабораторной активности. Воспалительные заболевания пародонта протекают более тяжело. На фоне хронического активного гепатита вирусной или алкогольной этиологии наблюдается отчетливый цитолиз, у большинства больных отмечается среднетяжелый (46,2-50%) хронический генерализованный пародонтит, реже легкий (26,8-27,8%) общий, характеризующийся развитием периодонтита. тяжелой (13,5-16,5%) степени и хроническим общекатаральным гингивитом (13,5-5,5%).

К хроническому неалкогольному стеатогепатиту чаще всего примыкает хронический пародонтит легкой степени (52,8%), реже общий среднетяжелый пародонтит (22,2%), хронический общекатаральный гингивит (16,7%) или пародонтит тяжелой степени (8,3%).

Возможно, развитие более тяжелых форм пародонтоза на фоне хронических гепатитов вирусной и алкогольной этиологии связано с иммунодепрессивным действием, характерным для хронической HCV-инфекции и этилового спирта. Не исключено поражение пародонта в условиях нарушения функции печени вследствие токсического действия этанола.

Установлена корреляция между тяжестью воспалительных заболеваний пародонта и активностью гепатита. При высокой активности патологического процесса в печени признаки поражения пародонта более выражены, чем при низкой активности.

Холестатический синдром сопровождается более выраженными изменениями пародонта и костной деструкцией альвеолярных отростков десны.

У больных хроническими гепатитами и воспалительными заболеваниями пародонта степень системного снижения минеральной плотности костей наружного и периферического скелета (остеопороз и остеопения) при холестазах связана с тяжестью клинического состояния пародонта и степенью резорбция, альвеолярные отростки ($r = 0,683$).

При изучении процессов обновления клеток хронический пародонтит, в отличие от гингивита, характеризуется преобладанием пролиферативной активности клеток эпителия десны с умеренным усилением апоптоза. Достоверных изменений в пролиферации и апоптозе эпителиоцитов десны при хроническом гингивите не наблюдали.

Пролиферация и апоптоз клеток эпителия десны при хроническом HCV-гепатите по сравнению со стеатогепатитом (I K1 67-351,5±1) (I Щ-67 - 38,0±1,7%, Iапопт - 0,72±0,06) изменений не наблюдают. Iапопт - 0,71±0,05, $p < 0,05$). Несомненно, эти изменения определяются характером воспалительно-деструктивных изменений пародонта, которые более выражены на фоне вирусного поражения печени.

На втором этапе нашего исследования больные хроническим генерализованным пародонтитом на фоне хронического гепатита были разделены на две группы с одинаковым возрастом и активностью патологического процесса в печени и деснах.

А в основе изменения пролиферативной активности и апоптотической гибели эпителиоцитов десны при пародонтозе лежит закономерное нарушение местных механизмов регуляции, ранее всего цитокинового гомеостаза.

Изучение состава цитокинов ротовой жидкости показало, что при хроническом гингивите в ротовой жидкости увеличивается количество противовоспалительных (ИЛ-ф, ИНФУ) и противовоспалительных медиаторов (РАИЛ, ИЛ-10), что отражает сохранение баланса между популяциями иммунокомпетентных клеток, обеспечивающих клеточный и гуморальный иммунный ответ, и свидетельствует об одновременной индукции воспалительного процесса и восстановительных механизмов.

Хронический пародонтит характеризуется локальным цитокиновым дисбалансом с преобладанием медиатора с иммунодепрессивными свойствами (ИЛ-10) и высокой концентрацией ИЛ-1. Следует отметить, что повышение концентрации ИЛ-1 β при пародонтите превышало повышение уровня РАИЛ, что, несомненно, имеет значение в развитии пародонтоза.

Увеличение количества изучаемых цитокинов в ротовой жидкости связано с тяжестью пародонтита (гил-ип ~ 0,633, рил = 0,518, хил_ю = 0,582), глубиной пародонтальных карманов (гил-ип - 0,558), индексом РМА. liq (hyl-1p

= 0,620), индекс PI (hil-ip = 0,593) и скорость кровотока десен (hil.10 = 0,604). Это свидетельствует о том, что изменение концентрации ИЛ-1 β , РАИЛ и ИЛ-10 в ротовой жидкости можно рассматривать как показатель тяжести хронического пародонтита.

Заключение. Поэтому важным фактором морфогенеза хронического пародонтита является нарушение процессов пролиферации и апоптоза эпителиоцитов слизистой оболочки десны. На фоне нарушенной локальной цитокиновой регуляции процессы клеточного обновления эпителия десны смещаются в сторону пролиферации. при пародонтите формируется хронический повторяющийся воспалительно-деструктивный процесс.

Выводы: При оценке клинической картины по индексным показателям в динамике заболевания установлено, что практически все показатели, отражающие тяжесть патологии пародонта, достоверно улучшились в 1-й группе от начала терапии на 15-16-й день. по сравнению с группой с традиционными методами терапии.

Побочных явлений при применении линимента циклоферона у пациентов 1-й группы не наблюдалось, переносимость препарата была хорошей.

Клиническое обследование больных в течение 6 мес позволило сказать, что обострение пародонтита наблюдалось в 12% случаев в 1-й группе, в 48% - во 2-й.

Список литературы:

1. Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. *Assessment Of Changes In The Condition Of Parodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.*

2. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. *Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.*

3. Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. *"Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 65-71*

4. Назарова Н.Ш., Норбутаев А.Б., Исмаилова С.О. *"Состояние твердых тканей зубов и пародонта у работающих в табакостроительстве". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 59-65.*

5. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. *Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.*

6. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственными факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119). С 85-88.

Контактные данные: Шукуров Шерзод Шухратович ассистент кафедры детской стоматологии Самаркандский ГМУ тел. +998932846777 e-mail: shukurov-sherzod92@mail.ru

YUZ-JAG' SOXASI FURUNKUL VA KARBUNKULLARINI KOMPLEKS DAVOLASHDA "ZUB-PRE" ANTISEPTIK PREPARATINI QO'LLANILISHI.

Narziyeva Dilfuza Baxtiyorovna, Nurmuhammedov Shoxrux Bahodir o'g'li, Otaboyev Abrorbek O'tkirbek o'g'li

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

narziyeva85@list.ru

Kirish. Yuzning furunkullari va karbunkullari yumshoq to'qimalarning eng keng tarqalgan yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lib, 30% hollarda uchraydi (Tsarev V.N., Ushakov R.V., 2004; Laube S., 2004). Bemorlarning 13-15 foizida yuz karbunkullari kechishi asoratlanadi, agarda kasallikning tez rivojlanishi kuzatilsa, bemorlarning 80-85 foizida asoratlar yuzaga keladi. Davolashning turli usullaridan foydalanishga qaramasdan, bu holatda o'lim darajasi 9 dan 65% gacha kuzatiladi (Zarichansky V.A., 2007; Baddour L.M., va boshqalar, 2008).

Atrof-muhitning buzilishi, an'anaviy ovqatlanishdagi o'zgarishlar, surunkali stress, neytrofil-fagotsitar va gumoral immunitetni buzganligi sababli, yuzning furunkullari va karbunkullari bo'lgan bemorlarni davolash muammosi hozirgi kunda tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda (Kalinina N.M., 2003; Kalthoff F.S., Musser P., Stuetz A., 2002).

Nosog'lom ovqatlanish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish natijasida turli xil etiologiyali yuz-jag' soxasining yallig'lanish kasalliklarini rivojlanish xavfi ortadi. Bu omillarning barchasi tananing mahalliy va umumiy qarshiligini kamaytirishga olib keladi.

Yiringli infektsiyalarni mahalliy davolashning yangi usullarini ishlab chiqishga qaramasdan, yallig'lanish kasalliklari va asoratlari bilan og'rigan bemorlarning soni ortib bormoqda.

Klinik tadqiqotning maqsadi. Yuz-jag' sohaning furunkullari va karbunkullarini davolashda Zub-pre fitopreparatdan foydalanish samaradorligini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Samarqand shahar tibbiyot birlashmasining yuz-jag xirurgiyasi bo'limida davolanayotgan 25 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan ikki guruh (jami 43 nafar) yuz-jag' sohasi furunkullari va karbunkullari bor bemorlar kuzatuv ostida bo'ldi. Birinchi guruh (asosiy) 28 bemor, shu jumladan 15 erkak va 13 ayol, ikkinchi (nazorat) - 15, shu jumladan 9 erkak va 6 ayol. Tekshiruv davomida furunkullar va karbunkullar bo'lgan barcha bemorlarda yumshoq to'qimalarning shishishi tufayli yuzning assimetriyasi, yumshoq to'qimalarni palpatsiya qilganda kuchli og'riq aniqlandi. Teri burmaga olinmaydi, teri rangi qizargan, shishning markazida nekrotik o'zak ham qayd etildi.

Barcha bemorlarga kompleks davolash o'tkazildi, jumladan: yiringli o'choqni ochish va jarohatni drenajlash, antibiotik terapiyasi. Bundan tashqari, birinchi guruh bemorlari Zub-pre fitopreparati qo'llandi. Yiringli o'choq ochilgandan so'ng, yiringli bo'shliq Zub-pre eritmasi bilan yuvildi va zararlangan joyga eritma bilan kompres qo'llanildi. Mikroblarga qarshi va yallig'lanishga qarshi, antiseptik va mahalliy anestetik ta'sirga ega bo'lgan fitopreparat tarkibiga quyidagilar kiradi: yalpiz, shalfey, qizilmiya, romashka, kalendula.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar 7 kun davomida klinik va laboratoriya nazoratida bo'ldi. Klinik tekshirish paytida og'riq, yumshoq to'qimalarning shishishi va isitma mavjudligi e'tiborga olindi. Laboratoriya tadqiqotlarida qondagi immunoglobulin IgA darajasi aniqlandi. Barcha bemorlarning natijalari uch marta baholandi: birinchi marta davolanish boshlanishidan oldin, 3-kun va davolanish tugaganidan keyin 7-kun.

Natijalar va muhokama. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi bemorlarda operatsiyadan keyingi 3-kunida umumiy holat yaxshilangan - og'riq yo'q, yumshoq to'qimalarning engil giperemiyasi va shishishi kuzatildi.

Operatsiyadan keyingi 4-kuni bemorlarda shikoyatlar yo'q, umumiy ahvoli qoniqarli, jarrohlik sohasi terisi normal rangda, yara epitelizatsiya bosqichida.

Nazorat guruhidagi bemorlarda operatsiyadan keyingi 3-kuni ahvoli qoniqarli, ammo engil og'riq, kollateral shish va yumshoq to'qimalarning giperemiyasi, shuningdek yarada yiringli ekssudat bor edi. Tadqiqotning 4-kunida klinik ko'rinish 3-kuni bilan bir xil edi. Nazorat guruhidagi bemorlarda 6 va 7 kunlarda jarrohlik aralashuv zonasidagi teri normal rangda, yara epitelizatsiya bosqichida edi.

Operatsiyadan keyingi 3-kuni asosiy guruhning qonini tekshirganda, IgA kontsentratsiyasi davolashdan oldingi bilan solishtirganda pasaygan ($p<0,05$). IgA kontsentratsiyasi 1,2 marta kamaydi ($6,33\pm 0,08$ dan $5,26\pm 0,06$ g/l gacha; $p<0,05$). Ikkinchi guruhda 3-kuni faqat IgA kontsentratsiyasining pasayish tendentsiyasi kuzatildi ($6,33\pm 0,08$ dan $5,99\pm 0,06$ g/l gacha; $p<0,05$) va faqat 7-kuni bu o'zgarishlar birinchi guruhdagi bemorlarning 3-kun natijalariga ($5,26\pm 0,05$ g/l; $p<0,05$) mos keldi. Davolashning 7-kunida asosiy guruhdagi bemorlarda IgA kontsentratsiyasi sog'lom odamlarnikidan farq qilmadi ($3,89\pm 0,05$ g/l; $p<0,05$).

Xulosa. Antiseptik Zub-pre preparatini kompleks davolashga kiritish qonning immunologik parametrlarini normallashtiradi, yallig'lanish jarayonlarini tezroq bartaraf etishga va asoratlarni oldini olishga olib keladi. Preparat odamning normal hayot kechirishiga to'sqinlik qiladigan og'riqni yo'qotadi, bir vaqtning o'zida bir nechta natijalarga erishishga imkon beradi, infeksiyaga qarshi kurashadi va yallig'lanishni kamaytiradi. Zub-pre fitopreparatining afzal jihatlariga tez va uzoq muddat ta'sir qilishi, minimal toksiklik darajasiga egaligi, homiladorlik paytida qullanishi mumkinligi va narx jihatidan nisbatan arzonligi xosdir.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Исхакова З. Ш., Нарзиева Д. Б. Изучение местного иммунитета у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями //ББК 56.6 С 56 Современные достижения стоматологии: сборник. – С. 56.
2. Шодиев С. С. и др. Эффективность применения отвара аниса при лечении периимплантитов //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52).
3. Нарзиева Д. Б., Алиев Х. Р. Эффективность применения «Zub-pre» при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области //ББК 56.6 А43. – 2020. – С. 168.
4. Alimdzhanovich R. J. Improvement of the treatment of furuncles and carbuncles of the maxillofacial region //ResearchJet Journal of Analysis and Inventions. – 2022. – Т. 3. – №. 06. – С. 86-94.
5. Исхакова З. Ш. и др. Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей //formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences. – 2023. – Т. 2. – №. 15. – С. 43-48.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭЛЮДРИЛ ПРО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗВИТИЕ ПЕРЕИМПЛАНТИТОВ.

**Ибрагимов Даврон Дастамович, Нарзикулов Фахриддин
Алимжанович, Пардаев Шерзод Учқунович.**

Самаркандский Государственный медицинский университет,
г.Самарканд, Узбекистан.

Davron_ibragimov72@mail.ru

Введение: Воспалительное заболевание тканей вокруг имплантата, инфекционного характера, приводящее к прогрессирующей убыли костной ткани вокруг него является периимплантитами. По данным различных исследований встречается, как осложнение, в 11-28% случаев имплантации. Развитие периимплантита зависит от местных и общих факторов. При развитии данного осложнения часто требуется удаление имплантата, но при этом возможна повторная его установка. Современные методы профилактики и лечения периимплантита нельзя признать высокоэффективными, в связи, с чем предлагаются разные лечебно профилактические схемы с использованием антисептиков и антибактериальных препаратов и других средств. Поэтому разработать новые подходы в лечение с применением антисептическими растворами при профилактике в развитие переимплантитов является актуальным.

Цель: Показать результаты комплексного лечения с применением антисептического раствора Элюдрил про для профилактике в развитие переимплантитов.

Материал и методы: Обследование и лечение больных по направлению стоматологов, проводилось на клинической базе кафедры хирургической стоматологии Самаркандского государственного медицинского института. В соответствии с намеченной целью исследования, нами проведено комплексное обследование больных после операции имплантации на нижней челюсти с переимплантитами в динамике, лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – антисептического раствора Элюдрил ПРО. У 18 больных в период 2022-2023 гг. после операции имплантации на нижней челюсти.

Микробиологические обследование проводилось после операции имплантации нижней челюсти и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое обследование).

Результаты: Результаты исследований показывают, из 18 больных проводимый операция имплантация на нижней челюсти с применением препарата Элюдрил ПРО благодаря составным частям препарата послеоперационные осложнения как переимплантит нами не наблюдался. После операции имплантации на нижней челюсти взята содержимое из искусственной лунки импланта на микробиологическое обследование на первый и третий сутки операции имплантации. Изучение особенностей клинического течения у больных с переимплантитами показало, что проводимая терапия препаратом Элюдрил про благодаря противовоспалительным, антиэкссудативным, иммуностимулирующим, регенерирующим, обезболивающим, антигеморрагическим, вентонизирующим действием предотвращает развитие переимплантитов после операции имплантации на нижней челюсти.

Выводы: Таким образом, использование антисептического раствора Элюдрил про при комплексном лечении больных после операции имплантации нижней челюсти позволило улучшить состояние пациентов и предупреждает развитие гнойно-воспалительных осложнений. Микробиологическое обследование показывает что при применении препарата в комплексном лечении даёт снижение количества микроорганизмов после операции имплантации и в динамике заболевания, также помогло быстрой заживление имплантата после операции.

Список литературы:

6. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. [Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике \(случай из практики\)](#). Scientific progress. 2021 (2). Стр. 287-291.

7. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. [ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ АНТИСЕПТИКОВ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОРЕГЕНРАТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПОСЛЕ СЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ](#). Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

8. Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. [Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба](#). Наука молодых - наука будущего. 2023/2/2 (2). Стр. 168-173.

9. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. [ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ С](#)

ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ДЕКАСАН И СТОМОРАД. ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ И ПРИКЛАДНАЯ НАУКА: СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ. 2023. Стр. 328-339.

10. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечения для профилактики в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29 (1). Стр. 88-89.

YUZ SUYAKLARI QO'SHMA JAROHATLARIDA BEMORLARGA YORDAM KURSATISH

B. K. Narmurotov, Sh. A. Boymuradov, Sh. Sh. Yusupov

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Stomatologiyaning dolzarb muammolaridan biri bu miya, jag ' -yuz va ekstrakranial jarohat bilan kelgan bemorlarga ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatishdir.

Kalit so'zlar: sinish, jarohat, kombinatsiyalangan jarohat, qushma jarohatlar.

So'nggi o'n yillikda ushbu muammoga qiziqish izolyatsiyalashgan jarohat bilan taqqoslaganda sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. So'nggi yillardagi adabiyotlarga ko'ra, izolyatsiya qilingan jarohatlarda o'lim darajasi 1,5-2%, kombinatsiyalangan jarohatlarda esa 28,6% ni tashkil qiladi. Kranial miya shikastlanishi bilan kechadigan yuz skeletining sinishi kombinatsiyalangan shikastlanishning eng keng tarqalgan turidir. Adabiyotga ko'ra, bunday bemorlar jarohat olgan barcha statsionar bemorlarning 51-53 foizini tashkil qiladi. Skeletlari ko'p shikastlangan bemorlar orasida yuz-yuz shikastlanishining chastotasi va xususiyatini baholash uchun biz kasalxonadan chiqqan bemorlarning kartalarini statistik qayta ishlashni amalga oshirdik. Statsionar davolanayotgan bemorlarning 1200 ta kasallik tarixi tahlil qilindi. Travma bilan og'rikan bemorlarning 39,2 foizida maxillalar, kranial miya va ekstrakranial travma borligi aniqlandi. Erkaklar 83,6%, ayollar 16,4% edi. Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 60 yoshgacha va undan katta. Eng katta guruh 48,5% eng mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlar, ya'ni 2140 va 41-60 yosh. Jarohatlarning tabiati quyidagicha edi: ko'pincha maishiy jarohatlar 78,8% hollarda, keyin transport jarohatlari 16,7 %, ishlab chiqarish jarohatlari 3,2% va sport jarohatlari 0,4 %, kasalliklar 0,9% qayd etilgan. Birgalikda jarohat olgan jabrlanganlarning 51,9 foizi mast holda kasalxonaga yotqizilgan.

Materiallar va usullar. Birgalikda jarohat olgan barcha kasalxonaga yotqizilganlar shartli ravishda 3 guruhga bo'lingan. 1-guruhga bosh miya va yuz-yuz birgalikdagi jarohatlari bilan 120 nafar bemor kiritildi. Ular asosan 80 erkaklari bo'lib, ularda 40 maishiy travma ustunlik qilgan. Ularning o'rtacha yotoq kuni 10,2 ni tashkil etdi. 2-guruhga maxillalar lokalizatsiyaning qo'shma jarohati tufayli ekstrakranial

shikastlangan 68 kishi kirdi. 21,2 kunlik eng yuqori o'rtacha yotoq kuni naycha suyaklarining sinishi va yuz-yuz mintaqasining shikastlanishi bilan qayd etilgan.

Bemorlarning eng ko'p soni 77 kishi ko'p jarohat olgan. Ular orasida 24-da pastki jag', naycha suyaklari, miya kontuziyalari, 18-da pastki jag', qovurg'a, miya chayqalishi, 8-da yuqori jag', tos suyaklari, bosh suyagi asoslari, 21-da naycha suyaklari, qovurg'alar, yuz yaralari, klavikula, yonoq suyaklar, 6-da yuzning shilinishi bor edi.

Natijalar. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, bosh miya va yuz-yuz jarohatlari bilan og'rigan bemorlar barcha bemorlarning 70,2 foizini tashkil etdi. Kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab ushbu toifadagi bemorlarga ixtisoslashtirilgan stomatologik yordam ko'rsatish zarurligini ko'rsatadi. Shunday qilib, bosh miya va yuz-yuz jarohatlari bilan bog'liq asoratlarni tashxislash, davolash va oldini olishni yaxshilash uchun katta shaharlarda ushbu bemorlarga tegishli uskunalar bilan jihozlangan ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish uchun travmatologiya markazlarini tashkil etish dolzarb deb hisoblanishi kerak. Klinikada shifokorlar guruhi: travmatolog, nevropatolog, neyroxirurg, oftalmolog, otorinolaringolog, anesteziolog-reanimatolog va yuz-yuz jarrohi, shuningdek o'rta va kichik tibbiyot xodimlari tunu kun ishlashlari kerak. Jabrlanganlarni mutaxassislar tomonidan har tomonlama tekshirish mavjud zararni erta tashxislash, zarur terapevtik tadbirlar rejasini tuzish, bemorning ahvoli og'irligini hisobga olgan holda ularni amalga oshirish ketma-ketligini belgilash imkonini beradi, ya'ni statsionar davolanish davrida jabrlanuvchini to'liq tibbiy reabilitatsiya qilish. Shu bilan birga, klinikaning ishi miya va yuz-yuz jarohatlari bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda yuzaga keladigan diagnostika, davolash va tashkiliy xatolarni bartaraf etishga yordam beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1 Дерябин Е.И., Пантелеева С.М. Анализ сочетанных травм челюстно-лицевой области // Сб. тезисов докладов V Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб. - 2000 – 51 с.

2 Лимберг А.А., Запалова Е.В., Муштакова У.В. Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной и множественной травме // Советская медицина - 1987 - №10 - С.58-60.

3 Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица. // СПб: Специальная Литература - 1996 - 127с.

4 Матрос-Уаранец И.Н. Уравматические повреждения челюстно-лицевой области: инфраструктура, закономерности локальных мышечных нарушений, лечение: Дис. д.м.н.: 14.01.22. - Донецк - 2001- 423с.

**ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОСТНЫХ КАРКАСОВ,
НАПЕЧАТАННЫХ НА 3D-ПРИНТЕРЕ, ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Нестеров В.Д., Сибирев А.С., Воробьев А.Е.

Научная рота №8 ГВМУ МО РФ

на базе Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова

doc.cerebralis@yandex.ru

Восстановление костных дефектов челюстно-лицевой области без необходимости в ауто- и аллотрансплантатах с сопряженными с их использованием рисками становится возможным благодаря достижениям в области тканевой инженерии биоматериалов. Функционально-градиентные материалы являются удачным выбором для изготовления имплантатов, замещающих утраченные костные структуры, но существует ряд сложностей в их производстве, таких как соблюдение пропорций, размеров, конфигурации составных частей имплантата, их прецизионность к принимающему ложу. С другой стороны, костные дефекты различных размеров и локализации требуют экономичной, легко адаптируемой технологии производства для обеспечения компонентов (каркасов) параметрами, соответствующими анатомической форме костного дефекта.

Цель данного исследования заключалась в обзоре технологий трехмерной (3D) печати, применяемых для производства каркасов из костной ткани, а также разработок системы автоматизированного проектирования (САПР) для изготовления костных каркасов, от получения анатомических данных до окончательной модели с достижением наилучших биомиметических характеристик.

Поиск научных статей и оригинальных исследований осуществлялся по базам данных PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, eLIBRARY.RU за последние 10 лет. Ключевые слова поиска: 3D-печать, инновации, индивидуальный костный каркас, 3D printing, innovation, individual bone frame.

В результате поиска и изучения научных статей и оригинальных исследований было выяснено, что аддитивное производство или 3D-печать позволяет изготавливать функциональные имплантаты с необходимой конфигурацией, пористостью или без неё по моделям САПР, полученным

благодаря данным компьютерной томографии пациента. Это облегчает производство усовершенствованных костных каркасов с возможностью внесения изменений в модель.

Обнаружено несколько способов создания САПР-моделей из медицинских изображений, включая интерфейс программы MedCAD, метод обратного проектирования интерфейса и метод преобразования модели с помощью STL-триангуляции.

В технологии 3D-печати различают печать лазером, экструзией и «чернилами». Некоторые из этих способов печати могут внедрять стволовые клетки в структуру каркаса в процессе изготовления. Методы 3D-печати включают в себя ряд переменных в своих подходах к обработке, которые влияют на характеристики изготовленных костных каркасов, поэтому существует необходимость тщательной оптимизации этих факторов в отношении получаемых свойств.

Выводы:

1. Медицинское моделирование на основе компьютерной томограммы является эффективным инструментом, который можно комбинировать с трехмерной печатью для создания сложной индивидуальной 3D-матрицы.

2. Система автоматизированного проектирования (САПР) может быть эффективно использована для систематической оптимизации материала и геометрии каркаса, что приводит к минимизации экспериментов методом проб и ошибок и снижению затрат.

3. Модели САПР, полученные методом обратного проектирования, гораздо более стабильны в конфигурации, и обладают меньшим количеством ошибок в форматах передачи данных.

Список литературы

1. Форрестол Д.П., Клейн Т.Дж., Вудрафф М.А. Проблемы проектирования больших индивидуальных костных конструкций // Биотехнология Биоинж. – 2017. – 114(6). – С. 1129–1139.
2. Джи К. Применение технологии 3D-печати в инженерии костной ткани // Био-Дизайн Мануф. – 2018. – 1(3). – С. 203–210.
3. Рейчерт Дж. Индивидуальные композитные каркасы для пластики сегментарных дефектов длинных костей // Инт Ортоп. – 2011. – 35(8). – С. 1229–366.

4. Бахраминасаб М., Эдвардс К.Л. Биокompозиты для замены и восстановления твердых тканей // Футуристические композиты. Спрингер, 2018. - 281–296 с.
5. Кон Дж. Новые подходы к дизайну биоматериалов // Нат Матер. – 2004. – 3(11). – С. 745–747.
6. Ян С. Дизайн каркасов для использования в тканевой инженерии. Часть I Традиционные факторы. // Ткань. – 2001. – 7(6). – С. 679–689.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИНАМИКУ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ.

Нормуратов Азиз Нормуратович

Кафедра ортопедической стоматологии

Самаркандский государственный медицинский Университет,

Самарканд, Узбекистан.

Введение. Анализ научных исследований и клинических операций показывает, что развитие и совершенствование технологий исследования и междисциплинарный подход к изучению процесса остеointegrации вокруг дентальных имплантатов в последнее десятилетие привели к значительному изменению традиционных представлений по данной проблеме. Представляются сведения о наблюдениях физиологического процесса и клеточного обмена веществ, протекающего между имплантатом и костной тканью на разных этапах остеointegrации.

Цель данного исследования. Изучить данные научной литературы для обобщения результатов исследований, посвященных динамике и изучению факторов, влияющих на остеointegrацию, что позволит дать определение и условия для более прогнозируемого высокофункционального результата при проведении дентальной имплантации

Материалы и методы исследования. Остеointegrация это ряд физиологических процессов, когда происходит соединение имплантата с костью с последующей ее фиксацией. Основной и общепризнанной теорией остеointegrации на сегодняшний день является теория ретракции кровяного сгустка "Blood clot retraction theory". Это теория основано на влиянии кровяного сгустка с интеграцией кости вокруг дентального имплантата. Введение имплантата в кость является хирургической травмой для биологических тканей, вследствие которой развиваются воспаление, начальные проявления резорбции и запускается каскад сосудисто-тканевых реакций с последующей регенерацией. Важную роль в этом процессе играют состояние сосудистого русла и уровень кровоснабжения в зоне повреждения. В условиях ишемии возникает тенденция к образованию фиброзной и хрящевой тканей вместо

формирования костных структур. Установлено, что даже при закручивании имплантата на высоких оборотах и достижении хорошей первичной стабильности во время позиционирования имплантата, между ним и окружающей костью имеется зазор в пределах до 70 мкм. В зависимости от степени травматичности операции в последующем он может увеличиваться до 120–480 мкм на некоторых участках. Это пространство заполнено кровью и тканевой жидкостью, которые являются источниками биологически активных веществ и белков, необходимых для инициации процесса остеоинтеграции имплантата. В конечном итоге происходит первоначальное прикрепление к ней клеточных агентов организма.

Обсуждение и результаты. На начальном этапе остеоинтеграции в процессе распознавания и адгезии клеток на поверхности имплантата активное участие принимают внеклеточный белок фибронектин и трансмембранные гетеродимеры – интегрины. Из крови, излившейся из сосудов костного ложа имплантата, формируется сгусток, включающий тромбоциты, фибрин, сосудистые факторы роста, трансформирующий фактор роста, инсулиноподобный фактор роста и др. Данные компоненты стимулируют образование новых сосудов и заживление костной ткани. Сеть волокон фибрина обеспечивает возможность миграции остеогенных клеток под действием факторов роста, синтезируемых тромбоцитами, на поверхность имплантата. Факторы роста привлекают фибробласты и другие недифференцированные клетки в зону фибриновой матрицы, а также стимулируют их дифференциацию. Особенности течения этого этапа во многом определяют дальнейшую интеграцию имплантата. Плотное прикрепление кровяного сгустка к поверхности имплантата и образование фибриновых «мостиков» между ним и жизнеспособной костью создают условия для пролиферации остеогенных клеток вдоль нитей фибрина по направлению к имплантату и образования кости *de novo* на поверхности самого имплантата – контактного остеогенеза, основного механизма остеоинтеграции.

Заключение. Таким образом, проблема поиска оптимальных технологий имплантации является актуальной до настоящего времени и включает не только разработку новых приемов хирургических вмешательств, использование новых способов стимуляции остеоинтеграции, но и создание, комплексное обоснование эффективности новых систем имплантатов, включая новые методы модификации их поверхности. Несомненно, что новые достижения в этом направлении будут способствовать сокращению сроков реабилитации стоматологических пациентов, улучшению качества их жизни.

Литература

- 1 Ефимов Ю. В., Стоматов Д. В., Поройский С. В., Ефимова Е. Ю., Иванов П. В. Использование костного шва при косых переломах нижней челюсти // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2015. — № 1. — С. 53—54.
2. Каем, А. И. Клинико-экспериментальное обоснование применения модифицированного электростатического покрытия для дентальных имплантатов / А. И. Каем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 22 с.
3. Коробкеев А. А., Сирак С. В., Копылова И. А. Изучение особенностей анатомо-топографического строения нижней челюсти для планирования эндодонтического и имплантологического лечения // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2010. — Т. 17, № 1. — С. 17—22.
4. Кулаков, А. А. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций / А. А. Кулаков, Ф. М. Абдуллаев // Новое в стоматологии. — 2002. — № 5. — С. 34—36.
5. Gruber R, Varga F, Fischer MB, et al. Platelets stimulate proliferation of bone cells: involvement of platelet-derived growth factor, microparticles and membranes. Clin Oral Impl Res 2002;13:529-35.
6. Hosseini MM. On the relationship between osteoconduction and surface texture during peri-implant osteogenesis. Ph.D. dissertation, University of Toronto, 2001. 5. Osborn JF, Newesely H. Dynamic aspects of the implantbone interface. In: Heimke G, ed. Dental implants: materials and systems. Munchen: Carl Hanser Verlag, 1980:111-23.
7. Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В., Порошин А. В. Способ улучшения процесса остеоинтеграции дентального имплантата // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2014. — № 3 (43). — С. 46—49.
8. Перикова М. Г. Клинико-лабораторное обоснование применения винтовых дентальных имплантатов с развитой топографией и биоактивными свойствами поверхности / М. Г. Перикова // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2014. — 25 с.
9. Порошин А. В., Лебедев В. П., Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В. Влияние транскраниальной стимуляции на процесс остеоинтеграции дентальных имплантатов // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 9—6. — С. 1125—1128.
10. Порошин А. В., Шемонаев В. И., Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В. Повышение эффективности остеоинтеграции дентальных имплантатов путем воздействия на организацию периимплантатной кости транскраниальной электростимуляцией в эксперименте // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2014. — № 4 (44). — С. 34.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

**Носов Евгений Васильевич, Матчин Александр Артемьевич, Рыскулов
Марат Фирдатович**

Оренбургский государственный медицинский университет

nosov_new@mail.ru

Одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии и травматологии является восстановление или замещение патологически измененной костной ткани. Это обусловлено тем, что во всем мире ежегодно увеличивается количество челюстно-лицевых и ортопедических операций по поводу заболеваний и травм костей лицевого скелета, требующих применения медицинских изделий, созданных из искусственных материалов, в том числе из титана [1, 2]. Использование в клинической практике различных конструкций считается стандартной практикой, а поиск новых материалов и усовершенствование медицинских технологий для обеспечения удобства и надежности хирургических процедур является одной из наиболее важных задач, с которыми ежедневно сталкивается современная практическая медицина.

Успешное проведение имплантации базируется на знаниях биологических процессов, лежащих в основе взаимодействия имплантат/биосистема, которые напрямую связаны с материалом, из которого изготовлена конструкция, свойствами его поверхности, остеointеграцией, опасностью развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования – совершенствование мини-пластин и мини-винтов, применяемых в челюстно-лицевой травматологии на основании электронно-микроскопических исследований в процессе консолидации экспериментального перелома с фиксацией отломков мини-пластинами из ультрамелкозернистого титана (УМЗ) в сравнении с аналогичной фиксацией изделиями, производимыми ООО «Конмет».

Материалы и методы. Проведены экспериментальные исследования на 33 половозрелых кроликах самцах породы Шиншилла массой 2,5-3 кг. Содержание, кормление, уход за животными и выведение их из эксперимента осуществляли в соответствии со строгим соблюдением принципов, изложенных в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей (г. Страсбург, Франция, 1986) и согласно

Правилам надлежащей лабораторной практики Российской Федерации (приказ МЗ РФ N199н от 1.04.2016 г.).

В 1-ой серии (15 животных) разработана экспериментальная модель открытого перелома нижней челюсти, зафиксированного с помощью мини-пластины и мини-винтов из наноструктурированного УМЗ титана марки Grade-4, предоставленного Уфимским государственным авиационным техническим университетом. Медицинские изделия были изготовлены ПО «Стрела» (Оренбург).

Во 2-ой серии (15 животных) фиксация отломков осуществлялась стандартными мини-пластиной и мини-винтами ООО «Конмет».

Кроликам под внутримышечным наркозом р-ром телазола и инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 1.7 ml выполнялся разрез мягких тканей параллельно телу нижней челюсти, с помощью распатора скелетировалась нижняя челюсть до передней границы жевательной мышцы. Стоматологической фрезой на прямом наконечнике с применением водяного охлаждения производилась остеотомия кортикальной пластинки, разрез проходил перпендикулярно нижней челюсти. С помощью прямого долота и молотка создавалась модель полного перелома нижней челюсти. Костные отломки челюсти закреплялись с помощью мини-пластины и мини-винтов, на каждом отломке располагалось по 2 винта (рис. 1). Ткани послойно ушивались викрилом 4-0.



Рис. 1 Постоянная иммобилизация отломков нижней челюсти с помощью мини-пластины и мини-винтов, изготовленных из наноструктурированного УМЗ титана. В отломки введены по 2 винта с каждой стороны от линии перелома.

Все животные операцию перенесли удовлетворительно, осложнений во время остеосинтеза и в послеоперационном периоде не зафиксировано. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Животных первой и второй серии выводили из опытов путём ингаляции летальной дозы эфира на 7, 14, 21, 28, 40 сутки после операции. Кроме того, 3 животных было выведено из опыта через 3 месяца.

Объектом исследования служила экстерпированная нижняя челюсть с фиксацией отломков различными титановыми конструкциями. Материал, подлежащий исследованию (нижняя челюсть), фиксировался в 10%-ом нейтральном формалине 48 часов.

Поверхность титановых мини-пластин и мини-винтов в зоне контакта с костной тканью изучалась с помощью сканирующего электронного микроскопа TESCAN MIRA LMU (Чехия). Исследование выполнялось на базе «Центра микроскопии и микробиологии» для выявления и поддержки одарённых детей «Гагарин» (г. Оренбург).

Исследование поверхности мини-пластины из УМЗ титана выявило наличие тканевых структур на поверхности изделия толщиной около 25-50 μm с наличием волокнистых и клеточных структур, покрывающих её сплошным слоем без оголения металлической поверхности (рис. 2).

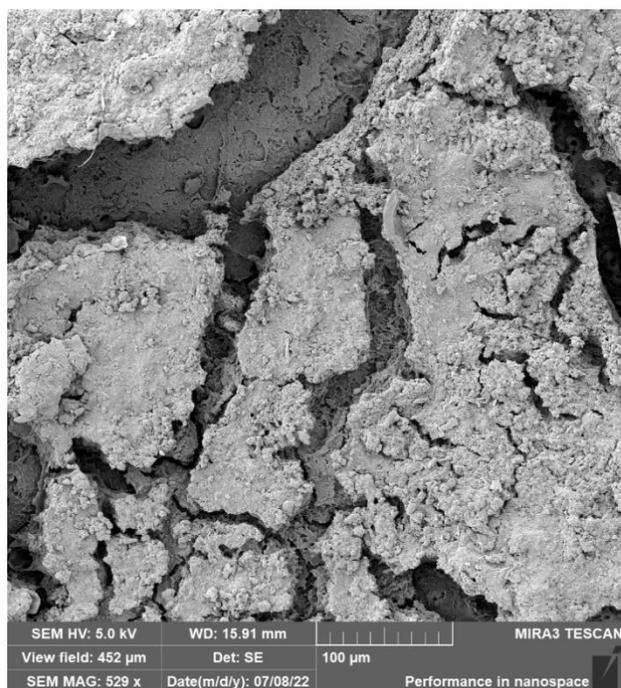


Рис. 2 Поверхность мини-пластины из УМЗ титана. СЭМ.

На поверхности наблюдаются фрагменты костных балок, интегрированных в микрорельеф пластины с толщиной выростов до 12 μm . (рис. 3).

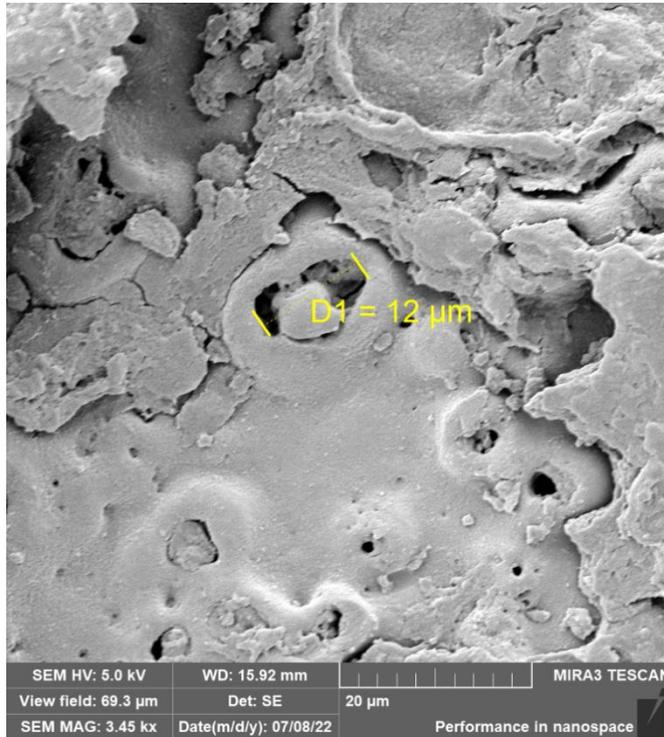


Рис. 3 Поверхность мини-пластины из УМЗ титана. СЭМ

Между витками резьбы мини-винтов обнаружены плотные тканевые структуры, заполняющие объём между витками слоем толщиной более 50 μm (рис. 4).

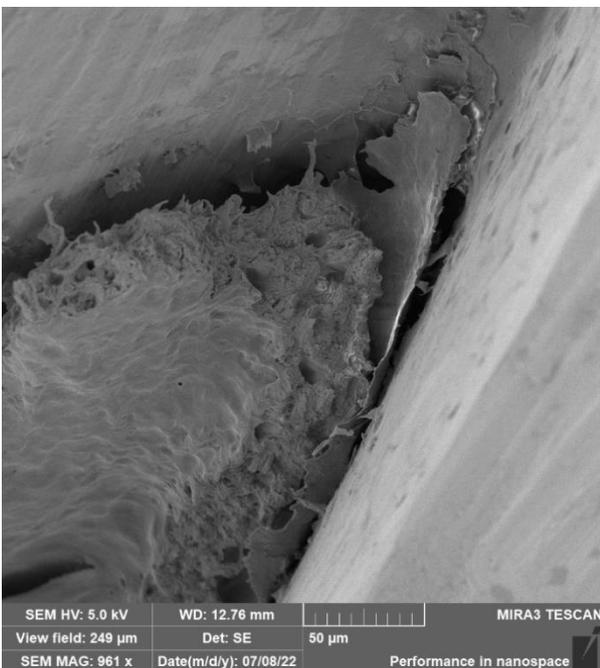


Рис. 4 Поверхность мини-винта из УМЗ титана. СЭМ

Изучение зоны контакта мини-винта «Конмет» с нижней челюстью показало наличие соединительной ткани с преобладанием волокнистых структур и единичными элементами костных балок с расширенными лакунами между ними (рис. 5).

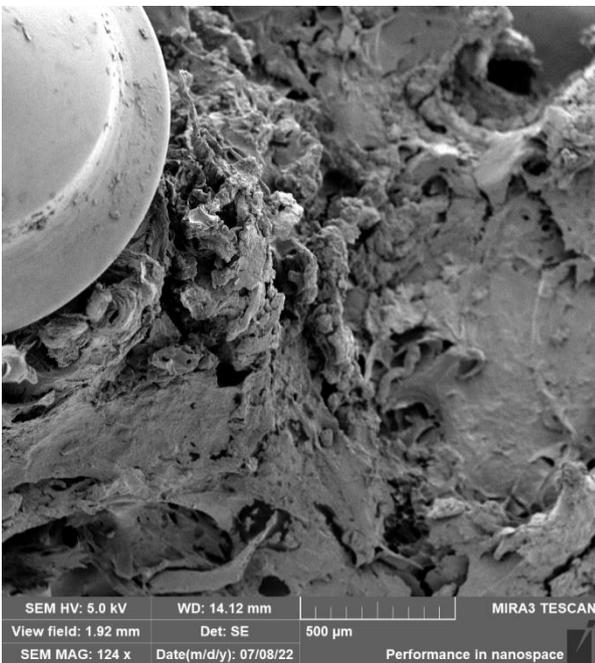


Рис. 5 Область контакта поверхности мини-винта «Конмет» с костным блоком. СЭМ

Выводы. Наши экспериментальные данные позволяют прийти к выводу, что для остеосинтеза перелома нижней челюсти более целесообразно использовать мини-пластины и мини-винты, изготовленные из ультрамелкозернистого титана марки Grade-4, так как данный материал оказывает оптимизирующее влияние на репаративный остеогенез. Вероятный механизм этого влияния определяется наличием остеоинтеграционных свойств титана, что подтверждено с помощью сканирующей электронной микроскопии. Использование данных медицинских конструкций позволяет сократить сроки реабилитации больных, уменьшить число осложнений, связанных с дезинтеграцией титановых конструкций. Полученные данные лежат в основе

патентов на полезную модель №175248 «Мини-пластина из наноструктурированного титана для остеосинтеза нижней челюсти» и №187373 «Устройство для на костного остеосинтеза в челюстно-лицевой хирургии» [3, 4].

В этой связи рекомендуется внедрение в клиническую практику титановых конструкций из УМЗ титана для черепно-челюстно-лицевого остеосинтеза (реконструктивные титановые пластины, мини- и микропластины, стержни, спицы, винты и другие фиксаторы).

Работа выполнена при поддержке гранта РФ № 20-69-47059 от 28.05.2020.

Список литературы

1. Старковский К. И., Рубежов А. Л., Яременко А. И. Оценка возможности применения остеофиксаторов из сплавов титана с модифицированными поверхностями в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Вятский медицинский вестник. – 2021. – № 2(70). – С. 47-51.
2. О. П. Чудаков, С. Се, О. А. Юдина, Л. В. Бутько Морфологические особенности остеointegrации при возмещении травматических дефектов костей лицевого и мозгового черепа с помощью чистого титана в условиях эксперимента // Новости хирургии. – 2018. – Т. 26, № 6. – С. 645-654.
3. Патент РФ на полезную модель № 2017119948, 06.06.2017 Мини-пластина из наноструктурированного титана для остеосинтеза нижней челюсти /Е.В. Носов [и др.] // Патент РФ на полезную модель № 175248, 2017.
4. Патент РФ на полезную модель № 2018124382, 03.07.2018. Устройство для на костного остеосинтеза в челюстно-лицевой хирургии / Г.В. Клевцов [и др.] //Патент РФ на полезную модель № 187373, 2019.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Обитов Абдорхон Сохиб угли, Фаттаева Дилорром Рустамовна

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Введение. В настоящее время в Республике Узбекистан повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются довольно распространенной патологией челюстно-лицевой области. Чаще всего данную патологию ассоциируют с переломами головки нижней челюсти. Однако повреждения ВНЧС включают в себя не только переломы костных структур, но и повреждения мягко-тканых элементов сустава суставного диска и связочно-капсулярного аппарата. Точная диагностика характера структурных нарушений

ВНЧС при травме позволяет улучшить качество лечения пострадавших и снизить число возможных осложнений

Цель исследования: диагностика структурных повреждений ВНЧС с помощью лучевых методов и магнитнорезонансной томографии.

Материал и методы. Нами были обследованы пациенты с повреждениями ВНЧС в возрасте от 17 до 67 лет. Все пациенты были разделены на следующие группы: с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти по основанию и шейке без смещения, с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти по основанию и шейке со смещением, с переломами головки нижней челюсти. Всем пациентам проводилось обследование, направленное на выявление нарушений со стороны ВНЧС. Кроме основных методов обследования были использованы лучевые методы (ортопантомография, томография ВНЧС, артротомография ВНЧС, компьютерная томография) и магнитно-резонансная томография ВНЧС.

Результаты. На основании рентгенологических данных, а также данных МРТ нами было изучено состояние костных структур ВНЧС, суставного диска и связочнокапсулярного аппарата у пациентов с травмой челюстнолицевой области различной локализации.

Выводы. Применение современных методов лучевой диагностики при повреждениях ВНЧС позволяет определить характер структурных изменений элементов сустава. Характер повреждений мягкотканых структур ВНЧС связан с особенностями смещения отломков при переломах мыщелкового отростка нижней челюсти.



Al-Farabi KazNU
HIGHER SCHOOL OF MEDICINE

Опухоли челюстно-лицевой локализации в структуре онкологических заболеваний у детей и подростков (по материалам НЦП и ДХ МЗ РК и №5 ГКБ г.Алматы).

Д.м.н., проф.Шалабаева К.З.(КазНУ им. аль-Фараби, Высшая Школа Медицины.); д.м.н.,проф.Нурмаганов С.Б.(Казахстанско – Российский

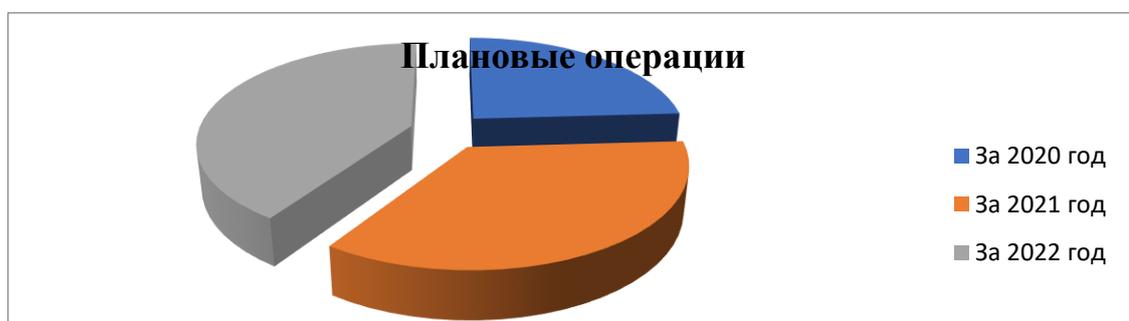
Медицинский университет), д.м.н., проф. Зайтенова Г.Б. (Казахстанско – Российский Медицинский университет), к.м.н., доцент Фазиллов Ж.А. (КазНМУ им. Асфендиярова С.Д.), Бекмагамбетова А.К. резидент III года обучения (Казахстанско – Российский Медицинский университет).

Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей и подростков отличаются большим разнообразием, и в структуре плановых оперативных вмешательств детских челюстно-лицевого отделения составляют около 50% (1). Особенность работы при опухолях ЧЛЮ обусловлена сложностью операционного поля с наличием важных анатомических структур на ограниченном пространстве, часто с распространенностью опухоли в глубокие клетчаточные пространства, полости носа. Именно поэтому диагностика и лечение таких детей требует мультидисциплинарного подхода, которая основана на взаимодействии челюстно-лицевого хирурга, оперирующего оториноларинголога, онколога, специалиста в области лучевой диагностики и ангиографии (2).

Нами проведен анализ оперативной деятельности детского челюстно-лицевого отделения 5 городской клинической больницы г. Алматы и хирургического отделения Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК за 2020-2022 г.

За период 2020-2022 гг в отделении детской ЧЛХ ГКБ №5 Алматы находились 4103 пациентов, из них у 2216 (54%) были проведены плановые оперативные вмешательства.

Структура плановых оперативных вмешательств (2020- 2022 гг):



Число оперированных больных за 2020 год – 534; 2021 год – 782; 2022 год -900 пациентов.

Из общего числа плановых оперативных вмешательств 891(40%) ребенок оперирован по поводу опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области, в том числе: одонтогенная воспалительная киста, доброкачественное новообразование костей черепа - 183 (8,2%); кисты мягких тканей – 301 (13,5%); атеромы, ангиофибромы, папилломы – 136; дермоидные кисты – 46; сосудистые мальформации – 135; кисты шеи – 87; пигментный невус, нейрофиброма -4

Статистика новообразований по материалам Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК (г.Алматы).

В отделении онкологии были проведены 790 операций. Из них 96 (12%) в области головы и шеи. Наиболее часто встречались образования лимфатической системы шеи (табл.№1)

Табл.1 Распределение нозологических форм новообразований лимфоидного происхождения по возрасту и полу (данные отделения НЦП и ДХ).

№	Назологическая форма	Локализация	Возраст				Пол	
			До 3-х лет	3-7	7-12	13-18	жен	муж
1	Лимфаденопатии, в т.ч. лимфома Ходжкина	Шея	3	5	9	10	11	16
2	Рабдомиосаркома мягких тканей	Лицо	3	-	-	1	1	3
3	Новообразований носоглотки	Носоглотка	1	1	6	8	1	15
4	Злокачественное новообразование	Нижняя/верхняя челюсть	2	-	1	-	3	-

Все эти пациенты оперированы бригадой, в которую входили челюстно-лицевой хирург, ЛОР –врач и онколог. Больные, оперированные по поводу объемных образований нуждаются в реконструктивных хирургических вмешательствах, объем которых зависит от локализации (3,4). В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение (рисунок1.)

Пациент А., 17 лет. Аневризмальное новообразование верхней челюсти с прорастанием в гайморовую пазуху, в решетчатый лабиринт, носоглотку, в крыло-небную ямку. Оперативное вмешательство: Экскохлеация новообразования. Одномоментная пластика костного дефекта твердого неба местными тканями.



Таким образом, диагностика, хирургическое лечение опухолей, локализующиеся в смежных анатомических областях, которые условно можно обозначить как «Голова, шея» требует мультидисциплинарного подхода и организации одноименных отделений.

Литература:

1. Шалабаева К.З., Нурмаганов С.Б., Фазилов Ж.А. и др. Структура плановых оперативных вмешательств отделения ДЧЛХ ГКБ №5 за 5 лет (2014-2018)// Материалы Международного конгресса стоматологов Казахстана. – Алматы, 2019.
2. Грачев Н.С., Опухоли головы и шеи в практике детского хирурга. Как мы можем помочь детям? РЖ Детской гематологии и онкологии. – Москва, 2015.
3. Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е. Л., Мухамедов М. Р., Гарбуков Е. Ю. «Роль повторных реконструктивных операций в лечении больных опухолями головы и шеи» Материалы Первого Международного Форума онкологии и радиологии. Москва, 23–27 сентября 2019 г.
4. Адильбаев Г.Б. , Кайбаров М.Е., Ахметов Д.Н. , Ким Г.Г., Әділбай Д.Г., Кыдырбаева Г.Ж. АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», г. Алматы, Республика Казахстан «Наш опыт реконструктивно – пластических операций при комплексном лечении больных с опухолями головы и шеи». Онкология и радиология Казахстана | СПЕЦВЫПУСК | Сборник тезисов – Алматы, 2020 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шамоян М.Т ординатор 1 года, к.м.н. Яковлев Д.Н, д.м.н Гажва С.И

ФГБОУ ВО “Приволжский исследовательский медицинский университет”
Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Введение. Диагностика в медицине всегда была не только одним из основных инструментов познания истины, но и прогностическим критерием исхода заболевания. Особенное развитие в 21 веке получила цифровая стоматология, которая основываясь на принципах доказательной медицины, с учетом научных достижений, становится не только наукоемкой, но и практикоориентированной.

Цель работы. Усовершенствование функциональной диагностики в планировании ортопедического лечения за счет внедрения цифровых технологий.

Материалы и методы. В материалах исследования мы использовали – 1) Макет новой цифровой улыбки; 2) Виртуальные оттиски верхней и нижней челюсти; 3) Рентгенологические исследования; 4) Данные миограмм; 5) Зарегистрированные траектории на цифровом аксиографе.

В методах исследования применили разработанный нами алгоритм цифровой диагностики, который включает в себя – 1) DSD (Цифровой дизайн улыбки) на первичном приеме; 2) Интраоральный сканер (3Shape trios); 3) Электромиограф фирмы Нейротех “Колибри”; 4) Чрескожный электронейростимулятор (транскутанный электронейростимулятор); 5) Цифровой аксиограф Роцина (Proaxis)

Хотелось бы обратить внимание на определенные аппараты и рассказать о них подробнее:

Электромиограф – представляет собой инструмент для определения тонуса мышц с целью выявления дискоординации в их работе, данные полученные при диагностике являются объективным критерием эффективности ортопедического лечения и позволяют выявить патологические процессы до начала протезирования.

В свою очередь **Чрескожный электростимулятор “МИСТ ТЕНС”** позволяет не только расслабить мышцы, но и обеспечить состояние их равномерного тонуса, достигая при этом положения “ миоцентриск “, сформированного

жевательными мышцами и анатомией ВНЧС, независимо от зубной составляющей.

Так же немало важно упомянуть об отечественном аппарате Евгения Михайловича Рощина, который представляет собой аксиограф Proaxis, позволяющий зарегистрировать траектории движений нижней челюсти в трехмерной проекции. Большим его преимуществом является возможность регистрации треков при любых видах патологии, а так же применение полного цифрового протокола с использованием КЛКТ и МРТ с возможностью автоматического цефалометрического анализа.

Результаты. Подводя итоги, хотелось бы отметить преимущество данного алгоритма:

- 1) Улучшение точности планирования
- 2) Выход за рамки привычного обследования
- 3) Улучшение коммуникации между (врачом – техником – пациентом)
- 4) Оценка не только зубной составляющей, а также мышечной и суставной
- 5) Контроль в процессе лечения (как до, так и после)

Заключение. Таким образом, применение данных технологии на ортопедическом приеме способствует повышению эффективности диагностики за счет анализа результатов обследования.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ - ФАКТОР ТРЕВОЖНОСТИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ.

Ортикова Наргиза Хайруллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет

ortikovanargiza2020@bk.ru

Одним из факторов, приводящих к несвоевременному обращению населения за стоматологической помощью, является психоэмоциональное напряжение, провоцирующее пациентов на откладывание санации полости рта. Дети, побывавшие на приеме у врача-стоматолога и имеющие неприятный опыт лечения зубов, испытывают стресс (утомление, напряжение, тревогу и страх). Из-за страха (дентофобия) полностью исключается возможность проведения лечения у детей.

Цель исследования: Изучить и оценить психоэмоциональное напряжения детей на стоматологическом приёме

Материалы и методы исследования: Исследование проведено на базе Самаркандской областной специализированной детской стоматологической поликлиники. Больные были разделены на две группы: контрольную (46 детей) и основную (54 ребенка). В контрольной группе мальчиков 27, девочек-19. В основной группе было 30 мальчиков и 24 девочек. Обследованные дети были распределены по возрасту в соответствии с физиологическими и биохимическими возрастными нормами.

Основным клиническим проявлением реакции человека является психоэмоциональное напряжение, от простого состояния психологического дискомфорта до тревоги невротического уровня. Наиболее широко применяемым методом в амбулаторной стоматологической практике является метод определения эмоционального состояния с наблюдением за вегетативными реакциями пациента, а также опрос, позволяющий выявить особенности субъективных переживаний.

Анализ уровня эмоционального напряжения в зависимости от групп пациентов показал, что статистически значимые различия в уровне эмоционального состояния по данным анкетирования есть между пациентами в зависимости от очередности лечения - плановой или дополнительной. Полученные данные подтверждают информацию о наличии эмоционального напряжения у пациентов на стоматологическом приеме. Таким образом, пациенты, обратившиеся с острым болевым синдромом, оценивали свое общее состояние перед стоматологическим приемом как значительно более тяжелое по сравнению с плановыми пациентами, разница показателей статистически значима ($p < 0,05$). Этот вывод еще раз подтверждает гипотезу о более выраженном психоэмоциональном напряжении, адресованном в экстренном порядке.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что анализ уровня эмоционального напряжения в зависимости от групп пациентов показал, что статистически значимые различия в уровне эмоционального состояния по данным анкетирования есть между пациентами в зависимости от очередности лечения - плановой или дополнительной. Полученные данные подтверждают информацию о наличии эмоционального напряжения у пациентов на стоматологическом приеме. Таким образом, пациенты, обратившиеся с острым болевым синдромом, оценивали свое общее состояние перед стоматологическим приемом как значительно более тяжелое по сравнению с плановыми пациентами, разница показателей статистически значима ($p < 0,05$). Этот вывод еще раз подтверждает гипотезу о более выраженном психоэмоциональном напряжении, адресованном в экстренном порядке.

Вывод. Таким образом, для успешной работы в стоматологическом кабинете необходим не только грамотный подбор методов и средств качественного лечения зубов, но и не менее грамотный подбор методов психоэмоциональной коррекции состояния ребенка, а также их родителей. Только при сочетании этих факторов можно гарантировать выполнение основной задачи, стоящей перед врачом: укрепление физического и сохранение психического здоровья ребенка.

Список литературы:

1. Абрамова Е.А., Караханов В.А. Дентофобия на приеме у стоматолога // Научный журнал. 2016. №_11 (12). URL.
2. Бастриков О.Ю. Гормональные, иммунологические и психологические маркеры психоэмоционального стресса у больных артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия, -2018, -№_2 (28), С. 151-161.
3. Билинский И. И., Добровольская М. К., Билинский А. Ю. Изменение биохимических свойств слюны и их влияние на стоматологический статус студентов в условиях стресса // Научные труды Винницкого национального технического университета, -2017, - отв. ред. 1, с. 1-6.
4. Горачев, Н.А. Психопрофилактическая подготовка в стоматологической практике: эду-метод. руководство/Н.А. Горачев, И.Т.Мусин, Д.Н.Горачев,- Казань:Медицина, 2012.-16 с.
5. Данковцев О.А., Гулин А.В., Максименко В.Б. Особенности психологического развития, компонентный состав организма подростков с нормальным весом и артериальной гипертензией. Вестник ТГУ. -2011.-16(1), С. 376-378.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Пстыга Екатерина Юрьевна, Костюченко Кирилл Сергеевич,

Середич Полина Александровна

Белорусский государственный медицинский университет

Polly0908002@gmail.com

Эндодонтическое лечение - неотъемлемая часть терапевтического приема в стоматологии. Одним из обязательных критериев оценки эффективности пломбирования корневых каналов является их obturation. Задача obturation, согласно основным показателям качества Европейского эндодонтического общества (ESE), - предотвращение проникновения микроорганизмов и жидкостей вдоль корневого канала; запломбировать всю систему каналов,

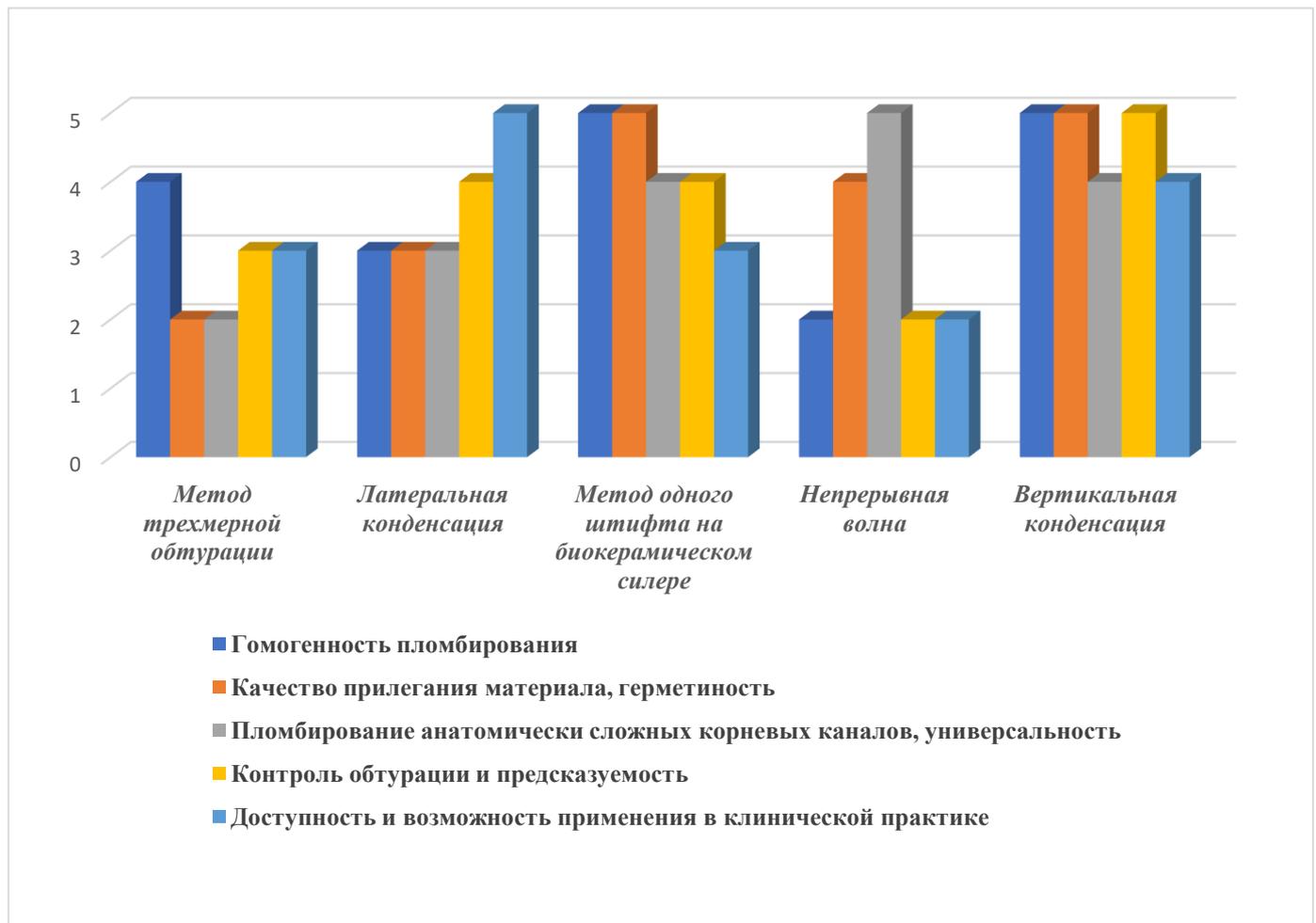
обтурировав не только область выхода в периодонт, но также дентинные каналы и дополнительные каналы, обеспечивая герметичность корневой пломбы. Современная эндодонтия предлагает вариативность методик пломбирования, что позволяет выбрать оптимальную технологию для каждого клинического случая. Целью нашей работы является оценка качества obturation корневых каналов современными методиками пломбирования с **подбором наиболее эффективного метода для разных клинических случаев.**

Материалом для исследования являлись 5 групп удаленных зубов, не имеющих признаков поражения и признаков лечения, с момента удаления зубы постоянно хранились в физиологическом растворе. С помощью турбинного наконечника с применением воздушно-водяного охлаждения были вскрыты пульпарные камеры алмазными борами. В полученных образцах была проведена механическая и медикаментозная обработка корневых каналов с применением эндомотора, набора ручных и ротационных эндодонтических инструментов. В каждой группе зубов выполнялась определенная методика obturation корневых каналов: метод трехмерной obturation горячей гуттаперчей, латеральная конденсация, метод одного штифта, метод непрерывной волны, вертикальная конденсация. Для проведения техник были использованы: шпатель, зонд, стоматологическая печь для гуттаперчевых obturаторов, пистолет для инъекционной гуттаперчи, термоплаггер, холодный плаггер, спиртовка лабораторная, инструмент для обрезания гуттаперчи, спредер, эндодонтический шприц, эндодонтическая игла, ирригационные растворы, силер для постоянной obturation на основе эпоксидной смолы, биокерамический силер, штифты бумажные, гуттаперчевые штифты, картридж с гуттаперчей, гуттаперчевый obturator. Были сделаны продольные шлифы зубов алмазными борами, полировочными дисками. Выполнен анализ шлифов, проведена оценка качества obturation корневых каналов с применением сканирующего электронного микроскопа.

Для сравнительного анализа методик нами было выделено пять критериев: гомогенность пломбирования; качество прилегания материала, герметичность; пломбирование сложных анатомических корневых каналов, универсальность; контроль obturation, предсказуемость; доступность и возможность применения в клинической практике. Так же мы ввели шкалу оценивания от 1 до 5 для каждого из критериев. Таким образом, мы видим, что лидирующими методиками являются метод вертикальной конденсации и метод одного штифта на биокерамическом силере. Они показали высокие баллы по всем параметрам оценивая, особенно по гомогенности и

герметичности пломбирования. Остальные методы имеют удовлетворительные результаты, и только по отдельным критериям высокие. Метод трехмерной obturation требует наименьшие временные затраты на его применение. Метод латеральной конденсации является наиболее доступным и возможным в применении в клинической практике. Метод непрерывной волны оптимален для obturation анатомически сложных корневых каналов. Диагр. 1-Сравнительный анализ методик obturation корневых каналов.

В результате исследования было выявлено, что вертикальная конденсация и метод одного штифта на биокерамическом силере позволяют достичь



высокого качества obturation корневых каналов. Предсказуемость и универсальность данных методов делает их самыми эффективными. Однако каждая методика уникальна и находит свое применение в исключительных клинических случаях.

Список литературы

1. Obturation корневых каналов зубов : учеб.-метод. пособие для курса по выбору студента / Л. А. Казеко, Н. Ю. Фадеева. – Минск : БГМУ, 2014. – 31 с.

2. Тронстад, Л. Клиническая эндодонтия / Л. Тронстад. М. : МЕДпресс-информ, 2009. 286 с.
3. De Moor, R. J. The long-term sealing ability of an epoxy resin root canal sealer used with five gutta-percha obturation techniques / R. J. De Moor, G. M. Hommez // J. Int. Endod. 2002. N 35. P. 275–282.
4. Effect of varying the depth of heat application on the adaptability of gutta-percha during warm vertical compaction / R. S. Smith [et al.] // J. Endod. 2000. N 26. P. 668–672.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ

Пстыга Екатерина Юрьевна

Белорусский государственный медицинский университет

katya_0156@mail.ru

Адгезивная система представляют собой комплекс растворов, имеющий в различных вариациях протравливающий компонент, праймер и бонд, которые способствуют микромеханической фиксации стоматологических составляющих к твердым тканям зуба. В химический состав адгезивной системы также входят инициаторы отверждения, ингибиторы или стабилизаторы, растворители и, в некоторых случаях, неорганические наполнители. Однако для правильного выбора адгезивной системы необходимо учитывать анатомию зуба. В частности, необходимо изучить состав и структуру различных слоёв эмали и дентина, чтобы понять, как они влияют на адгезионные связи. Минерализованная часть зуба имеет весьма различную ультраморфологию и состав. В данной работе мы проводим сравнительный анализ адгезивных систем IV поколения, V поколения и так называемую группу адгезивных систем Bond Universal.

Цель исследования - провести сравнительный анализ адгезивных систем и найти наиболее эффективную адгезивную систему.

Материалы и методы. Было отобрано 15 удаленных зубов (3 контрольные группы по 5 зубов в каждой), были использованы алмазные боры (для препарирования полостей и создания шлифов зубов), протравливающий гель (ортофосфорная кислота 37%), адгезивная система IV поколения, адгезивная система V поколения, бонд Universal, реставрационный материал (светоотверждаемый композиционный материал, текучий и пакуемый), стоматологическая фотополимеризационная лампа, методика тотального

протравливания, методика селективного протравливания, методика самопротравливания, сканирующий электронный микроскоп (СЭМ).

Результаты и их обсуждение. При исследовании на сканирующем электронном микроскопе (СЭМ) наилучшие характеристики гибридного слоя показала адгезивная система IV поколения («Золотой стандарт» в стоматологии). На границе пломба-зуб гибридный слой имеет непрерывную и гомогенную структуру, в которой отсутствуют поры и трещины. V поколение также показало хороший результат по толщине гибридного слоя, однако на всем протяжении он менее однороден по сравнению с IV поколением. Bond Universal имеет самый толстый гибридный слой по сравнению с поколениями IV и V, который в последующем может негативно сказываться на качестве реставрации.

Выводы. В настоящее время IV поколение адгезивных систем остаётся несомненным лидером среди своих конкурентов. Единственный недостаток «Золотого стандарта» — это многоэтапность использования, которая включает в себя технику тотального протравливания, прайминг и бондинг. Это означает, что стоматологи должны тратить больше времени при работе с данным поколением. Однако можно считать этот минус несущественным, так как отдаленные результаты использования IV поколения адгезивных систем показывают безупречные показатели по краевому прилеганию и наноподтеканию.

Список литературы:

1. Адгезивные системы / Л. В. Балашова // В сборнике: Достижения сегодня - основа будущих совершенствований. сборник научных работ научно-практической конференции. – 2016. – С. 25-26.
2. Адгезивные системы и их роль в современной стоматологии / Н. Д. Сангонова, К. Е. Фролова, В. В. Фролова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 76-1. – С. 15-16.
3. Выбор адгезивной системы в практике врача-стоматолога / М. А. Постников, Е. А. Щербакова, М. В. Щербаков, О. Е. Симановская // Аспирантский вестник Поволжья. – 2020. – № 5-6. – С. 81-88.
4. Применение современных адгезивных систем в клинической стоматологии / Е. Д. Кузнецова // Молодой ученый. – 2019. – № 44 (282). – С. 143-147.
5. Sutil B. G. S., Susin A. H. Dentin Pretreatment and adhesive temperature as affecting factors on bond strength of a universal adhesive system / B.G.S. Sutil, A. H. Susin // Journal of Applied Oral Science. – 2017. – Т. 25. – № 5. – С. 533-540.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТА

Раззокова Ш.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет

shohista.stom@gmail.com

Аннотация

Данная статья посвящена характеристике, клинике, диагностике, алгоритмам лечения агрессивных форм пародонтита и его клиническому наблюдению. Рассматривается целесообразность эндодонтического лечения на фоне агрессивного генерализованного пародонтита при присоединении эндопародонтальных поражений.

Ключевые слова: пародонтит, соматическое состояние, патологический процесс, клиническая картина, эндопародонтальное поражение.

Первые упоминания об агрессивных формах пародонтитов относятся к XVI веку, однако вплоть до XX века не существовало классификации этой группы заболеваний. С 1920 года было предложено несколько классификаций, основанных на различных критериях для описания заболеваний пародонта. В частности, учитывались: возраст больных, общее соматическое состояние, характер патологического процесса и скорость его развития, интенсивность заболевания, анамнез заболевания и характер течения. Основной проблемой является сравнение агрессивных форм пародонтита с обострением хронических форм, поскольку этиологические факторы и клинические проявления этих заболеваний сходны. В 1999 г. Американская академия пародонтологии приняла новую классификацию заболеваний пародонта, в которой агрессивные формы пародонтита были выделены в отдельную подгруппу заболеваний. Всего он включает 4 основные группы пародонтита:

- хронический пародонтит локализованный и генерализованный;
- агрессивные формы пародонтита;
- локализованный и генерализованный пародонтит как проявление системных заболеваний;
- язвенно-некротический пародонтит.

Согласно приведенной классификации, к агрессивным пародонтитам относятся заболевания, называемые «детский пародонтит до полового созревания», «препубертатный», «быстроразвивающийся».

В 2001 г. была предложена упрощенная классификация заболеваний пародонта, наиболее удобная для использования в клинической практике::

1. Ранний пародонтит: претгубертатный пародонтит (локализованный и генерализованный); локализованный ранний прогрессирующий пародонтит, который ранее относили к локализованному ювенильному пародонтиту; генерализованный ранний прогрессирующий пародонтит (к этой подгруппе отнесены ранее выделяемые в качестве самостоятельных нозологических форм - генерализованный ювенильный пародонтит и быстро прогрессирующий пародонтит); начинающаяся потеря зубодесневого прикрепления как начальное проявление раннего пародонтита.

2. Пародонтит взрослых.

3. Язвенно-некротический пародонтит.

Клиническая картина агрессивных форм пародонтита может быть представлена несколькими вариантами:

1. Деструкция костной ткани с образованием пародонтологических карманов и отсутствием признаков активного воспалительного процесса. Объем дефекта костной ткани при этом не соответствует по интенсивности воспалению.

2. Острый воспалительный процесс с признаками пролиферации тканей, изъязвлением и быстрой потерей объема костной ткани. Особенностью агрессивных форм пародонтита является быстрое вовлечение в патологический процесс пульпы находящихся в зоне костной резорбции зубов, что приводит к возникновению сочетанных эндодондентальных поражений.

Заключение: 1. Ранняя диагностика агрессивного транзиторного пародонтита позволяет провести эффективное лечение и перевести процесс в стадию стойкой ремиссии.

2. При агрессивной форме пародонтита комплексное лечение не только способствует стабилизации пародонтита, но и способствует предупреждению инфицирования пульпы и возникновения эндодондентальных поражений.

3. У больных с агрессивной формой пародонтита эндодондентическое лечение при эндодондентальном поражении зубов следует проводить на фоне комплексного пародонтологического лечения без негативного влияния на жизнеспособность пульпы зуба.

Список литературы.

1. Abduvakilov J. et al. EVALUATION OF EARLY INFLAMMATORY CHANGES IN THE PERIODON OF THE BASIC TEETH //European journal of molecular medicine. – 2022. – Т. 2. – №. 1.

2. Bakhtiyorovna, Razzokova Shohista, and Anvarova Mukhtasar Anvarovna. "Features Of the Course and Treatment of Aggressive Forms of Paradontitis." Texas Journal of Medical Science 1.1 (2021): 76-82.

3. Abduvakilov J. et al. EFFECTS OF NON-METAL NON-CERAMIC DENTAL PROSTHETICS ON SALIC ACID BALANCE AND MINERAL HOMEOSTASIS //European journal of molecular medicine. – 2022. – Т. 2. – №. 1.

4. Botirovna, Saidmurodova Jamila, Zubaidullaeva Maftuna Alisher Qizi, and Razzokova Shokhista Bakhtiyor Qizi. "Dental periodontitis." Texas Journal of Medical Science 3 (2021): 38-39.

5. Bakhtiyorovna R. S., Alisherovich M. G. CARIES IS THE APPEARANCE OF BLACK SPOTS //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 10. – №. 12. – С. 432-435.

6. Botirovna S. J., Shuhratovna R. Z., Rustambekovna S. A. Tooth pulpitis //Texas Journal of Medical Science. – 2021. – Т. 3. – С. 40-41.

7. Гаффоров С. А., Шайматова А. Р., Шамсиева М. О. Обзорный анализ стоматологического статуса детей и подростков, страдающих различными формами дисплазии соединительной ткани //Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 28-36.

ОТА-ОНАЛАРДА СЎРОВНОМА ЎТКАЗИШ ОРҚАЛИ БОЛАЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМГА МУРОЖААТ ҚИЛИШ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Д.У.Рахматуллаева., Д.Х.Суръатов., Ш.У.Суръатова

Тошкент Давлат Стоматология Институти

Бизга мълумки, профилактик стоматологик чора-тадбирларнинг натижаси ва кўпроқ даражада ота-оналарнинг, ҳамда болаларнинг ушбу муаммодан хабардорлигига боғлиқ. Бу, айниқса, стоматолог шифокорга мустақил равишда бора олмайдиган ва ота-она қарамоғига муҳтож бўлган ёш болалар учун мос келади. Сут тишлари саломатлиги билан боғлиқ муаммоларнинг аҳамиятини нотўғри тушуниш, шунингдек, қизгин турмуш тарзи ва ота-оналарнинг ишдаги бандлиги, болаларнинг тиш шифокорига ўз вақтида ва камдан-кам ташриф буюришга олиб келади.

Тадқиқот мақсади: Ота-оналарда сўровнома ўтказиш орқали болаларнинг стоматологик ёрдамга мурожаат қилиш сабабларини ўрганиш

Тадқиқот материали ва усуллари: Тадқиқотда мактабгача таълим муассасига қатнайдиган 6 ёшли болаларнинг 96 нафар оналари иштирок этди. Бунинг учун ота-оналар учун сўровнома ишлаб чиқилди.

Тадқиқот натижалари: Биринчи навбатда оналарнинг таълим даражаси ва ижтимоий аҳволи ўрганилди, бу стоматологик касалликларнинг олдини олиш бўйича билим даражасига сезиларли таъсир кўрсатди, натижа эса оғиз бўшлиғи гигиенаси ҳолатида ҳам ўз намоён бўлди. Сўров натижалари ота-оналарнинг таълим даражаси ва ижтимоий ҳолатининг бир хиллигини кўрсатди (оналарнинг 91,0% и олий ёки ўрта махсус маълумотга эга бўлган; сўров вақтида респондентларнинг 87% қатнашган)

Сўровда қатнашган ота-оналарнинг аксарияти (96,9%) ўз фарзандларининг оғиз бўшлиғи саломатлиги учун шахсий масъулиятлиги, аммо шу билан бирга, ота-оналарнинг 60%и бунга етарлича эътибор бермасликлари аниқланди. Мунтазам равишда айнан бир стоматолог шифокор кўригидан ўтиш, профилактик чора-тадбирларни ўз вақтида ўтказиш ва тишларни соғлом сақлаш имконини беради. Аммо ота-оналарнинг атиги 42,8 фоизи ўз фарзандларини бир стоматологга олиб боради. Оналарнинг атиги 44,9 фоизи ҳар олти ойда бир марта шифокорга мунтазам ташриф буюришини қайд этди. Ота-оналарнинг ярмидан кўпи ўз фарзандларини йилига бир мартадан кўп бўлмаган (39,2%) ҳолатда ёки ҳатто камроқ (15,9%) тиш шифокорига олиб боради. Бундан ташқари, барча ота-оналар боланинг стоматологга ташриф буюришини муҳим деб ҳисобламайди. Шундай қилиб, респондентларнинг атиги 67,4 фоизи кўпинча уларнинг фарзандларига ихтисослаштирилган давлат муассасаларида - болалар стоматология поликлиникаси ёки бўлимида стоматологик ёрдам кўрсатганлигини айтишади. Ота-оналарнинг 5,6 фоизи болалар боғчасида тишларини даволашни айтди. Хусусий стоматологлар хизматидан болаларнинг 35,8 фоизи фойдаланган. Баъзи ота-оналар (14,5%) ўз фарзандларини поликлиниканинг терапевтик бўлимида исталган стоматологда даволаш мумкин деб ҳисоблашади.

Тадқиқот шуни кўрсатдики, болалар ва ота-оналар учун биринчи ўринда тиш шифокорига боришнинг бевосита сабаблари орасида биринчи ўринда кариес ёки унинг асоратлари учун тишларни даволаш 55,5% ташкил этди. Тиш оғриғи ва илдизи сўрилган сут тишини олиш учун шифокорга ташриф буюришнинг иккинчи сабаб (42,7%) бўлиб ҳисобланди. Профилактик чора-тадбирлар учун муолажалар олиш ва тиш-жағ системаси аномалияларини даволаш бўйича болалар тиш шифокорига мурожаат қилиш сабаблари орасида фақат учинчи ва тўртинчи ўринларни эгаллайди (15,1% ва 12,1%).

Хулоса: Шундай қилиб, тадқиқот шуни кўрсатдики, шифокорга фақат тиш оғриғи ёки кариес бўшлиқлар пайдо бўлганда, тиш шифокорига тартибсиз ва камдан-кам ташриф буюриш, шунингдек, турли, яъни маҳаллий турар жойга

қарашли тиш шифокорларига муружаат қилмаслиги болаларда тиш касалликларининг кўпайишига олиб келади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ

Рахматуллаева Д.У., Махсумова И.Ш., Суръатов Д.Х.

Ташкентский Государственный стоматологический Институт, Узбекистан

Главной проблемой лечения деструктивных форм верхушечного периодонтита является создание благоприятных условий для регенерации костной ткани в периапикальной области. Методика многоэтапной терапии с применением лекарственных препаратов, обладающих антисептическими, противовоспалительными и остеоиндуктивными свойствами направлена на повышение репаративных процессов в периапикальных тканях.

Целью нашего исследования было изучение результатов лечения у детей 6-9 лет деструктивных форм периодонтита постоянных резцов с применением кальций-содержащих препаратов.

Материалы и методы: было проведено лечение деструктивных форм периодонтита в 60 постоянных моляров со сформированными корнями у детей в возрасте 6-9 лет. В 28 зубах лечение проводилось с применением препарата «МТА», в 32 зубах использовали препарат «Био-дент». Оба препарата содержат гидроокись кальция, обуславливающую их хорошие антибактериальные и регенерирующие свойства. Эндодонтическое лечение зубов проводили по следующей схеме. В первое посещение, после рентгенологического контроля исходной клинической ситуации, препарировали твердые ткани зуба, создавали доступ к каналу корня зуба, удаляли путридные массы, проводили медикаментозную и инструментальную обработку канала. В канал вводили кальций содержащую пасту на 7-10 дней под повязку из водного дентина. Во второе посещение удаляли временную пломбу и пасту, оставляли в канале свежую порцию пасты под временную пломбу на месяц. В третье посещение, после удаления временных материалов, проводили постоянное пломбирование канала корня и реставрацию коронки зуба.

Повторные осмотры детей проводили каждые 6 месяцев с обязательным рентгенологическим контролем, через 2 года делали вывод о результатах лечения зубов

Результаты исследования. В течение двух лет после завершения лечения в 100% случаев клиническая картина периодонтита оставалась спокойной, жалоб ни один из пациентов не предъявлял. Рентгенологический контроль зубов, проведенный через 2 года после лечения, выявил положительные результаты в 76,67% случаев (полное восстановление очага деструкции костной ткани – 31,67%, значительное уменьшение очага деструкции – 45,00%). Стабилизация патологического процесса в периапикальных тканях (отсутствие изменений, по сравнению с первоначальным рентгеновским снимком) была установлена в 15,00% случаев, прогрессирование процесса и увеличение очага деструкции было выявлено в 8,33% случаев, без наличия каких-либо клинических симптомов обострения периодонтита.

Сравнительный анализ результатов применения «МТА» и «Био-дент» не выявил статистически достоверных различий ($p > 0,05$). При применении «МТА», через 2 года после лечения, периапикальный очаг был полностью восполнен костной тканью в 28,57% случаев, частично - в 46,43%, при применении «Био-дент» – в 34,37% и 43,75% соответственно. После использования «МТА» в 14,29% случаев был обнаружен хронический периодонтит в стадии стабилизации, в 10,71% случаев наблюдалось увеличение размеров очага деструкции костной ткани, после применения «Био-дент» – в 15,62% и 6,25% соответственно.

Более подробное изучение анамнеза пациентов показало, что в случаях стабилизации или прогрессирования патологического процесса в периапикальных тканях, независимо от наименования использованного препарата, дети страдали хроническими общесоматическими заболеваниями, периодонтит часто давал обострения до обращения к врачу-стоматологу, а размер очагов деструкции превышал 0,5 см.

Заключение. Применение препаратов «МТА» и «Био-дент» в терапии хронических форм верхушечного периодонтита постоянных моляров со сформированными корнями у детей 6-9 лет имеет одинаковую эффективность и позволяет через 2 года после лечения получить положительные результаты в 76,67% случаев. Для повышения эффективности лечения хронических форм периодонтита у детей с отягощенным анамнезом (хронические заболевания, частые обострения периодонтита, большие размеры очага деструкции), необходимо увеличить период применения кальций содержащих паст до получения позитивных рентгенологических изменений в периапикальных тканях зубов.

**ПРИМЕНЕНИЕ ГОЛУБОГО ЛАЗЕРА
ПРИ РЕПОЗИЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ
С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ УЛЫБКИ I КЛАССА**

Романенко Наталья Валерьевна, Тарасенко Светлана Викторовна,

Щетинина Екатерина Вячеславовна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Сеченовский Университет

clematis@inbox.ru

При чрезмерном вертикальном росте верхней челюсти в период формирования лицевого скелета у пациентов во взрослом возрасте наблюдается улыбка I класса или так называемая – десневая улыбка. Одним из способов устранения десневой улыбки является хирургическое вмешательство в области преддверия полости рта с целью уменьшения глубины его свода [1]. Данную операцию в современных условиях врачи–стоматологи–хирурги выполняют с применением диодных полупроводниковых лазеров с длиной волны инфракрасного спектра света [2].

В настоящее время на мировом рынке представлена инновационная лазерная технология голубого света, соответствующая длине волны 445 ± 40 nm. Активной средой лазерных аппаратов с длиной волны 445 ± 40 nm является полупроводниковый материал, состоящий из соединений нитрида галлия (GaN) и нитрида индия (InN), обозначаемый как InGaN [3, 4]. Длина волны голубого лазера является ближайшей к максимальному пику поглощения энергии фотонов гемоглобином, что обуславливает выраженный гемостаз в области операционной раны [5, 6, 7]. Лазерные аппараты с длиной волны 445 ± 40 nm заявлены как бесконтактные инструменты альтерации, что предполагает малую инвазивность лечебных манипуляций и более высокую безопасность хирургического лечения пациентов разных возрастных групп и пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Актуальным представилось использование лазерной технологии с длиной волны 445 ± 40 nm при проведении операции репозиции верхней губы и оптимизация Протокола данного хирургического вмешательства.

В качестве источника лазерного излучения длиной волны 445 ± 40 nm использовали диодный полупроводниковый лазер ALTA BLUE производства Научно–технического объединения «ИРЭ–Полус» (Россия).

Применение голубого лазера при хирургическом вмешательстве с целью устранения десневой улыбки выполнено у 3 пациентов в возрасте от 28 до 34 лет с установленным Диагнозом: K07.5 – Челюстно–лицевая аномалия функционального происхождения.

Под аппликационной (Benzocaini 20%) и проводниковой анестезией Sol. Articaini hydrochloridi 4 % — 3,0 ml cum Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% — 1:200000 в области зубов 1.6 – 2.6 с вестибулярной стороны с применением лазерного излучения длиной волны 445 ± 40 nm проведен линейный разрез до надкостницы апикальнее мукогингивальной линии на 2 мм. Далее выполнен второй линейный разрез, сформированный на толщину эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки полости рта, расположенный параллельно первому разрезу и отдаленный от него на 15 мм. Расстояние в 15 мм определялось при равномерном натянутом положении верхней губы. Параллельные горизонтальные разрезы в области краев были соединены параллельными вертикальными разрезами. Таким образом был сформирован лоскут прямоугольной формы в виде полосы слизистой оболочки полости рта. С применением лазерного излучения длиной волны 445 ± 40 nm бесконтактным способом при импульсном режиме и мощности 0,7 W выполнено препарирование тканей в области подслизистого слоя с целью выделения прямоугольного лоскута. Края операционной раны сближали и соединяли синтетическим шовным материалом из политетрафторэтилена с толщиной нити 4–0. Рану ушивали наглухо узловыми швами с интервалом в 5 мм. По окончании хирургического вмешательства пациенты перорально принимали 400 мг нестероидного противовоспалительного средства – ибупрофен.

Аппликации геля «Пародиум» («Pierre Fabre», Франция) на линию швов назначали 2 раза в день после проведения индивидуальной гигиены полости рта курсом 7 дней. Во всех случаях наблюдения пациенты отмечали отсутствие необходимости в продолжении приема обезболивающих препаратов в срок более трех суток. В послеоперационный период пациентам строго рекомендовали воздержаться от откусывания пищи в течение трех месяцев. Швы снимали на 14–й день после даты операции.

Во всех случаях наблюдения эффект десневой улыбки был устранен.

Операцию вестибулопластики с целью уменьшения глубины верхнего свода преддверия полости рта целесообразно выполнять с применением лазерных технологий для предупреждения кровопотери, характерной для данного вида операций при использовании традиционных методов рассечения и препарирования мягких тканей полости рта. Бескровные манипуляционные условия создают оптимальный обзор операционного поля, позволяют повысить качество выполняемой процедуры и сократить продолжительность хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Rubinstein A.M., Kostianovsky A.S. Cosmetic surgery for a gummy smile. // *Prensa Med Argent.* 1973. – 60. – P. 952 – 954
2. Farista S., Yeltiwar R., Kalakonda B., Thakare K.S. Laser–assisted lip repositioning surgery: Novel approach to treat gummy smile. // *Journal of Indian Society Periodontology.* — 2017. — Mar. – Apr . — Volume 21. — № 2. — P. 164 — 168
3. Бурдукова О.А. Лазеры на красителях видимого спектрального диапазона с полупроводниковой накачкой. Дисс. ... канд. физ.–мат. наук. – Москва, 2021. — 122 с.
4. Moulton P.F., Cederberg J.G., Stevens K.T., Foundos G., Koselja M., Preclikova J. Optimized InGaN-diode pumping of Ti:sapphire crystals. // *Optical Materials Express.* — 2019. — Volume 9. — № 5. — P. 2131 — 2146
5. Etemadi A., Taghavi N.S., Hodjat M., Kosarieh E., Hakimiha N. Assessment of the Photobiomodulation Effect of a Blue Diode Laser on the Proliferation and Migration of Cultured Human Gingival Fibroblast Cells: A Preliminary In Vitro Study. // *Journal of Lasers in Medical Sciences.* — 2020. — Fall. — Volume 11. — № 4. — P. 491 — 496
6. Hatayama H., Inoue A., Kato J. Study on Use of Blue-violet Laser Diode Module as Dental / Oral Surgical Device. // *Journal Structural Engineering International: Technical Review.* — 2008. — April. — № 66. — P. 142 — 146
7. Palaia G., Pergolini D., D'Alessandro L., Carletti R., Del Vecchio A., Tenore G., Di Gioia C.R.T., Romeo U. Histological Effects of an Innovative 445 Nm Blue Laser During Oral Soft Tissue Biopsy. // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* — 2020. — Apr. — № 13. — Volume 17. – № 8. — P. 2651

MODERN METHOD OF PREPARATION OF CARIOUS CAVITIES FOR THE PREVENTION OF RECURRENT CARIES.

Sadriev Nizom Nazhmiddinovich

Assistant of the Department of Orthopedic Dentistry, Samarkand State Dental
University, Uzbekistan.

Email address: Zoma.krasav4ikn1@mail.ru

Introduction. Today, dentistry is developing very rapidly, that is, new dental technologies, new methods of treatment are being developed, and, accordingly, the knowledge, the horizons of dentists is expanding. However, some shortcomings in all areas of dentistry are still encountered. As an example, we can foresee the problems

that arise during the restoration of a hidden carious cavity according to Black of the second class in the direction of restorative therapy.

At the same time, available in the literature (E. Ioffe 2000) testify: the quality of treatment of the pathology of hard tissues of the tooth, the incidence of recurrent and secondary caries largely depend on the quality of the wall fixation of the filling.

Scientific research in the field of improving the treatment of caries of contact surfaces, in recent years, has mainly considered the problems of creating mechanical prerequisites for fixing a seal (E.B. Borovsky).

Research. Today, it is clear to all dentists that the final stage of the contact surface of the chewing teeth and the high-quality fixation of the filling do not always work out perfectly. Because polishing and grinding instruments in many cases do not fit into the interdental space and this prevents us from getting a smooth and polished surface. In order to find out and solve this problem, we conducted a study for one year among 54 patients in the scientific and educational practical dental center at the Tashkent State Dental Institute.

Purpose and methods. In our study, the main goal is to improve the effectiveness of therapeutic care for patients by comparing two methods: "Minimally invasive method" and "Prophylactic extension method".

Materials. During the restoration, we used different filling materials, drills, spreading and polishing, grinding tools, so that our results were not similar to each other. After the completion of each restoration, we fixed on the frame and at the end of the study compared them.

Tools. For polishing and grinding, we used a set of Identoflex rubber heads (Kerr), NTI Unigue, 3M ESPE grinding pins, Ultradent polishing brushes, Safe End grinding burs and other miscellaneous tools.

Conclusion. Our comparative studies have shown that the likelihood of secondary caries in the minimally invasive method is greater than in the prophylactic expansion method. Because some problems arose during the preparation according to the first method (difficult access to the gap with grinding and polishing instruments, not complete visual control). As a result, an underpolished tooth appeared and this led to the appearance of secondary caries in many patients. And in those patients who were filled using the second method, a smooth, well-polished surface was obtained and they did not have secondary caries.

PLANNING DENTAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH GOUT

Sadriev Nizom Nazhmiddinovich

Assistant of the Orthopedic Department
Samarkand State Dental University

Abstract: Over the past 30 years, dental implantology has developed rapidly as a separate discipline, which has opened up new opportunities for restorative dentistry, in particular, the boundaries have expanded in improving the quality of eliminating defects in the dentition. However, despite the successes achieved in dental implantation, the problems of reducing the number of complications after the installation of implants and increasing their service life remain relevant. A certain problem for the success of dental implantation may be the somatic pathology of patients, in particular gout. At the same time, inflammatory complications that have arisen after intraosseous dental implantation serve as a serious aggravating factor affecting the stability and safety of the implant, which creates unfavorable conditions for further orthopedic treatment (S.Yu.Ivanov, 2015). This situation is highly undesirable, since it jeopardizes the further functioning of the implant system and can lead to its premature loss.

Among the most common diseases, hypertension and gout should be noted, since, in the presence of this nosological unit, there is no consensus on the possibility of dental implantation. Gout is a violation of protein metabolism, in which the deposition of uric acid salts occurs in cartilage, joint membranes and skin. This disease develops from 30-50 years.

Gout is characterized by attacks of severe pain, fever, swelling and redness of the joints (due to severe pain it is difficult to walk and move), sleep disturbance and irritability. The joints of the fingers and toes, feet and hands are mainly affected. With repeated attacks in the area of the affected joint, gouty nodes containing uric acid salts are formed; chronic inflammation of the joint develops, leading to the destruction of cartilage and thickening of the ligaments, which deforms the joint, limits its mobility and often leads to ankylosing (joint fusion) with complete immobility.

When analyzing domestic and foreign scientific literature in order to compare contraindications to intraosseous implantation with gout, the following picture emerges

A group of Japanese scientists Nagao H, Tachikawa N et al, 2000 concluded that with a correct assessment of the general condition of the patient, dental implantation in patients with gout is possible.

Thus, the analysis of scientific literature on the use of dental implantation in patients with gout did not reveal a single point of view.

This was the reason for the start of research to identify more accurate criteria that determine the general condition of the patient and the local status of the oral mucosa and the musculoskeletal system, which will allow us to evaluate the possibility of using intraosseous dental implants in each specific case.

Purpose of the study. Clinical substantiation of the possibility of dental implantation in patients with gout based on the study of the immunological reactivity of the oral mucosa.

Materials and research methods. We carried out a clinical and laboratory examination of 42 patients with dentition defects who applied for dental treatment, aged 40 to 65 years. The structure of concomitant pathology included: hypertension - 27 (38%), gastric ulcer - 6 (8%), gout - 5 (7%). The study determined the density index-(PI,%). The control group included 24 practically healthy people of both sexes.

In the blood serum of the examined patients, the levels of calcium-regulating hormones were determined: parathyroid hormone (PTH), calcitonin (CTn), calcitriol (CTr). If the level of uric acid in the blood and tissue fluid exceeds 0.42 mmol / l (at a temperature of 37 ° C), there is a danger of urate crystallization. As markers of bone formation in the blood serum, we studied the level of osteocalcin (OCC) by ELISA using the N -MIDO steocalcin (Canada).

To process the obtained data, the methods of parametric and nonparametric statistics were used using the Statistica 6.0 program.

Results of the study and their discussion. To date, the most common somatic diseases in dental patients: hypertension, gastric ulcer, gout in the stage of compensation are considered a relative contraindication to dental implantation. The well-known reasons for the relative contraindication of dental implantation are: a reduced response to surgical intervention, impaired microcirculation in the tissues of the oral cavity, the possibility of developing local and systemic preoperative complications, and a decrease in general and local immunity. For the implantologist, the phenomenon of "rarefaction" or "discharge" is important.

**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ
КОМПЛЕКСНОЙ И МОНОТЕРАПИИ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА**
Садыкова Ольга Масловиевна, Кокшарова Дарья Олеговна, Гуляева
Светлана Федоровна

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

olastomat@yandex.ru

Повышение эффективности стоматологической помощи среди социально значимых слоев населения, в том числе пожилых людей, в настоящее время актуально, поскольку распространенность стоматологической патологии в старших возрастных группах стремится к 100 % [1]. Данная проблема особенно обостряется в теме съемного протезирования, которое нередко способствует возникновению воспаления слизистой оболочки области непосредственного контакта с протезом. Для пациентов геронтостоматологического профиля еще более усугубляют ситуацию повышенная повреждаемость слизистой оболочки полости рта и ксеростомия, обусловленные инволютивными изменениями, наличием коморбидной патологии, либо, как следствие побочного проявления приема гипотензивных препаратов, антидепрессантов или нейролептиков.

Учитывая вышеизложенное, мы провели опрос среди людей пожилого и старческого возраста (классификация ВОЗ и МОТ), по результатам которого 100% респондентов отдают предпочтение не лекарственным препаратам. В этой связи нами проведен обзор немедикаментозных средств и методов в стоматологической практике, исследованных в последние 5 лет.

Применение озона в медицине основывается на двух принципиальных подходах: 1) прямое действие, обнаруживаемое при наружном применении в виде дезинфекционной активности; 2) системный эффект вследствие индуцируемых озоном низких концентраций активных форм кислорода. В результате происходят регуляция вазодилатации и вазоконстрикции, активация энергетического обмена, модуляция окислительно-восстановительного гомеостаза, иммуномодуляция. Проявляются такие свойства как бактерицидные, фунгицидные, вирицидные.

Сравнивая данные показателей пациентов в группах, проводивших комплексное лечение возникших осложнений съемного протезирования, авторы выяснили, что применение озонотерапии в 4-5 раз снижает частоту развития воспалительной реакции [2].

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод лечения, основанный на применении светочувствительных веществ – фотосенсибилизаторов (фармакологический препарат, способный избирательно накапливаться в патологически измененных тканях) и света определенной длины волны.

Фотоцитотоксический эффект возникает в результате фотохимической реакции на мембране клетки, окрашенной фотосенситайзером [3].

По наблюдениям исследователей при сравнении эффективности медикаментозной терапии и физических методов лечения у пациентов с протезным стоматитом воспалительные признаки при воздействии ФДТ исчезали в 2,5 раза быстрее [4]. При оценке степени микробной контаминации

протезного ложа и зубных протезов также было отмечено снижение количества микроорганизмов, чем после применения «Нистатина». Следовательно, ФДТ имеет большую способность инактивировать бактерии, чем противогрибковые препараты.

Лекарственные препараты на основе продуктов пчеловодства воздействуют более физиологично, чем синтетические препараты. Активная стимуляция репаративных и иммунных процессов, фунгицидное и антимикробное действие апитерапии, являются эффективными в лечении воспалительных заболеваний слизистой полости рта, в том числе протезного ложа [5].

Так, при лечении пациентов, ранее занятых на производстве с вредными и опасными для здоровья факторами, в период адаптации к съемным протезам, после применения препарата на основе прополиса в комплексе с фито-препаратом наблюдали более положительную динамику [6].

Гирудотерапия в стоматологической практике - при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта - обоснована авторами с целью ускорения эпителизации элементов поражения, нормализации слюноотделения, что особенно важно при протезном стоматите у пожилых пациентов с явлениями ксеростомии. Эффективность гирудотерапии, по данным проведенного исследования, составила 91% [7].

Малая бальнеотерапия, как метод физиотерапевтического воздействия, оказывает влияние на различные стороны патогенетических механизмов патологического процесса и становится в один ряд с основными методами и средствами терапии. После экспериментов по выявлению и изучению свойств раствора на основе минеральной воды, нами проведены исследования группы пожилых пациентов с коморбидной патологией, обратившихся за помощью с проявлениями протезного стоматита.

Комплексное местное лечение с применением бальнеологического фактора оказало более эффективный и стойкий результат [8].

Известно, что при планировании лечения докторам необходимо учитывать возраст пациента, его мобильность, соматический статус, психическое здоровье, наличие противопоказаний к лекарственным препаратам, сложность манипуляций, отношение к предстоящему лечению. Поэтому исследования немедикаментозных средств и простых в проведении манипуляций продолжают набирать обороты.

Список литературы

1. Ахметов Е. М., Федоров В. Е., Бухкамер Н. Ю., Ахметов С. Е., Баранчук И. Ю., Токарев К. Н., Штоль А. И., Степаненко Е. В., Когут Н. Н., Семенюк В. М. Причины обращений пациентов за реставрациями съемных зубных протезов в период гарантийного срока // Институт стоматологии. – 2019. – № 2. – С. 32–35.
2. Керимова Г.Э., Мехмани И.Г., Бабаев Э.Э., Ашрафов Д.С. Эффективность озонотерапии при съёмном протезировании // Биомедицина (Баку). - 2021.- №4. – С. 30-33
3. Мишутина О.Л., Волченкова Г.В., Ковалева Н.С., Васильцова О.А., Фахрадова В.А. Фотодинамическая терапия в стоматологии (обзор литературы) // Смоленский медицинский альманах. – 2019. – №3. – С. 102-111.
4. РизаевЖ., Ирсалиев, Х., Ирханов, М., Ирсалиева, Ф. Винновационный метод лечения протезного стоматита // Stomatologiya. - 2019. - №1 (75). – С.16–18.
5. Красникова О.В., Сметанина О.А., Кондрашина О.В., Шабалин М.А., Дерюгина А.В., Хомутов А.Е. Влияние пчелиного яда на состояние тканей пародонта // Актуальные проблемы медицины. – 2019. - №. 2.- С. 235-243
6. Богданова А.А., Гонтарев С.Н., Котенева Ю.Н., Макова С.В. Применение методов и средств нетрадиционной медицины при реабилитации пациентов пожилого возраста с ортопедической патологией // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2020. - № 6. - С. 37-42.
7. Крайнов С. В., Попова А. Н. Гирудотерапия в стоматологической практике // Colloquium-journal. 2018. – №. 8-2. – С. 19-21
8. Садыкова О.М., Белоконова Н.А., Жолудев С.Е., Лелекова Р.П., Косарева М.А., Дьяконов Д.А. Критерии оценки состава и свойств

растворов, содержащих минеральные воды, для использования в геронтостоматологии. // Вятский медицинский вестник. 2020. № 1 (65). С. 46-52.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА БИО-ГЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПО ДАННЫМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Санакулов Жамшед Облобердиевич

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

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.

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

отсутствии 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.

Литература:

1. Бычкова Н.П., Скорикова Л.А., Волков В.А., Лапина Н.В. Динамика показателей Цепов Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических генерализованных заболеваний пародонта (обзор литературы). Пародонтология. 2005; 2: 3-6.
2. Ohba S., Wang W., Itoh S., Takagi Y. Acceleration of new bone formation by an electrically polarized hydroxyapatite microgranule / platelet-rich plasma composite. Rosenquist Acta Biomateriale. 2012; 8(5): 2778-2787

ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО_ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА

Селунина Анна Валентиновна, Морозова Елена Анатольевна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

E mail ann.medinst@gmail.com

Введение. Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний полости рта по-прежнему является актуальной, что связано с высокой распространенностью кариеса и его осложнениями. Применение излучения диодного лазера эффективно при лечении заболеваний полости рта благодаря широкому спектру лечебного действия. Преимуществом по сравнению с традиционным лечением является выраженный бактерицидный, противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект, сокращение сроков заживления ран и др. Представляет интерес оценить эффективность применения излучения диодного лазера у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями полости рта.

Цель работы. Повышение эффективности лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями полости рта при помощи диодного лазера.

Материалы и методы. Нами было пролечено 72 пациента в возрасте от 21 до 65 лет с острым гнойным периоститом верхней и нижней челюстей и позадиомолярным абсцессом. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе - 35 пациентов, которым вскрытие гнойного очага проводили диодным лазером с длиной волны 970 нм в импульсно-периодическом режиме мощностью 2,4; во 2 группе - 37 пациентов, которым периостотомию проводили скальпелем №15С. Эффективность лечения оценивали по данным клинических, микробиологических и иммунологических методов исследования.

Результаты. По данным клинических методов исследования у пациентов 1 группы наблюдали более раннее прекращение гнойной экссудации (медиана составила 2 суток) и более раннюю эпителизацию ран (медиана 8 суток) по сравнению со 2 группой, где медиана прекращения экссудации составила 3 суток, а эпителизации – 10 суток.

По данным микробиологического исследования раневого отделяемого, при использовании диодного лазера у пациентов 1 группы наблюдали выраженное снижение общей бактериальной обсемененности послеоперационной раны на 31% по сравнению с традиционным использованием скальпеля, на 7-е послеоперационные сутки снижение общего микробного числа достигало 18% по сравнению со 2 группой. По данным иммунологического метода исследования у пациентов 1 группы при использовании лазерного излучения наблюдали иммуномодулирующий эффект в виде понижения уровня Ил4 и повышения концентрации Ил 6 при неизменном уровне IgA. На 3-и сутки у пациентов при использовании диодного лазера отмечали выраженный рост уровня Ил4 и снижение уровня Ил 6 и Ig A, на 7-е сутки иммунологическая картина соответствовала активному репаративному процессу: концентрация Ил 4 продолжала расти, уровень Ил 6 оставался низким, а концентрация IgA возросла до исходной. Во 2-й группе наблюдали выраженную иммуносупрессию в виде снижения концентрации Ig A после разреза и традиционной обработки раны, которая оставалась низкой на протяжении 7 суток, а также незначительное повышение Ил4 и Ил6 на 3-и и 7-е послеоперационные сутки.

Заключение. Использование диодного лазера в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями полости рта способствует более быстрому купированию воспалительного процесса, более эффективному очищению раны, снижению риска послеоперационных осложнений по сравнению с традиционной методикой.

Литература.

1. Вырмаскин С.И. Оценка клинической эффективности применения лазерных технологий для санации полости рта при воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта у пациентов с сахарным диабетом I и II типа // Здоровье и образование в XXI веке. - 2020. - №12. – С.82-84

2. Тарасенко С. В. Влияние лазерного излучения с длиной волны 0,97 и 1,94 на регенерацию слизистой оболочки рта в эксперименте. / Тарасенко С. В., Шехтер А.Б., Минаев В.П., Морозова Е.А. и соавт. // Фотоника. - 2019. - Т. 13. № 1. - С.108-116

3. Тарасенко С. В. Результаты клинико-рентгенологического исследования эффективности сочетанного применения препарата гиалуроновой кислоты и диодного лазера при хирургическом лечении пациентов с хроническим пародонтитом / Тарасенко С.В., Тихонова Оксана Игоревна, Ашурко И.П. // Российский стоматологический журнал. - 2019. - №2. – С.64-68

4. Трунин Д.А. Опыт использования диодного лазера в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Трунин Д.А., Вырмаскин С.И., Афанасьев В. В. // Здоровье и образование в XXI веке. - 2021. - №5.- С.122-128

СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Жуматов Уразмат Жуманович

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Минздрава РУз

[E-mail. urazmatjumatov@gmail.com](mailto:urazmatjumatov@gmail.com)

В настоящее время не вызывают сомнения, что каждые практикующие врачи-стоматологи осознают необходимость помощи своим пациентам в области профилактики кариеса зубов и болезней пародонта. Однако, остаются спорными вопросы по поводу того, какие из существующих наибольшую медицинскую эффективность и должный найти свое применение в практическом здравоохранении в государственных и платных лечебно-профилактических учреждениях.

Для решение этих вопросов ещё в 1998 году прошлого столетия Всемирной Организацией Здравоохранения и Ассоциацией стоматологического образования Европы были предложены три основополагающие ценности как этическая основа «Здоровье для всех в 21-ом столетии».

-Здоровье как одно из важнейших прав человека;

-Справедливость в вопросах здоровье и его охраны, и действенная солидарность стран, групп и контингентов люде внутри стран и представителе обоих полов;

-Участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней подотчетность отдельных людей, групп, несения, учреждений и организации.

Коммунальная стоматология происходит от английского Community Dentistry (Community-общество; Dentistry-зубоврачевание или стоматология). Близким по значению является термин «общественная стоматология» (Public Health). В сегодняшний день это приближается к меркам «организация стоматологической помощи населению», которая является частью коммунальной стоматологии. Предмет коммунальная стоматология в мире преподается на всех факультетах университетского уровня образования, и, соответственно, врачи стоматологи в достаточной степени подготовлены в этой области знаний.

Коммунальная стоматология включает:

- эпидемиологию стоматологических заболеваний;
- планирование профилактики стоматологических заболеваний на коммунальном (общественном) уровне;
- планирование стоматологической помощи и оценка её эффективности.

Исхода из этого соображения коммунальную стоматологию в условиях Узбекистана можно трактовать как науку изучающую эпидемиологию стоматологических заболеваний, стоматологическое здоровье общества, методы планирования коммунальных программ профилактики, стоматологический помощи и обеспечения здоровья несения, а тагже методы оценки эффективности общественных программ.

Всё это должны дать сегодняшним врачам стоматологам мотивированное направление на владение методами научно обоснованного планирования лечебно-профилактической стоматологической помощи населению и оценок её эффективности (1,2,3).

Поэтому мы предлагаем, что сегодняшние врачи стоматологи с учетом более серьёзной активизации развития современных произвенно – промышленных предприятий в Узбекистане и соатвентвущим образом и условия жизни населения они, как нам кажется, **должны знать следующие**;

- тенденция заболеваемости кариесом зубов в Узбекистане (тем более в своем регионе) и мире;
- общественную и альтернативные системы стоматологической помощи на коммунальном уровне;

- современные методы эпидемиологических исследований стоматологических заболеваний;
- составляющими ситуационного анализа в стоматологии;
- основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне;
- национальные и международные критерии оценки качества стоматологической помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях;
- критерии оценки эффективности коммунальных программ профилактики.

В последующем врачи стоматологи **должны уметь:**

- планировать массовые стоматологические исследования населения;
- провести игровой ситуационный анализ;
- на основе игровых данных разработать программу коммунальной профилактики;
- составить список более современных стоматологического оборудования, материалов и медикаментов для организации эффективного в эргономическом отношении рабочего места стоматолога;
- приготовит и использовать научно обоснованные материалы воспитания здорового образа жизни;
- оценить качество лечебно - профилактикой помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях;
- разработать план игровой поисковой научной работы;
- провести статистическую обработку собственных или игровых материалов;
- предложить оптимальный вариант разрешения профессиональной этической проблемы;
- составить вопросник для врачебной оценки образа жизни пациента;
- оценить уровни стоматологической помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях.

Следует подчеркнуть, что с учетом сегодняшних промышленно-производственных перестроек в нашей Республике для эффективного использования коммунальной стоматологии в промышленно-производственной сфере, врачу стоматологу **необходимо исходный знания и умения по следующим вопросам:**

- методы системной и местной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта;
- методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний;

- санитарно-гигиенический нормы окружающей среды, воды и пищи;
- законодательство страны о здравоохранении;
- организация лечебно-профилактической работы;
- штатные нормативы;
- медицинская статистика;
- производственная, профессиональная, коммунальная, социальная гигиена и гигиена труда.

В заключении мы считаем, что внедрение в практику системы стоматологического здравоохранения населения всех вышеперечисленных высказываний несомненно приведут к резкому снижению частоты основных стоматологических заболеваний как кариес зубов, близни пародонта и слизистой оболочки полости рта среди населения Узбекистана и к долгосрочной стабилизации стоматологического статуса населения.

Список литературы

1. Боровский Е.В. и соавт., Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения. Методические рекомендации. Москва, 2015, 24 с.
2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Москва, 2003, 214 с.
3. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест, 2021, 284 с.
4. Oral Health Survey. Basic methods. 4 th edition. World Health Organization. Jeneva, 1998, 42 p.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 2940 ПРИ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Сологова Диана Игоревна, Тарасенко Светлана Викторовна,
Петухова Марина Михайловна**
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет),
кафедра хирургической стоматологии Института стоматологии имени
Е.В. Боровского, г. Москва, Российская Федерация
sologova.diana@yandex.ru

Введение. Операция удаления третьих моляров нижней челюсти является часто проводимой врачебной манипуляцией в стоматологической хирургической практике [4]. В связи с высокой травматичностью данного хирургического вмешательства возникает необходимость поиска малотравматичных технологий для удаления зубов мудрости нижней челюсти.

Современная медицина стремится обеспечить малоинвазивное хирургическое вмешательство, тем самым, обеспечив более комфортное течение послеоперационного периода для пациента. С этой целью целесообразно использовать лазерные технологии [3].

Цель. Систематизировать современные данные научной литературы по применению эрбиевого лазера с длиной волны 2940 nm при удалении третьих моляров нижней челюсти.

Объекты и методы. Литературный обзор сформирован на основании результатов исследований, проведенных в период с 2011 года по настоящее время. Поиск научной литературы осуществлен по базам данных PubMed, Cochrane library и Cyberleninka с использованием ключевых слов: Erbium laser, Er:Yag laser, third molar, extraction.

Результаты. По данным научной литературы, с целью абляции слизистой оболочки полости рта и костной ткани в клинической стоматологической практике широко используется эрбиевый лазер с длиной волны 2940 nm. Преимуществом эрбиевого лазера с длиной волны 2940 nm является его универсальность, отсутствие коагуляции препарированных тканей, сохранение микроциркуляции в прилежащих тканях, что улучшает репаративный процесс в области раневой поверхности в послеоперационный период и обеспечивает регенерацию тканей без образования рубца [1]. Среди лазеров, используемых в стоматологической практике, эрбиевый лазер с длиной волны 2940 nm имеет наибольшую степень поглощения водой, за счет чего минимизируется термический эффект на окружающие ткани и практически отсутствует их карбонизация [2, 3]. Фототермическое действие лазерного излучения длиной волны 2940 nm проявляется дезинфицирующим эффектом: бактерии подвергаются денатурации и инактивации. Благодаря способности эрбиевого лазера обеззараживать операционное поле в процессе хирургического вмешательства, снижается риск послеоперационных осложнений, что является значительным преимуществом в процессе регенерации послеоперационных ран [2]. Лазерное излучение длиной волны 2940 nm в меньшей степени поглощается гемоглобином и вызывает незначительный гемостатический эффект, что обеспечивает достаточное кровоснабжение в области хирургической раны и создает условия для качественной эпителизации линии операционного разреза слизистой оболочки полости рта. При удалении третьего моляра нижней челюсти с помощью эрбиевого лазера послеоперационная боль, отек и мышечная контрактура выражены в значительно меньшей степени при

сравнении с традиционным методом удаления зуба [4].

По данным результатов систематического обзора и мета-анализа, проведенного Pedro Henrique da Hora Sales и коллегами в 2021 году, была выявлена высокая эффективность использования эрбиевого лазера при удалении третьих моляров в области нижней челюсти за счет значительного уменьшения выраженности послеоперационной боли и коллатерального отека мягких тканей, а также низкого риска возникновения послеоперационных осложнений при сравнении с традиционными методами удаления зубов мудрости [5]. Лазерное излучение обеспечивает точную абляцию костной ткани, бактерицидный эффект и минимальную термическую нагрузку в области операционной раны, что приводит к минимальному риску возникновения послеоперационных осложнений.

Основным недостатком применения эрбиевого лазера при операции удаления зуба является увеличение продолжительности хирургического вмешательства [5].

Заключение. Представленный анализ обзора литературных данных позволяет сформулировать вывод, что эрбиевый лазер с длиной волны 2940 нм является оптимальной и перспективной альтернативой стандартным методам операции удаления третьих моляров нижней челюсти.

Список литературы.

1. Alfergany M.A., Nasher R., Gutknecht N. Antibacterial effect of using the Er:YAG laser or Er,Cr:YSGG laser compared to conventional instrumentation method — a literature review. // *Lasers in Dental Science*. — 2017 2:1. — 2017. — Volume 2. — № 1. — P. 1 — 12

2. Aoki, A., Mizutani K., Schwarz Frank., Sculean A., Yukna R.A., Takasaki A.A., Romanos G.E., Taniguchi Y., Sasaki K.M., Zeredo J.L., Koshy G., Coluzzi D.J., White J.M., Abiko Y., Ishikawa I., Izumi Y. Periodontal and peri-implant wound healing following laser therapy. // *Periodontology 2000*. — 2015. — Volume 68. — № 1. — P. 217 — 269

3. Bailey E., Kashbour W., Shah N., Worthington H.V., Renton T.F., Coulthard P. Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2020. — Volume 2020. — №7.

4. Panduric D.G., Juric I.B., Music S., Molčanov K., Sušić M., Anić I. Morphological and ultrastructural comparative analysis of bone tissue after Er:YAG

laser and surgical drill osteotomy // Photomedicine and laser surgery. — 2014. — Volume 32. — № 7. — P. 401 – 408

5. Sales P. H. da H., Barros W.A., Silva P.G. de B., Vescovi P., Lescao C.J. Is the Er: YAG Laser Effective in Reducing Pain, Edema, and Trismus After Removal of Impacted Mandibular Third Molars? A Meta-Analysis. // Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. — 2021. — Apr.

СТИМУЛЯЦИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич

д.м.н., профессор кафедры детской челюстно-лицевой хирургии,
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Сапарбаев Миржалол Кахрамонович

базовый докторант кафедры детской челюстно-лицевой хирургии,
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

Введение. В практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, 40,6% операций в условиях амбулаторного приема, составляют операции по поводу радикулярных кист челюстей (В.П.Лошкарев, Е.В.Баученкова, 2019). Основным методом оперативного лечения кист по мнению некоторых авторов (Б.Д.Ботбаев, 2016.), остается цистэктомия. Однако после удаления околокорневых кист остаются костные полости, которые снижают прочность челюстных костей и могут вызвать функциональные и эстетические нарушения (Ю.В.Ефимов, 2018). Использование остеопластических материалов для замещения дефектов челюстей после цистэктомии, преследует цель оптимизации условий регенерации костной ткани в области дефекта и предотвращения осложнений, связанных с распадом кровяного сгустка и вторичным инфицированием костной раны.

Цель. Повысить эффективность лечения больных с радикулярными кистами челюстей, используя отечественные остеопластические материалы для заполнения дефектов после цистэктомии.

Материал и методы исследования. В нашей работе рассматривалось оперативное лечение кист челюстных костей размерами до 3-х см. Было обследовано и прооперировано 42 пациента в возрасте от 3 до 18 лет, 25 девочек, 17 мальчиков. Все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа - 19 пациентов, у которых костная рана заживала под кровяным сгустком;

2 группа - 23 пациента, которым костную полость заполняли материалом BOSS.

Результаты исследования В результате клинических исследований было установлено, что костный дефект, после хирургического лечения больных с радикальными кистами челюстей методом цистэктомии, без заполнения послеоперационного дефекта остеопластическими материалами (1- контрольная группа), через 6 и 12 месяцев после операции значительно уменьшается в размере, но полного восстановления костной ткани не происходит. Данные клинического и рентгенологического исследования в контрольной группе показали, что проведение традиционного оперативного вмешательства - цистэктомии при кистах челюстей, приводит к восстановлению костной ткани в области дефекта, однако этот процесс протекает медленно.

У 23 больных (2 группа), дефект костной ткани после цистэктомии заполняли материалом BOSS. Данные традиционного и цифрового рентгенологического исследования свидетельствуют о значительном ускорении регенерации костной ткани у больных, с заполнением послеоперационного дефекта материалом BOSS. Уже к 3 месяцу костный дефект заполнялся костными балочками. К 6 месяцам костный дефект на 2/3 заполнялся костной тканью, полное восстановление костной ткани наступало к году.

Вывод. Использование остеопластических материалов для заполнения костного дефекта после цистэктомии радикальных кист значительно ускоряет регенерацию костной ткани. Подытожив все вышесказанное, можно утверждать, что заполнение костных дефектов после удаления радикальных кист современными костнопластическими материалами обеспечивает профилактику вторичного инфицирования раны, ускорение регенерации ткани в области дефекта, восстановление формы и функции челюстей.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА.

Ортикова Наргиза Хайруллаевна, Ризаев Жасур Алимджанович

Самаркандский государственный медицинский университет

ortikovanargiza2020@bk.ru

Цель: определить факторы стоматологической тревожности при лечении стоматологических заболеваний у детей.

Материалы и методы исследования: Для выполнения поставленных задач проведено психоэмоциональное обследование детей-пациентов в возрасте от 6 до 15 лет, обратившихся за стоматологической

помощью, для выявления причин тревожности послужили психологические и физиологические показатели пациентов, биомаркеры стресса, содержащиеся в слюне, показатели распространенности кариеса, интенсивности кариеса и гигиенического состояния полости рта пациентов. Используются клинические, биохимические, статистические методы и нейропсихологическое тестирование. Исследование смешанной слюны при лечении стоматологических заболеваний в качестве биоматериала представляется интересным из-за близости к месту поражения и как не инвазивный метод исследования.

Результаты: Было установлено, что у детей выявлена стрессовая реактивность на амбулаторном стоматологическом приеме. Практически реализован порядок действий по выявлению психоэмоционального статуса пациента на детском амбулаторном стоматологическом приеме. Впервые в Узбекистане апробирован персонифицированный подход комплексного лечения с применением нефармакологического и фармакологического методов коррекции психоэмоционального напряжения детей на амбулаторном стоматологическом приеме.

Заключение: Таким образом, полученные результаты тестирования и биохимические методы во время стоматологического приема, доказывают, что стоматологическая тревожность перед посещением-это клинические проявления стрессовой реакции организма. Поэтому успешное оказание стоматологической помощи возможно при персонифицированном подходе к каждому пациенту, с учетом особенностей его психологического статуса. Выявление стоматофобии и определение степени тяжести позволит выработать тактику стоматологического лечения, проводить лечебно-профилактическую работу. Поэтому важно, чтобы персонал стоматологического кабинета или поликлиники знали о том, как их поведение или общение перед стоматологическими манипуляциями может повлиять на детей.

Литература:

1. Dogan MC, Seydaoglu G, Uguz S, et al. The effect of age, gender and socio-economic factors on perceived dental anxiety determined by a modified scale in children. *Oral Health Prev Dent.* 2006;4:235–41
2. Hallberg U, Camling E, Zickert I, et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent Br Paedod Soc Int Assoc Dent Child.* 2008;18:27–34

3. Health and Social Care Information Centre. Children's dental health survey 2013 report 1: attitudes, behaviours and children's dental health: Health and Social Care Information Centre; 2013
4. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. Med Princ Pract. 2014;23:295–301.
5. Bernson JM, Elfstrom ML, Hakeberg M. Dental coping strategies, general anxiety, and depression among adult patients with dental anxiety but with different dental-attendance patterns. Eur J Oral Sci. 2013;121:270–6

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ТГСИ ЗА 2021-2022 ГГ.

Шомуродов К.Э. Якубов Ш.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. На сегодняшний день проблема лечения травм ЧЛО, в частности переломов нижней челюсти (ПНЧ), является актуальными, ввиду их значительной частоты и трудностей в выборе оптимальной тактики ведения (1,2). ПНЧ относятся к числу наиболее тяжелых повреждений лица и челюстей и составляют 75-90% [2]. Осложнения ПНЧ связаны с различными факторами и, в частности, видом, тяжестью перелома, сроком оказания помощи пострадавшим, качеством проводимого лечения и др.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 527 больных с ПНЧ, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии ТГСИ с января 2021 года по декабря 2022 года.

Результаты: От общего количества больных, проходивших лечение в этот период в стоматологическом стационаре (1873), больные с переломами нижней челюсти составили 28,14%. От общего числа пострадавших с травмой челюстно-лицевой области (982), 53,6% составили больные с повреждениями нижней челюсти. Среди всех повреждений костей лицевого скелета (527) переломы нижней челюсти наблюдались в 53,7% случаев. Чаще повреждения нижней челюсти встречаются у мужчин, чем у женщин. Так, мы наблюдали 490 мужчин и 37 женщин, соотношение между этими группами составило 13:1, что необходимо учитывать при организации стационарных палат.

Основным методом лечения явилось наложение проволочных шин с зацепными петлями – 486 случаев, что составило 81,7%. У 96 больных (18,2%) произведены различные виды остеосинтеза.

У 8 больных (8,3%) остеосинтез проводили через 7 суток после получения травмы: это можно объяснить тем, что в течение данного времени осуществлялись попытки лечения больных в других лечебных учреждениях консервативными методами, поздними сроками обращения самих больных за специализированной медицинской помощью.

Нагноение костной раны при шинировании встречается реже, чем при остеосинтезе на 0,8%, острый остеомиелит на 7,7%, гнойные процессы в мягких тканях на 1,4%.

Выводы. Хронический остеомиелит, как осложнение позднего периода, при остеосинтезе наблюдается чаще, чем при шинировании на 1,8%, замедленная консолидация отломков на 4,6%, нарушение прикуса на 3,5%. При наложении костного шва восстановление ширины открывания рта идет значительно медленнее. При использовании проволочных шин с зацепными петлями восстановление степени открывания рта происходит быстрее, чем при наложении костного шва, но медленнее, чем при остеосинтезе аппаратами. Определение силы жевательного давления.

BIOCHEMICAL ANALYZES OF HERPETIC STOMATITIS DURING PREGNANCY

Yuldasheva N.A.

It should be noted that three main immunological mechanisms of fetal rejection are indicated in the literature: the effect of symmetrical cytotoxic antibodies, the Th1-dependent pathway of the immune response, Th2-mediated cellular reactions, and the embryo-destructive effect of natural killers (NK). According to the majority of authors, the immunological mechanisms of preserving pregnancy and protecting the embryo consist in the formation of asymmetric blocking antibodies that do not have a high affinity for fetal antigens and do not cause activation of cytotoxic reactions.

Material and research methods

76 pregnant women were examined, the control group consisted of 14 healthy women of reproductive age. The average age of the examined persons was from 18 to 26 years. Dental status was examined using dental indices in the first, second and third trimesters of pregnancy. In this case, the KPU caries index, the Green-Vermillion oral hygiene index (OHI-S), the PMA papillary-marginal-alveolar index and the CPITN periodontal index were used. In all pregnant women in all periods of gestation (I-

trimester (8-12 weeks), II-trimester (16-24 weeks) and III-trimester (27-38 weeks) of the gestational period, oral fluid was collected using the methods of N. A. Terekhina, Yu.A. Petrovich et al. (2010).

Research results

The analysis of the obtained results of the studies presented showed a peculiar dynamics of the level of IL-10 in the oral fluid and blood serum in pregnant women with mild CGP, which was noted in 72% of the women examined by us. So, significant changes in the content of IL-10 were noted in healthy pregnant women, as well as in pregnant women with CGP at various times of the gestational period. In our opinion, high levels of IL-10 in the blood serum are aimed at maintaining pregnancy and increasing not only humoral immunity, but also hormonal status, which is associated with the fetoplacental complex.

Conclusions

Pregnancy complicated by herpetic stomatitis is accompanied by a decrease in the level of IL-10 in the oral fluid, more pronounced in the II trimester of the gestational period.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AFTER CORONAVIRUS INFECTION COVID 19

Rustamov Aslanbek

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Recent studies of the pathogenesis of lesions of the oral mucosa (SOPR) indicate the importance of microcirculatory disorders in the pathogenesis of chronic generalized periodontitis (CGP). Depression of the microcirculatory system corresponds to the progression of periodontitis, and normalization of microcirculation and hemodynamics during treatment promotes regeneration of periodontal tissues (Sabantseva E.G., 2005; Belokopytova V.V., 2002).

A study of 26 patients (18 women and 8 men) aged 32-65 years who underwent the COVID-19 procedure was conducted at the Department of Therapeutic Dentistry of the Samarkand State Medical University Clinic.

The patients were divided into two groups: 1 experimental group - 14 patients; 2 control group - 12 patients. Patients of experimental group 1 underwent periodontal disinfection with Decosan solution. Local treatment consisted in applying Metrogildent gel to the marginal surface of the gum 3-4 times a day. Submucosal

injections of 2 ml of Delinate were carried out every second day for 5-6 procedures. In control group 2, periodontal antiseptic treatment with 1.0% chlorophyllipt solution and local application of Munzisal gel were performed.

In patients with HCG after treatment with Covid 19, the heart rate in the lesions increased statistically significantly compared to the mucosa of healthy people by 45.0-34.15%, the variability of erythrocyte flow σ by 38.1-42.9%, the coefficient of variation Kv by 54.0-56.6% and the fluctuation index IFM by 50.4-53.3% in ($P<0.01$). These changes indicate stagnation in the venous part of the microcirculation and a decrease in perfusion of tissue blood. In our institute, after treatment, positive dynamics of microcirculation was observed: according to LDF-metry, the level of capillary blood flow after treatment decreased by 30.8% ($P<0.01$) in the experimental group and by 26.3% ($P<0.01$) in the control group compared with the indicators before treatment. The proof is as follows. The standard deviation (σ) and coefficient of variation (Kv) of erythrocytes increased by 66.67% in the experimental group and by 34.62% in the control group, 113.0% and 111.3%, respectively, without a significant difference ($P<0.05$) with the values in healthy people. An increase in the flow movement index (IDP) by 108.1% in the experimental group and 51.5% in the control group indicates the restoration of balance between active and passive mechanisms of blood flow regulation and the predominance of vasomotor rhythm. The BCI values in the experimental group did not significantly ($P<0.05$) differ from those of the healthy control group ($P<0.01$) and from those before treatment in the control group.

Conclusion Thus, the results obtained during the examination of COVID-19 patients establish the necessity and expediency of including Derinat drugs in therapy, which have an effective effect on the periodontal condition and contribute to the reduction of microcirculatory disorders. The use of Derinate in the combined treatment of chronic generalized periodontitis affects an important link in the development of microcirculatory disorders.

References:

1. Malyshev M.E., Shvetsov M.M., Iordanishvili A.K. Features of oral care in the treatment of periodontitis in patients who have undergone a new coronavirus infection COVID-19. Medical alphabet. 2022;(22):21-26. (In Russ.)
2. Gomes-Filho, I.S., Cruz, S.S.D., Trindade, S.C., Passos-Soares, J.D.S., Carvalho-Filho, P.C., Figueiredo, A.C.M.G., Lyrio, A.O., Hintz, A.M., Pereira M.G., & Scannapieco, F. Periodontitis and respiratory diseases: A systematic review with meta-analysis. Oral Diseases. 2020;26(2):439–446.

RISK FACTORS FOR IMPLANTS

Rustamov Aslanbek

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Numerous studies of inflammatory complications have revealed a number of risk factors for their development (smoking, osteoporosis, poor oral hygiene, age, background pathology).

This clinical study was conducted at the Department of Orthopedics and Dentistry of the Samarkand State Medical University. To study the clinical risk factors for inflammatory complications of dental implants, a "Clinical assessment map of patients with dental implants" was developed. The map contains 33 items, including anamnesis and objective examination of the patient, the conclusions of interdisciplinary examinations, the results of X-ray examinations and densitometry. A retrospective analysis of the implantation results was carried out.

The results of implantation of 400 patients who were fitted with endossal implants due to tooth loss were analyzed. The majority of patients were women (269 = 65.0%). Results: during the study, it was possible to identify features that differ in frequency of occurrence in patients with and without the formation of inflammatory complications, and to develop a system for predicting the course of the disease. A comparative assessment of the informative value of the parameters in the compared subgroups of patients was carried out using the Kulbak scale. As a result of the analysis, a multiple regression equation was obtained that allows calculating the probability of developing inflammatory complications of the implant: $Y = -0.9614 + 0,4669X1 + 0,3378X2 + 0,02966X3 + 0,2259X4 + 0,1315X5 + 0,04639X6 + 0,1316X7$.

According to the coefficients obtained, all of the above factors contribute to an increase in the risk of inflammatory complications of dental implants: an increase in X1 (age) by 1 unit increases Y by an average of 0.467 units; an increase in X2 (frequency of body lesions) by 1 unit increases Y by an average of 0.338 units; an increase in X3 (smoking) by 1 unit increases Y in an average of 0.0297 units; an increase in the number of implanted teeth by 1 unit increases Y by an average of 0.347 units; the equation shows that the patient's age had the greatest influence on the development of complications. An increase in the number of implanted teeth (X4) by one unit increases Y by an average of 0.226 units, and an increase in X5 (anatomotopography) by one unit increases Y by an average of 0.132 units. An increase by one unit of the indicator (a decrease in oral hygiene due to the value of the ONI-S index) increases Y by an average of 0.0464 units, and an increase by one unit of the CPITN index (X7) increases Y by an average of 0.132 units. The statistical

significance of the equations was verified using the coefficient of determination and the Fisher criterion. The results show that 88.2% of the total variability of Y is explained by changes in factor X_j in this study situation. The model parameters were also found to be statistically insignificant.

References:

1. Mombelli A., Lang N.P. Antimicrobial treatment of peri-implant infections. Clin Oral Implants Res. 1992;3:162–168.
2. Renvert S., Aghazadeh A., Hallstrom H., Persson G.R. Factors related to peri-implantitis - a retrospective study. Clin Oral Implants Res. 2014;25:522–529.

TYPES OF FACE IN YOUNG PATIENTS WITH DISTAL OCCLUSION OF TEETH

Khaydarov Ulugbek

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

It is well known that ossification of the alveolar bone can lead to negative changes in the facial composition. However, anomalies of the alveolar bone in many cases can also affect the aesthetics of the face. Successful orthodontic treatment means not only achieving the goal of correcting the anomaly in terms of morphofunctional norms of teeth and face, but also patient satisfaction with the result of treatment. Distal occlusion of the dentition occupies the first place as a structural expression of occlusive anomalies in the population. Symptomatic treatment of distal occlusion is performed in persons with full growth of the facial skeleton. The approach to treatment is determined by the degree of size disproportion, the position of the jaw bone, the ratio of distal teeth, the amount of sagittal displacement of teeth in the frontal region and the presence of concomitant dental pathology. Orthodontic treatment protocols should include data on changes in the structure of the face, as well as on the main mechanism of treatment, duration of treatment and retention period. An open clinical trial was conducted, which included 48 patients aged 18-35 years (average age 22.5 ± 1.58 years). Criteria for inclusion in the study: distal occlusion of the dentition (class II, first division according to Engl), severity I-III with ANB angle values from 2° to 8° [1, 2], no violation of the continuity of the dentition. Exclusion criteria: skeletal morphology of distal occlusion of class III teeth with an angle of ANB $> 8^\circ$ (subclass Engl.1), subclass Engl.2, primary or secondary defects of teeth, secondary deformities of teeth, morphofunctional disorders TMJ.312 The type of profile was determined by careful photographic examination of the patients' faces (women - 29 patients, men - 19 patients). 312 patients) evaluated the

pg-sn angle (according to Burston), the gl-sn-pg angle relative to the EN-DT line (according to Ricketts), the nasolabial complex in profile and the position of the lips [3]. The patients were divided into three groups: - group 1 - patients with alveolar morphology of distal dental occlusion (n=18); - group 2 - patients with maxillary morphology of distal dental occlusion with anterior location of the upper jaw (n=16); - group 3 - patients with maxillary morphology of distal dental occlusion with posterior location lower jaw (n=14). Statistical data analysis was carried out using the Stata/MP v.13.0 for Windows package (StataCorp LP, USA). The nasolabial complex was characterized by a slight predisposition of the upper lip to the Burston and Ricketts lines and a tendency to protrude the lower lip to the sn-pg plane. In patients with gnathic form of distal occlusion of teeth, regardless of maxillary or mandibular etiology (observation groups 2 and 3), a convex face configuration was diagnosed in all cases. In observation groups 2 and 3, the position of the upper and lower lips was determined as anterior to the lines sn-pg and EN-DT. However, it should be noted that during the retraction of the lower jaw, the most noticeable point of the red edge of the lower lip is located more mesially to the aesthetic plane of Ricketts

References:

1. Phan X.L., Schneider B.J., Sadowsky C., BeGole E.A. Effects of orthodontic treatment on mandibular rotation and displacement in angle class ii division 1 malocclusions // *Angle Orthod.* – 2004. – Vol. 74, № 2 – P. 174–183. 30.
2. Ramires-Vanez G., Sidlauskas A., Junior E. Dimensional changes in dental arches after treatment with a prefabricated functional appliance // *The J. of Pediatric Dentistry.* – 2007. – Vol. 31, № 4. – P. 279–283.

COMPLICATIONS OF MEDIAL FACIAL COVID19 IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Khaydarov Ulugbek

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

The clinical picture was different from the usual jaw infection, in which necrosis of the bone and surrounding soft tissues prevailed. Almost all of the patients were elderly and had concomitant diseases, such as diabetes mellitus.

The material for this study consisted of clinical X-ray examination and treatment of nine patients with necrosis of the tissues of the middle part of the face after COVID-19, aged 56 to 72 years, complicated by type 2 diabetes mellitus. Of these, eight are men and one is a woman. Examination methods included clinical examination, X-ray diagnostic methods (MSCT) and morphological examination of the affected tissues of

the middle zone of the face. Patients complained of soft tissue necrosis and bone loss of the alveolar process and palate, accompanied by tooth loss. They also complained about the connection between the oral cavity, the maxillary sinus and the nasal cavity. Anamnesis showed that everyone had type 2 diabetes mellitus for 6-12 years, which was treated by an endocrinologist as prescribed by a doctor. Examination showed necrosis of the soft tissues of the maxillary anterior teeth and omission of the alveolar process, and MSCT showed limited destruction of the maxillary alveolar process with indistinct boundaries. The second group included two patients with lesions of the alveolar process and the palatine plate of the upper jaw with unilateral or bilateral perforation of the maxillary sinus or nasal cavity. Patients of this group complained of difficulties with feeding due to ulceration of the anterior, distal and hard palate of the upper jaw. Penetration of liquid food into the nasal cavity. Halitosis and nasal discharge. Flexion of the alveolar process, with displacement and loss of teeth. On examination, changes in the alveolar process are similar to changes in the first group, spread to the distal part of the upper jaw and palatine plate, with perforation of the bottom of the sinus and nasal cavity. The blood test showed an increased sedimentation rate of 48-60 mm/h, ALT 20-152 u/l, AST 21-138 u/l and blood glucose 10.5-13.3 mmol/l. Changes in these indicators indicate systemic intoxication associated with inflammation of the tissues of the middle zone of the face, increased blood glucose levels and dysfunction of the toxin filtration system. Morphological examination revealed patterns of leukemic putrefaction, avascular necrosis, microthrombosis, polychromatic erythrocytes, myocyte necrosis and destruction of bone structure.

These complications with necrosis of the upper jaw and surrounding anatomical areas may be due to varying degrees of thromboembolism of the maxillary artery and its branches against the background of diabetes mellitus and the adverse effects of local therapeutic manipulations during inpatient treatment. All patients of group 1 underwent necrotomy with closure of the defect with local tissues. In groups 2 and 3, necroectomy was performed with plastic separation of the oral cavity from the nasal cavity and maxillary sinus. Postoperative wounds healed in four patients with primary tension and in five with secondary tension. Currently, reconstructive surgery is planned to create optimal anatomical conditions for the manufacture of prostheses that will restore the shape of deformed parts of the dentition and the middle zone of the face.

References:

1. Grant WB, Lahore H, McDonnell SL, Baggerly CA, French CB, Aliano JL et al. Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and

- COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*. 2020;12(4):988. doi:10.3390/nu12040988
2. Barnett JB, Hamer DH, Meydani SN. Low zinc status: a new risk factor for pneumonia in the elderly? *Nutr Rev*. 2010;68(1):30–37. doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00253

CURRENT STATE AND PROBLEMS OF COMPUTER DIAGNOSTICS OF CHILDREN WITH SECONDARY DEFORMITIES OF TEETH

Jalolov Sharifjon

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Among dental diseases in children, dental caries prevails, which is the main cause of the loss of temporary teeth, and its complications. According to Russian researchers, the prevalence of early dental caries is steadily increasing with age: from 20% in children aged 1 year to 75% in children aged 3 years. At the age of 1-2 years, some children have already had their teeth removed.

The prevalence of alveolar abnormalities is an important indicator of the dental health of children and adolescents in the region: almost every second child under the age of 14 and every third adult needs orthodontic treatment. Computer diagnostics in the treatment of patients with early loss of baby teeth includes OPTG, TRG and 3D X-ray examination of the dimensions of the lower jaw body, mandibular branches and angles, the relationship of dentition, the state of the maxillary sinus, the position of the TMJ elements, anterior and lateral alveolar jaw height, the degree of incisor overlap and asymmetry of the left and right halves of the face. Boys with early loss of baby teeth were examined using diagnostic tests of TRG, OPTG and 3D X-ray.

The material for the study was the results of dental examination of 57 children aged 6-12 years, including 30 (53.6%) girls and 27 (47.3%) boys.

Orthopantomography and telereöntgenography of the lateral projection of the head were used in the study. For orthopantomograms, a SIEMENS X-ray machine with a dose of 76 kW, an exposure of 19 seconds and an exposure time of 6-8 minutes was used.

Patients were divided into three groups depending on the diagnostic method: TRG, OPTG and 3D X-ray, on average 8.7% of boys and 4 (7%) girls for TRG, 12.2% of boys for OPTG and 8.7% of boys and 5.2% of girls for 3D X-ray. Teleradiograms of the head (TRG) were analyzed in all patients aged 6-9 years; TRG was performed from a standard distance of 1.5 m using the cephalostat "ORTHOPHOS XG 5". Patients were irradiated with doses of no more than 0.15-0.2 P. According to V.Ya.

Kurlyansky, A. El-Nofelli and Treyman, the focal length of 150-200 cm is considered sufficient. At this distance, the projection magnification of structures located in the sagittal plane is 5-7%. The main stage of diagnosis is the accuracy of the examination by computer analysis of each patient, as well as the quantitative characteristics of chewing disorders. The use of these examination methods is the main prerequisite for obtaining the best results in the treatment of alveolar-facial anomalies.

References:

1. Ali B, Shaikh A, Fida M. Factors affecting treatment decisions for Class I malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2018;154(2):234-237. DOI: 10.1016/j.ajodo.2017.11.035 38.
2. Madurantakam P. Does orthodontic treatment in early adolescence positively influence psychosocial wellbeing in adulthood?. Evid Based Dent. 2019;

SELECTION OF AN EFFECTIVE STERILIZATION REGIME FOR NEW OSTEOPLASTIC MATERIALS

Jalolov Sharifjon

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Restoration and replacement of bone tissue defects resulting from mechanical injuries, surgical interventions, etc., continues to be an urgent medical and social problem. One of the solutions to this problem was the development of scaffolds, which are three-dimensional porous or fibrous matrices, the main function of which is to provide a mechanical framework for bone cells. The materials of the study were bioceramic scaffold and osteoplastic powder 47.5V. In order to assess the bio-loading, a microbiological study of sterilized medical devices was carried out.

To sterilize the studied osteoplastic materials, they were pre-packaged in sterile vials with a capacity of 3 and 5 ml with a standard rubber stopper fixed with a compressed aluminum cap: scaffold - in the amount of 1 pc. per vial, osteoplastic powder 47.5 V - weighing 0.3 ml per vial.

To select an effective method of sterilization of the materials under study, in which the medical device will have zero bio-loading, packaged osteoplastic materials were sterilized in a dry-burning cabinet at 2 atmospheres in 3 temperature-time modes:

- 1) at a temperature of 1320C for 8 minutes;
- 2) at a temperature of 1320C for 12 minutes;
- 3) at a temperature of 1320C for 20 minutes.

The results of our own research. After sterilization in three modes, each medical product was seeded on 3 nutrient media: blood agar, Saburo agar and nutrient agar in order to assess bio-loading.

According to the results of the study, both medical devices revealed the growth of living microorganisms under the 1320C-8` sterilization regime: Staphylococcus hemolyticus, Staphylococcus epidermidis, Candida albicans, Actinomyces.

During the 1320C-20` sterilization regime, no colonies of living microorganisms were detected. Thus, according to the results of the study, we selected the optimal sterilization regime in a dry-burning cabinet at 2 atmospheres of 1320C-20`, at which no colonies of living microorganisms were detected.

References:

1. Vangsness C.T. Jr, Mitchell W. 3rd, Nimni M., Erlich M., Saadat V., Schmotzer H. Collagen shortening. An experimental approach with heat. Clin Orthop Relat Res. 1997;(337):267-271.
2. Pruss A., Seibold M., Benedix F., Frommelt L., von Garrel T., Gürtler L., Dörffel Y., Pauli G, Göbel UB. Validation of the 'Marburg bone bank system' for thermodisinfection of allogenic femoral head transplants using selected bacteria, fungi, and spores. Biologicals. 2003;31(4):287-294.

EFFECTS OF STATIC AND DYNAMIC ETCHING ON THE SURFACE OF HYBRID CERAMICS.

Rahmonberdiyeva Rushana

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

In the process of improving the quality of orthopedic treatment, dental materials are constantly being improved. Not so long ago, hybrid ceramics "Enamic" (VITA, Germany) appeared on the market, which combines the properties of ceramic and composite materials as a material for milling using a computer. However, there is still no consensus on a fixed protocol. The classical protocol involves etching the restoration with hydrofluoric acid for 60 seconds, which may have an undesirable effect on the polymer component of Enamic. Using a Monalit 345.160 cutter with sintered diamond, 1 cm² of hybrid ceramic Enamic (VITA), four samples were prepared and sandblasted (Aquacut Quattro, aluminum oxide sand with a particle size of 29 microns). Then samples No. 2, 3 and 4 were etched with 9% porcelain etching gel (Ultradent) for 60 seconds for sample No. 2 and 30 seconds for sample No. 3 (static etching). Sample No. 4 was subjected to dynamic etching for 10 seconds by mixing the etching gel with a brush. The acid was first washed off with distilled

water, and all samples were further purified in an ultrasonic bath with hot (60°C) distilled water for 3 minutes. The samples were dried, sprayed with gold and placed on a LEO-1430 VP scanning electron microscope. Photographs were taken at magnifications of 100, 500, 1000, 2500 and 5600. Results. The control sample, which was sandblasted only, has a uniform rough surface at magnification of 100 and 500x; at an increase of 1000x, structural damage to the sample is visible in the form of torn fragments of ceramics and sand particles embedded in ceramics; at an increase of 2500 and 5600x, small cracks on the surface of ceramics are visible. Static etching with hydrofluoric acid for 60 seconds leaves a markedly different picture: with an increase of 100x, the surface of the sample resembles a pumice stone or sponge; with an increase of 500x and 1000x, the material collapsed to such an extent that only polymer components remained on the surface; with an increase of 2500x and 5600x, it is clear that the crack has spread deeply. At 100x and 500x magnification, the surface that has been statically etched with hydrofluoric acid for 30 seconds looks the same as the previous sample. However, with a larger magnification, ORTHOPEDIC STOMATOLOGY shows whole ceramic crystals deep inside the surface; dynamic etching for 10 seconds leaves a completely different picture; with an increase of 100x and 500x, the etching pattern is uniform and quite pronounced. At 1000x and 2500x, large pieces of ceramics are found in the crevices of the polymer network. Conclusion For a successful bonding technique, not only a rough surface is required, but also a ceramic surface for contact with silane: etching with 9% hydrofluoric acid for 30 and 60 seconds removes a lot of ceramics from the surface, leaving only a polymer network. Silanization is difficult; sandblasting with aluminum oxide with a grain size of 29 microns is sufficient and uniform to give the surface roughness. Dynamic etching improves the surface profile qualitatively and leaves enough ceramics on the surface for silanization.

References:

1. Paskaramoorthy R., Meguid S.A. On the dynamic behaviour of porous materials // Int. J. of Solids and Structures. – 2000. – V. 37. – № 16. – P. 2341–2358. 10.
2. ANSYS AUTODYN Explicit software for nonlinear dynamics. The user manual [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.autodyn.org>. – 29.06.2009.
3. Johnson G.R., Holmquist T.J. A computational constitutive model for brittle materials subjected to large strains, high strain rates and high pressure // ShockWave and High Strain Rate Phenomena in Materials / Ed. M.A. Meyers, L.E. Murr, K.P. Staudhammer, M. Dekker. – N.Y.: AIP Press, 1992. – 1075 p.

DIGITAL METHODS FOR ANALYZING THE WORK OF THE CHEWING SYSTEM

Rahmonberdiyeva Rushana

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

The process of chewing refers to the basic functions of the human body and is the first step in the complex process of digestion. The chewing organs are closely connected with various body systems, participating in many functions (chewing, digestion, breathing, speech formation) and indirectly influencing the work of internal organs. The most common and evidence-based are sieve-shaped chewing tests. It should be noted that the disadvantage of these methods is their complexity. Modern methods include colorimetric methods (Santos, 2006; Schimmel, 2007) and methods of digital image analysis (Eberhard, 2012). It should be noted that the proposed methods, despite their diversity, do not have a single protocol for implementation, systematization of their adaptation in various clinical situations, and further research is needed to determine the chewing effectiveness by modern methods using digital technologies. To measure chewing efficiency, a computer program Chewing View was developed (S.I. Solovyov, A.A. Stafeev, etc.). With the help of the developed program, dynamic chewing tests were carried out and analyzed; Optosil polysiloxane impression mass (viscosity 0 according to ISO) was used as a test material in accordance with the Dahlberg rules. A cylinder with a diameter of 12 mm and a height of 6 mm was made from the impression material. The test portion was chewed by the patient 20 times, after which the patient rested for 1 min before chewing the next portion of the test material. The patient successively chewed three portions of the material with a mandatory one-minute rest after each portion. Each portion of the test material was filtered through a cardboard filter and dried at room temperature. Then the crushed test material was scanned using a 2D scanner (EPSON) with a minimum resolution of 600 dpi. After scanning the sections of the material, the resulting graphic files were exported to the Chewin View program for the analysis of chewing characteristics. The program has the following functions: uploading graphic images, converting graphic files to metric, editing source files, binarization of images, calculating the particle area of test material, mathematical analysis of the results obtained, saving patient files, saving results to xls files. Group 1 - 21 patients with physiological occlusion without occlusive dysfunction. Group 2 - 29 patients immediately after orthodontic treatment and without subsequent selective bruxism. The state of the oral cavity of all patients, occlusive and articulatory

relationships in the oral cavity and diagnostic models installed on the articulator (Artex CN) were analyzed. The results showed a significant difference in the magnitude of the chewing effect between physiological occlusion and after orthodontic treatment. Conclusions The developed computer program and algorithm for mastication test facilitates the analysis process, the program provides a detailed and in-depth mathematical analysis of the effectiveness of the chewing effect. It can be used to assess the quality of orthopedic rehabilitation, orthodontic analysis and screening for occlusive and functional disorders.

References:

1. Proff. P. Malocclusion, mastication and gastrointestinal system: a review // Journal of Orofacial Orthopedics. – 2010. – №2. – P. 96-107.
2. Qadeer S. Relationship between articulation paper mark size and percentage of force measured with computerized occlusal analysis // Journal Adv P

SPECTRAL PROPERTIES OF ADHESIVE CEMENTS FOR BONDING CERAMIC RESTORATIONS

Narziyeva Nigora

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Ceramic restorations, such as veneers and metal-free crowns obtained by milling or pressing, are usually partially transparent. Although the transparency of all-ceramic crowns is an advantage, it is important to take into account the color of the underlying fabric or crown extension and the properties of the fixing cement, the combination of which affects the overall evaluation of the finished product. Although cements of various shades are available on the dental market today, little scientific research has been conducted on how they affect the transparency and overall perception of the color of the finished product. The Varian PerkinElmer laboratory spectrometer ("Perkin Elmer Inc.", USA) was used to measure the light transmission and spectrum of adhesive cement, and the Vita Easyshade device ("VITA Zahnfabrik", Germany) was used to study color coordinates. Variolink Veneer ("Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein") was used as an adhesive cement and seven different color shades (HighValue+3, HighValue+2, HighValue+1, MediumValue-0, lowValue-1 lowValue-2, lowValue-3). To prepare samples, two identical pieces of glass were placed on a cover glass (0.1 mm thick) and 1 ml of cement was placed in the center. Then a second cover glass was placed on top, resulting in a cement sample with a diameter of about 1 cm and a thickness of 0.1 mm. Cement polymerization

was carried out. The tests were conducted in a dark room. Measuring instruments were calibrated before starting work. The brightness value (L^*) was the highest for HV3 84.1 ± 0.6 cement and the lowest for LV3 - 79.6 ± 0.2 . Brightness values decreased in the LV1-LV3 series and increased in the HV1-HV3 series. The blue shift increased in the HV1-HV3 series and decreased in the LV1-LV3 series. The color shift from green to red (a^*) varied from -0.3 ± 0.1 to 0.3 ± 0.1 . The color difference (ΔE^*) between materials relative to the MVO standard increased in the LV1 (0.73)-LV2 (3.44)-LV3 (4.14) and HV1 (0.93)-HV2 (2.85)-series HV3 (5.89). The color difference between LV 1 and all materials except HV1 cement showed values of $\Delta E^* \geq 2.6$. Transparency analysis showed that MVO has the highest value (82.3%), and HV3 has the lowest (48.9%). Analysis of spectral distribution graphs in the light range shows the same pattern: a sharp increase in transparency at the very beginning of the visible light range (the shortest wavelength), then a gradual increase in the range and stabilization at a constant level regardless of the wavelength. Conclusions To increase the light transmission of future restorations using Variolink Veneer adhesive cements, preference should be given to the HV group of materials, and to reduce light transmission to the LV group of materials; MVO materials have a neutral effect on light transmission; MVO and HV1 cements do not affect the light transmission of the finished product; MVO cements have practically no effect on the translucency of the finished product and are recommended for laminating thin-walled veneers. Less transparent LV3 and HV3 cements should be considered for use in order to increase the overall opacity of the restoration in cases of severe discoloration of the core structure.

References:

1. Bernard G. N. Planning and making crowns and bridges. Martin Dunitz 1987

Diaz Arnold, Vargas, Haselton. Current status of luting agents for fixed prosthodontics // J. Proshet Dent. 1999. Vol. 81. P. 135

CLINICAL AND EXPERIMENTAL DATA FOR THE SELECTION OF NON-REMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES WITH DENTAL IMPLANTS CONTAINING CANTILEVER ELEMENTS

Narziyeva Nigora

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Insufficient bone volume is one of the main problems in the field of dental implantation. Instead of resorting to surgical augmentation, it may be clinically expedient to include cantilever elements in the prosthesis. The inclusion of cantilever elements can also be useful when anatomical and topographic features of the jaw do not allow the installation of implants, or when the size of the defect does not correspond to the planned number of implants. Laboratory studies were conducted to study the stress-strain state of bone tissue around dental implants supported by fixed orthopedic structures containing cantilever elements. For this purpose, two dental implants ranging in size from 3.5 x 9 to 5 x 13 mm and a model of a non-removable orthopedic structure containing a cantilever element were manufactured. The cantilever elements are 4-12 mm long, the distance between the implants is 2.8-9 mm, the thickness of the bone exceeds the diameter of the implant, each by 2 mm in the antero-oral direction; the thickness of the cortical bone is 1 mm, and the height of the bone is 18 mm. The models were manufactured using the ATOS Core 5M contactless measuring system (GOM, Germany) with an accuracy of 5 microns. Physical and mathematical properties of the material, such as Young's modulus and Poisson's ratio, were obtained from average literature data. The clinical part of the study included 64 patients aged 31 to 76 years with a diagnosis of partial tooth loss in the lateral aspect of the jaw. Patients received orthopedic treatment with fixed prostheses containing cantilever elements supported by two or three implants. A total of 149 implants were under observation. Then the patients were under dynamic observation for four years with X-ray and clinical examination at each stage to study bone resorption around the support implants. Based on clinical and radiological data, statistical data processing (Spearman's rank correlation coefficient) was carried out on the dependence of bone resorption on the length of the cantilever element, the type of antagonist, the duration of the prosthesis and the direction of the cantilever element. The maximum values at (3.5 N - 41 ± 0.06 MPa, 250 N - 17.47 ± 0.06 MPa, 350 N - 23.57 ± 0.06 MPa) corresponded to a model in which the distance between the implants was 4 mm. For implants measuring 3 x 9 mm and 4.5 x 13 mm, the length of the cantilever was 10 mm. Plotting the stress dependence on the size of the implant, the distance between the implants and the length of the consoles showed a linear increase in bone tension with doubling the length of the consoles and a quadratic increase with a decrease in the diameter of the implant. According to the clinical part, the positive indicator for implants was 93.31% and 96.87% for orthopedic structures. A dependence was found on the duration of use of the prosthesis (R Spearman 0.67-0.56) and the length of the cantilever section (R Spearman 0.50-0.53). Conclusions The inclusion of cantilever elements up to 8 mm long in fixed prostheses supported

by two or three implants is not a significant risk factor and can be considered as an option to eliminate defects in the dentition in the lateral part of the jaw.

References:

1. Performance of conical abutment (Morse Taper) connection implants: a systematic review. C.M. Schmitt [et al.]. J Biomed Mater Res A, 2014, vol.102, no.2, pp.552–574
2. S. Hurson. Implant/Abutment Biomechanics and Material Selection for Predictable Results. Compend Contin Educ Dent, 2018, vol.39, no.6, pp.440–444

THE IMPACT OF DENTAL ALLOY TREATMENT ON CORROSION RESISTANCE

Karayev Shakhboz

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Analysis of the literature shows that the corrosion resistance of alloys used in orthopedic dentistry, implantation and orthodontics is one of the key indicators of the quality of treatment. The corrosion-electrochemical behavior of metal-ceramic alloys for dentures is influenced by the surface treatment method, which includes a number of operations that significantly change the structural state and morphology of the surface and provide the conditions necessary for the application of ceramics. The study used a cobalt-based Cellit-CHMC alloy and a nickel-based Cellit-NCMC alloy manufactured by Stomat LLC, Russia. The samples were made by centrifugal casting according to a smelted model with a size of 10 x 30 x 0.5 mm and were subjected to the following technologies used in the manufacture of cast dentures: mode 1 - casting + double-sided sandblasting (PA) (hereinafter PA); mode 2 - casting + PA + grinding + polishing (on both sides); mode 3 - casting + PA. grinding + imitation of oxidative sintering, mode 4 - casting + PA + grinding + sintering when applying ceramics were processed in accordance with GOST R ISO 10271 Electrochemical tests using potentiometric polarization were carried out to assess the corrosion susceptibility of metal materials used in the oral cavity. Electrochemical measurements were carried out on an IPC-Micro electronic potentiostat equipped with software that allows continuous automatic registration of electrochemical parameters using chronopotentiometry and potentiodynamic voltammetry. The following results were obtained. The nature of the change in the free potential of E_{sv} during exposure in a model solution is an important tool for studying the passivation trend and the nature of the formation of a protective film on the alloy surface. The stationary potentials of

the Cellit-HMS alloys (hereinafter Alloy 1) and Cellit-NHMS (hereinafter Alloy 2) after processing according to mode 1 are in the region of negative values (Alloy 1: -90 mV, Alloy 2: -40 mV) and shift somewhat in the positive direction during exposure, which theoretically indicates the presence in the composition of the alloy, this may indicate a slightly lower tendency to self-organization, despite the high chromium content. When processing by grinding and polishing (mode 2), the steady-state potential of the alloy significantly shifts in the positive direction to +160 mV (alloy 1) and +170 mV (alloy 2), which indicates a strong tendency to corrosion. Heat treatment (mode 3) leads to a significant shift of the steady-state potential in the positive direction to +180 mV (alloy 1) and +230 mV (alloy 2) compared to the period after treatment according to mode 2. The nature of the alloy-ceramic coating system with a steady potential of +40 mV (Alloy 1) and +70 mV (Alloy 2) can be explained by the formation of corrosive galvanic cells, where the uncoated sample area is the cathode for the alloy material at the alloy-ceramic interface, which is the anode in this system. Surface treatment modes have a significant impact on the corrosion-electrochemical behavior of dental alloys based on cobalt and nickel. All treatment modes cause almost identical changes in electrochemical properties and, despite some degradation after firing in ceramics, these changes are not fatal from the point of view of a corrosive bio-oral environment for metal-ceramic dentures, provided strict compliance with dental techniques recommended by manufacturers of alloys and ceramics.

References:

1. A Comparative Biomechanical Study Using Titanium and Zirconia. R.-K. Nam [et al.]. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2018, vol.33, no.6, pp.1279–1286.
2. Three-Dimensional Finite Element Analysis of Varying Diameter and Connection Type in Implants with High Crown-Implant Ratio. S.L.D. Moraes [et al.]. *Braz Dent J*, 2018, vol.29, no.1, pp.36–42.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE

Karayev Shakhboz

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Percentage of patients undergoing surgical orthognathic treatment. Today, there is a growing interest in studying the relationship between quality of life and health. The quality of life is understood as a set of life-supporting conditions and health conditions that ensure physical, mental and social well-being. The assessment of the

quality of life by the patient himself is a valuable and reliable indicator of the general condition of a person. Together with the usual medical certificate prepared by a doctor, it gives an overall picture of the disease, objective information and gives an objective picture of the disease and the patient's attitude to it. The patient's attitude to the disease and the prescribed treatment. 113 patients were interviewed using a questionnaire Within the framework of OHIP-14, 113 patients were interviewed, of which 68 (60.2%) were 5 (39.8%) women and 45 (39.8%) men, whose average age was 38.5 ± 11 years. Quality of life (QOL) was measured in patients with maxillofacial abnormalities using the OHIP-14 questionnaire. Assessment of the dynamics of the overall score. Overall quality of life Six months after surgical treatment, the quality of life is up to 21.1 ± 4.3 points, which is significantly lower than the initial value and points immediately after treatment ($p < 0.05$), which reflects a significant improvement in the overall quality of life reflects a significant improvement in the long-term quality of life of these patients. Evaluation of the dynamics of the domain "Nutrition problems" in patients in the long term showed that 9.1 ± 1.7 points before surgery compared to 13.9 ± 2.1 points immediately after surgery, which is significantly higher than before surgery ($p < 0.05$). This is significantly higher than before surgery ($p < 0.05$), indicating problems with food intake. Problems with food intake. This score decreased to 6.5 ± 1.1 6 months after surgical treatment, which reflects an improvement in the quality of life. The dynamics of the patient's condition was assessed in the following areas. In the area of "communication problems" before the operation, there was 9.6 ± 2 points before surgery. This reflects a decrease in the severity of patients' communication problems before and immediately after surgery. When assessing the dynamics of the domain index "Communicative problems of patients Problems in everyday life", the preoperative initial values were as follows. 14.9 ± 2.2 points. After surgery, the value increased to 18.8 ± 4.1 points, but there was no significant difference with the preoperative value. In 6 months after surgery, the index decreased to 9.5 ± 1.8 points and was significantly lower ($p < 0.05$) both before and after surgery, which reflects a decrease in the severity of the patient's problems in everyday life. In everyday life, the use of criteria The quality of life in modern dentistry is especially it is important when studying the complex attitude of patients to their disease. Analyzing domain indicators at various stages of life of patients with maxillofacial anomalies, it was found that after surgery and after six months, all domain indicators increased. This was a significant decrease compared to the indices before treatment and after surgery. The indicators in the field of "problems in everyday life" have decreased by about half. Thus, the improvement in the quality of life of respondents 6 months after the operation, the quality of life was confirmed by the living area.

References:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А.Медик, В.К.Юрьев. - М.: Професионал, 2009. - 432 с.:
2. Пешков М.В., Вагнер В.Д. Влияние некоторых факторов на качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью // Институт Стоматологии. - 2015. - №4(69). - С. 28-29.

ORTHODONTIC AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MISSING OR DEFORMED TEETH.**Sattarov Yusufboy**

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Internalization of the mandibular molars is a complex operation that lengthens orthodontic treatment. Piezocorticotomy with subsequent tooth movement and skeletal support using a bracket system can shorten the duration of orthodontic treatment and eliminate its negative consequences, which is extremely necessary in the treatment of adult patients. The aim of this study was to improve the effectiveness of treatment of patients with missing first molars of the mandible while preserving the second and third molars. Materials and methods Twenty-eight patients (13 men and 15 women) aged 25-40 years with missing first mandibular molars with preserved second and third molars underwent clinical X-ray examination and orthodontic treatment with the Daemon bracket system ("Ormco", USA). At the stage of the rigid arc, piezocorticotomy was performed and mini-implants were installed (Konmet, Russia); nickel-titanium closing springs weighing 150 g were used for mesialization of molars. All patients underwent cone-beam computed tomography on a Galileos device ("Sirona", Germany) before and after piezocorticotomy. In the period between the beginning of molar protrusion and the complete movement of teeth at 6-10 months, activation of elastic elements and measurement of the distance between the proximal surfaces of the second molar and the second molar using a caliper were carried out every two weeks. Statistical data processing was carried out using the Student's t-test. Results: in patients with a mandibular defect in the area of the first molar and preserved second and third molars, the distance between the maxillary surfaces of the second premolars and second molars decreased by 0.55 ± 0.05 mm every two weeks; the rate of tooth movement per month was 1.1 ± 0.1 mm, which is higher than without piezocorticotomy. The rate of tooth movement per month was higher compared to the rate without piezocorticotomy (0.33 ± 0.006 mm

per month); Ravindra Nanda et al., 2013 After removal of a molar with a mesial size of 10 mm, it took 10 ± 1 month to close the space. Changes in bone density after piezocorticotomy were assessed using cone beam computed tomography. Initially, the Hounsfield scale was 1811 ± 0.55 , and after piezocorticotomy - 1667 ± 0.53 , which indicates a decrease in bone density. After the end of treatment, the patient was also observed using cone-beam computed tomography, which showed that there was no longer a mesial inclination of the displaced tooth relative to the defect, the space was completely closed, and the axis of the displaced tooth was parallel to the axis of the supporting tooth, indicating that the tooth was repositioned. Conclusion Orthodontic treatment with piezocorticotomy and skeletal support is an effective method that allows mesialization of mandibular molars in place of missing teeth and reduces treatment time.

References:

1. Kayaa D., Taner T.U. Management of an Adult with Spaced Dentition, «Class III Malocclusion and Open-bite Tendency». Eur J Dent. Jan. 2011, 5(1): 121-129.
2. Yelampalli et al. Rachala. «Timely management of developing class III malocclusion». J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2012. Jan-Mar; 30(1): 78-84.

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Percentage of patients undergoing surgical orthognathic treatment. Today, there is a growing interest in studying the relationship between quality of life and health. The quality of life is understood as a set of life-supporting conditions and health conditions that ensure physical, mental and social well-being. The assessment of the quality of life by the patient himself is a valuable and reliable indicator of the general condition of a person. Together with the usual medical certificate prepared by a doctor, it gives an overall picture of the disease, objective information and gives an objective picture of the disease and the patient's attitude to it. The patient's attitude to the disease and the prescribed treatment. 113 patients were interviewed using a questionnaire Within the framework of OHIP-14, 113 patients were interviewed, of which 68 (60.2%) were 5 (39.8%) women and 45 (39.8%) men, whose average age was 38.5 ± 11 years. Indications for orthognathic surgery were abnormal dental curves (distal and mesial occlusion) and deformities of the facial skeleton associated

with fractures of the facial skeleton. Quality of life (QOL) was measured in patients with maxillofacial abnormalities using the OHIP-14 questionnaire. Assessment of the dynamics of the overall score. Overall quality of life Six months after surgical treatment, the quality of life is up to 21.1 ± 4.3 points, which is significantly lower than the initial value and points immediately after treatment ($p < 0.05$), which reflects a significant improvement in the overall quality of life reflects a significant improvement in the long-term quality of life of these patients. Evaluation of the dynamics of the domain "Nutrition problems" in patients in the long term showed that 9.1 ± 1.7 points before surgery compared to 13.9 ± 2.1 points immediately after surgery, which is significantly higher than before surgery ($p < 0.05$). This is significantly higher than before surgery ($p < 0.05$), indicating problems with food intake. Problems with food intake. This score decreased to 6.5 ± 1.1 6 months after surgical treatment, which reflects an improvement in the quality of life. The dynamics of the patient's condition was assessed in the following areas. In the area of "communication problems" before the operation, there was 9.6 ± 2 points before surgery. This reflects a decrease in the severity of patients' communication problems before and immediately after surgery. When assessing the dynamics of the domain index "Communicative problems of patients Problems in everyday life", the preoperative initial values were as follows. 14.9 ± 2.2 points. After surgery, the value increased to 18.8 ± 4.1 points, but there was no significant difference with the preoperative value. In 6 months after surgery, the index decreased to 9.5 ± 1.8 points and was significantly lower ($p < 0.05$) both before and after surgery, which reflects a decrease in the severity of the patient's problems in everyday life. In everyday life, the use of criteria The quality of life in modern dentistry is especially it is important when studying the complex attitude of patients to their disease. Analyzing domain indicators at various stages of life of patients with maxillofacial anomalies, it was found that after surgery and after six months, all domain indicators increased. This was a significant decrease compared to the indices before treatment and after surgery. The indicators in the field of "problems in everyday life" have decreased by about half. Thus, the improvement in the quality of life of respondents 6 months after the operation, the quality of life was confirmed by the living area.

References:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А.Медик, В.К.Юрьев. - М.: Професионал, 2009. - 432 с.:
2. Пешков М.В., Вагнер В.Д. Влияние некоторых факторов на качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью // Институт Стоматологии. - 2015. - №4(69). - С. 28-29.

ORTHODONTIC AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MISSING OR DEFORMED TEETH

Muinov Sattor

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Internalization of the mandibular molars is a complex operation that lengthens orthodontic treatment. Piezocorticotomy with subsequent tooth movement and skeletal support using a bracket system can shorten the duration of orthodontic treatment and eliminate its negative consequences, which is extremely necessary in the treatment of adult patients. The aim of this study was to improve the effectiveness of treatment of patients with missing first molars of the mandible while preserving the second and third molars. Materials and methods Twenty-eight patients (13 men and 15 women) aged 25-40 years with missing first mandibular molars with preserved second and third molars underwent clinical X-ray examination and orthodontic treatment with the Daemon bracket system ("Ormco", USA). At the stage of the rigid arc, piezocorticotomy was performed and mini-implants were installed (Konmet, Russia); nickel-titanium closing springs weighing 150 g were used for mesialization of molars. All patients underwent cone-beam computed tomography on a Galileos device ("Sirona", Germany) before and after piezocorticotomy. In the period between the beginning of molar protrusion and the complete movement of teeth at 6-10 months, activation of elastic elements and measurement of the distance between the proximal surfaces of the second molar and the second molar using a caliper were carried out every two weeks. Statistical data processing was carried out using the Student's t-test. Results: in patients with a mandibular defect in the area of the first molar and preserved second and third molars, the distance between the maxillary surfaces of the second premolars and second molars decreased by 0.55 ± 0.05 mm every two weeks; the rate of tooth movement per month was 1.1 ± 0.1 mm, which is higher than without piezocorticotomy. The rate of tooth movement per month was higher compared to the rate without piezocorticotomy (0.33 ± 0.006 mm per month); Ravindra Nanda et al., 2013 After removal of a molar with a mesial size of 10 mm, it took 10 ± 1 month to close the space. Changes in bone density after piezocorticotomy were assessed using cone beam computed tomography. Initially, the Hounsfield scale was 1811 ± 0.55 , and after piezocorticotomy - 1667 ± 0.53 , which indicates a decrease in bone density. After the end of treatment, the patient was also observed using cone-beam computed tomography, which showed that there was no longer a mesial inclination of the displaced tooth relative to the defect, the space

was completely closed, and the axis of the displaced tooth was parallel to the axis of the supporting tooth, indicating that the tooth was repositioned. Conclusion Orthodontic treatment with piezocorticotomy and skeletal support is an effective method that allows mesialization of mandibular molars in place of missing teeth and reduces treatment time.

References:

1. Kayaa D., Tanerb T.U. Management of an Adult with Spaced Dentition, «Class III Malocclusion and Open-bite Tendency». Eur J Dent. Jan. 2011, 5(1): 121-129.
2. Yelampalli at all Rachala. «Timely management of developing class III malocclusion». J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2012. Jan-Mar; 30(1): 78-84.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЧС ПРИ ОТКРЫТОМ ПРИКУСЕ

Аралов М.Б., Нигматова И.М., Зикирова М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. В настоящее время заболевания ВНЧС являются актуальной проблемой современной стоматологии. К. Отт выявил негативное воздействие открытого прикуса на деятельность височно-нижнечелюстного сустава.

Цель: изучить взаимосвязь осложнений открытого прикуса с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Ранняя диагностика и профилактика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Для исследования мы провели анализ среди школьников 145-школы города Ташкент. Из 115 школьников 60 имели аномалии в прикусе. А из 60 школьников 6 учеников имели открытый прикус. А после проведенного анализа и сделанного опроса обнаружилось, что у 5 из них отмечались дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. При мышечно-суставной дисфункции ВНЧС возникли болевые ощущения в области жевательных мышцах, чувство усталости во время жевания, нарушение тонуса жевательных мышц, а также тугоподвижность нижней челюсти (Каламкаров Х. А., 1994; Хватова В. А., 1996; Трезубов В. Н., 1997; Щербаков А. С. , 1999; Хватов И. А., 2001; Лакшина Т. А., 2001; Соколовых Е. А., 2003; Онопа Е. А., 2003; Ронкин К., 2012 и др.).

Нами проведена ранняя диагностика аномалий открытого прикуса и выявлены способы профилактики дисфункции ВНЧС.

Вывод: Открытый прикус, как и другие патологические прикусы влияет на функциональность ВНЧС. 60 учеников из 115 (52,17%) имели патологию в прикусе. Открытый прикус отмечался у 6 (10%) из них, который сопровождался с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Своевременная диагностика и профилактика помогут избежать осложнений, а также может быстро и безболезненно вылечить эту патологию.

Литература

1. Нигматов, Р., Нигматова, И., Кадыров, Ж., & Холмирзаев, Р. (2020). ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ. *Stomatologiya*, 1(2(79)), 59–63. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1163>
2. Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. *Stomatologiya*, 1(4(77)), 70–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>
3. Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. *Stomatologiya*, 1(4(77)), 70–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>

ORTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE, TAKING INTO ACCOUNT STRUCTURAL FEATURES AND TONGUE DYSFUNCTION

Muinov Sattor

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Cleft lip and palate is the most common malformation of the maxillofacial region. According to clinical and ultrasonographic examination, patients with RGN have pathological pressure of the tip of the tongue on the mandibular alveolar region and lack of physiological effect on the anterior maxillary process, which, along with the pathological effect of the scar of the lip and palate, contributes to the aggravation of the deformation of the alveolar curve. We studied 40 patients with VRN aged 2-13 years (32 boys (80%) and 8 girls (20%)), who, depending on the age of the patient,

were treated with plastic devices or preform caps with massage elements on the tip and dorsum of the tongue. The control group consisted of 20 healthy children. All patients with RGN underwent a standard examination before and after treatment, as well as audio and video recording of speech using standard phrases developed by a speech therapist depending on the patient's age, and ultrasound examination of articulatory movements of the tongue during speech. The position of the maxillary molars was also studied using cone beam computed tomography (CBCT). Using cone-beam computed tomography, a plaster cast of the upper jaw was scanned, and a virtual model of the upper jaw, divided into transverse sections at the height of the first and second molars, was brought in real time into sagittal and coronal projections for pronation of premolars and fricative sounds. The results are as follows: a clinical examination of all patients with PTN revealed deviations in the shape, position and articulatory movements of the tongue. The study of the control and diagnostic models of the dentition showed that the maxillary dentition was $15.8 \pm 0.23\%$ narrower in the area of the canines and the first premolars, and the distance between the first molars was $2.5 \pm 0.8\%$ more than normal. The study of the segmental model revealed an anterior inclination of the molars by $12 \pm 2^\circ$ with respect to the alveolar ridge; according to the results of the transverse projection of the CLCT, the position of the molars is vertical. During the utterance of anterolingual and fricative sounds, the tip of the tongue was in contact with the alveolar part of the lower jaw, the dorsal part of the tongue was high, motionless and did not touch the palate, and the sides of the tongue were in contact with the palatal surface of the molars. After hardware treatment, only one person (2.5%) from the older group retained the low position of the tip of the tongue and the high position of the dorsum of the tongue, while 39 people (97.5%) had the tip of the tongue normalized, contacted the palatal roller during pronunciation, the high position of the dorsum of the tongue remained, and 35 people (89.7%) he was in contact with the sky, not with the molars. Muscular contractions of the muscles of the anterior part of the oral cavity and the wings of the nose after treatment were observed only in 2 (10.3%) children. Conclusions The abnormal position of the tongue in children with RGN contributes to the pathological inclination of the maxillary molars. The displacement of the pressure of the tip of the tongue from the lower jaw to the upper jaw contributes to the growth of the upper jaw, as well as the normalization of the pronunciation of fricative consonants. In the process of using devices to normalize the position of the language, improvements in pronunciation and speech formation are observed.

References:

1. Waite, P. D. Bone grafting for the alveolar cleft defect Text. / P. D. Waite, D. E. Wake // Sem. Orthod. 1996. - Vol. 2. - P. 192-196.

2. Velanovich V. The transverse-vertical frenuloplasty for ankyloglossia. // Mil Med.-1994-Vol. 159.-P. 714-715.

THERMOGRAPHIC EXAMINATION OF PATIENTS WITH HEMIFACIAL MICROSOMY

Tashmuhammedova Shakhnoza

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Thermography (TG) has been successfully used since the middle of the last century for the diagnosis of vascular, combustible and oncological diseases. This method is still successfully used today to examine women in order to exclude breast cancer and diagnose vascular diseases of the extremities. The possibilities of thermography in the diagnosis of diseases of the maxillofacial region have not been studied well enough. 28 patients (8 boys and 20 girls) aged 7-16 years with TBI of varying severity were examined. For diagnostics, a certified medical thermal imaging complex with an infrared resolution of 320 x 240 elements, a sensor pitch of 17 microns, a minimum focal length of 30.4 x 23.1°/0.3, a focal length of 20 mm, a frame rate of 50 Hz, a temperature measurement interval from -20 to +120 °C, an accuracy of ±2 °C or ±2% was used from the testimony. The Pergamed device was used. TG was performed on the face (full face, right and left profile), the tongue in an elongated position, the neck with the head thrown back, with the maximum rotation of the head to the right and left, as well as on the trunk in front and behind. The examination of the face was carried out at rest and during chewing (chewing gum for 10 minutes). Thermograms were analyzed for qualitative, semi-quantitative and quantitative signs. Qualitative analysis (yes/no) was carried out by visual comparison of the healthy and affected side, where the presence or absence of a particular color signal was assessed (in the palette presented on the equipment). Semi-quantitative analysis (more-less) was carried out by visual comparison of the area of each color on the healthy and affected side. Quantitative analysis (how much) was carried out by calculating quantitative indicators (color area in pixels) using the Photoshop computer program. The study of TG showed an asymmetry of local temperature, with a decrease in temperature and an increase in area on the healthy side; 17 patients (61%) had an increase in local temperature in the neck area on the healthy side; 21 patients (75%) had an asymmetry of local temperature in the paraspinal region, but no clear correlation with the affected side was revealed. The functional load (chewing) allowed us to assess the increase in local temperature on the healthy and affected side in response to the functional activity of the muscles. Thermography allowed us to identify differences in local temperature between symmetrical areas on

the affected and healthy side of the face, as well as changes in local temperature as a result of functional load.

References:

1. Wildman A.J., Ore E. // Amer. J. Orthodont. - 1961. - Vol. 47, №6. - P. 439-461
2. Schulz S, Sterzik G. A contribution to the problem of reducing the size of the tongue for orthodontic purposes // ZahnMundKieferheilkd Zentralbl. - 1976. - Vol. 64-P. 17-20.

EFFECT OF DENTAL ALLOY TREATMENT ON CORROSION RESISTANCE

Tashmuhammedova Shakhnoza

Resident of the clinical residency of 1 year of study of the Department of Orthopedic Dentistry of the Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

An analysis of the literature shows that the corrosion resistance of alloys used in orthopedic dentistry, implants and orthodontics is one of the key indicators of the quality of treatment. Surface treatment methods affect the corrosion-electrochemical behavior of metal-ceramic alloys for dentures and include a number of operations that can significantly change the structural state and morphology of the surface and provide the conditions necessary for the application of ceramics. In the present study, samples measuring 10 x 30 x 0.5 mm were prepared by centrifugal casting from a cobalt-based Cellit-CHMS alloy and a nickel-based Cellit-NCMC alloy and processed in accordance with the technology of manufacturing cast dentures: mode 1: casting + PO + shot blasting (UP to) on both sides (further ON), mode 2: casting + BY + grinding + polishing (both sides), mode 3: casting + BY + grinding + imitation of oxidative firing, mode 4: casting + BY + grinding + firing when applying ceramics. Electrochemical measurements were carried out on an IPC-Micro electronic potentiostat equipped with software that allows continuous automatic registration of electrochemical parameters using chronopotentiometry and potentiodynamic voltammetry. Biological solutions imitating the composition of human saliva (GOST R ISO 10993) were used as model corrosive media. The characteristics of the change in the free potential of Esv in the model solution are an important tool for studying the passivation trend and the regularities of the formation of a protective film on the alloy surface. The static potentials of the alloys Cellite-CHMS (hereinafter Alloy 1) and Cellite-NCMC (hereinafter Alloy 2) after processing

according to mode 1 are in the region of negative values (Alloy 1: -90 mV, Alloy 2: -40 mV) and slightly shift to the positive side during exposure, which theoretically indicates a high degree of passivation. It can be assumed that the tendency to self-organization is somewhat lower, despite the chromium content. During grinding and polishing (mode 2), the steady-state potential of the alloy significantly shifts in the positive direction to +160 mV (alloy 1) and +170 mV (alloy 2), which indicates a strong tendency to corrosion. Heat treatment (mode 3) leads to a significant shift of the steady-state potential in the positive direction to +180 mV (Alloy 1) and +230 mV (Alloy 2) compared to the period after treatment according to mode 2. The nature of the alloy-ceramic coating system with a steady potential of +40 mV (Alloy 1) and +70 mV (Alloy 2) can be explained by the formation of corrosive galvanic cells, where the uncoated sample area is the cathode for the alloy material at the alloy-ceramic interface, which is the anode in this system. This may be caused by commensurate forces at the interface of two dissimilar materials or by limiting the access of oxidants and a possible transition to passivity in the boundary region. Surface treatment modes have a significant impact on the corrosion-electrochemical behavior of dental alloys based on cobalt and nickel. All treatment modes cause almost identical changes in electrochemical properties, and although some degradation is observed after firing when using ceramics, these changes are not corrosive to metal-ceramic dentures and the bioactive environment of the oral cavity, if the dental technologies recommended by manufacturers of alloys and ceramics are strictly observed the consequences are not critical.

References:

1. Bergenholtz A., Hedegard B., Soremark R. Studies of the transport of metal ions from gold inlays into environ mental tissues // Acta odont. Scand. 1965 - Vol. 23 - P. 135-146
2. Dietschi D. Indications and Potential of Bonded Metal-Ceramic Fixed Partial Dentures // Pract. Priodontics. Aesthet. Dent. 2000 - № 12 - P. 51-58

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Хомидов М.А., И.Хайруллаева (303 А БС)

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Стоматологический статус является неотъемлемой частью здоровья человека, которое определяется как состояние органов и тканей полости рта,

которая представляет ему возможность есть и общаться с другими индивидами, не испытывая дискомфорта и озабоченности. Между тем, появление дефектов зубных рядов или отсутствие зубов ведет к нарушению непрерывности зубного ряда, функциональной перегрузке сохранившихся зубов, развитию вторичных деформаций зубочелюстной системы, что, в свою очередь, приводит к нарушению функций жевания и речи, а также способно снизить социальную активность человека. Поэтому медико-социальные аспекты имплантологической стоматологической помощи и комплексное обоснование тактики ортопедического лечения при функциональных нарушениях почек, в частности при бессимптомной гиперурикемии по-прежнему остаются актуальными. Несмотря на актуальность проблемы, существующие методы устранения окклюзионных дефектов с применением дентальных имплантатов во многом не адаптированы для соматических больных. Отсутствуют научно-обоснованные материалы по определению нуждаемости больных бессимптомной гиперурикемией (БГУ) в имплантационной стоматологической помощи.

Необходимо отметить, что значение БГУ в развитии дисфункции эндотелия изучено недостаточно. С одной стороны, по данным ряда авторов, сама по себе МК является антиоксидантом. В некоторых работах утверждается, что с ней связано до 60% антиоксидантной активности крови. В тоже время, существует достаточное количество публикаций, в которых утверждается о прямо противоположных свойствах МК, в частности, о наличии прямой зависимости между уровнем МК и уровнем оксидативного стресса. Указанные противоречия, возможно, связаны с нелинейностью физиологических эффектов мочевой кислоты, изменчивостью её свойств, способностью модифицировать свойства антиоксиданта и приобретать прооксидантную активность [Grassi, D, 2013]. Полиморфность эффектов МК может быть обусловлена структурными изменениями продуцирующего МК фермента, то есть с преобразованием его оксидоредуктазной формы в оксидазную, что влечёт за собой активацию синтеза активных форм кислорода.

Список литературы

1. Prevotellanigrescens and Porphyromonasgingivalis are associated with signs of carotid atherosclerosis in subjects with and without periodontitis / Yakob M., S^{er} B., Meurman J. H. et al. // J Periodontal Res. - 2011. - Vol. 46. - P. 749-55.
2. Role of periodontal bacteria in cardiovascular disease / Kuramitsu H. K., Qi M., Kang I. C. et al. // Ann periodontal. - 2001. - Vol. 6. - P. 41-7.

3. Silvestre FJ. Cardiovascular disease versus periodontal disease: Chronic systemic infection as a link / Alonso- González R., Prnez-Her^ndez A., Silvestre-Rangil J. et al. // J ClinExpDent. - 2011. - Vol. 3. - e476.
4. The link between periodontal disease and cardiovascular disease: How far we have come in last two decades? / Prasad Dhadse, DeeptiGattani and Rohit Mishra // J Indian SocPeriodontol. - 2010 Jul-Sep. - Vol. 14 (3). - P 148-154.
5. Grassi, D. Chronic Hyperuricemia, Uric Acid Deposit and Cardiovascular Risk / Grassi D., Ferri L., Desideri G. et al. // Curr Pharm Des. – 2013– V.19(13).
6. Patterson, R.A. Prooxidant and antioxidant properties of human serum ultrafiltrates toward LDL: important role of uric acid / Patterson R.A., Horsley E.T., Leake D.S. // J Lipid Res. – 2003. – V. 44(3).
7. Ruilope, L. Prevention of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes: what do we know? / Ruilope L., Izzo J., Haller H. et al. // J ClinHypertens (Greenwich). – 2010. – V. 12(6).
8. Khosla, U.M. Hyperuricemia induces endothelial dysfunction / Khosla U.M., Zharikov S., Finch J.L. et al. // Kidney Int. – 2005. – V.67.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Киряков Д.А., Аюбова Н.М., Азизов Б.С., Ганиев А.А.

Новообразования кожи являются не только актуальной междисциплинарной проблемой клинической и профилактической медицины, но и социально значимой проблемой.

Актуальность проблемы обусловлена не только абсолютным ростом числа больных с различными формами опухолей кожи, но и появлением новых аппаратных методик, позволяющих достаточно быстро (и в большинстве случаев эффективно) удалить новообразование. (1)

В связи с отмечающейся в мире тенденцией к росту ЗНК актуален анализ динамики заболеваемости ЗНК, на основании которого можно получить представление о вероятных причинных факторах, обусловивших эту тенденцию, выделить группы риска развития ЗНК и рационально организовать противораковую борьбу [3].

Анализируя нынешнее состояние проблемы, учитывая опыт зарубежных коллег, нами были разработаны памятка для медицинских работников первичного звена здравоохранения и опросник для анкетирования населения. С их помощью патронажными медицинскими сестрами во время обходов и

врачами общей практики при плановых и профилактических осмотрах могут быть выявлены различные новообразования кожи среди пациентов, которых они, затем, направят к профильным специалистам. Таким образом, увеличится выявляемость ЗНО кожи и повысится онконастороженность среди медицинского персонала.

При содействии ГУЗ Ташкентской области, во втором полугодии 2022 года, данная анкета и памятка были распространены среди медицинского персонала Алмалыкского района, как преимущественно промышленного. Проведено ознакомительное занятие для сотрудников, с целью разъяснения возможных вопросов и порядка действия медицинского персонала. Было внедрено 190 памяток и 2200 анкет.

Проведен анализ выявляемости новообразований кожи в 2021 и 2022 годах, а также в первой и второй половинах 2022 года на базе ТОФ РСНИПМЦОиР. Из Алмалыкского района в 2021 году выявляемость опухолей кожи составила 371 человек, а в 2022 году впервые выявлено новообразований у 420 человек, из них с опухолями кожи- 92. За первое полугодие- 31 человек, за второе полугодие- 61. Результаты анализа приведены в таблице:

Диагноз	2021 год	2022 год
Папиллома	50	78
Липома мягких тканей	19	52
Фиброма мягких тканей	22	27
Атерома кожи	10	5
Пигментный невус	20	41
Дермоидная киста	11	35
Фибролипома мягких тканей	15	25
Рак кожи	37	45

Во всех случаях проведено патоморфологическое исследование биопсийного и операционного материала, все диагнозы подтверждены.

Результаты данных исследований свидетельствуют об эффективности разработанной системы раннего выявления образований кожи среди населения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПОДРОСТКОВ С РЕТИНИРОВАННЫМИ ЗУБАМИ

Абдуллаева Нилуфар Икромбековна

Абдухоликов Самандар Хамидулло угли

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация:

Ретенция зубов может быть как самостоятельной аномалией, так и как симптомом, осложняющим клиническую картину и течение других зубочелюстных аномалий

Ретенция отдельных зубов зачастую является причиной нарушение формирования зубных рядов и их смыкание, функциональные и эстетические нарушения. (Е.Ю.Симановская с соавт.,1989; Л.П.Зубкова, Ф.Я.Хорошилкина,1993;Ф.Ф.Маннанова1998;Ф.Я.Хорошилкина,1999;W.Harzer, A.Reinhardt,K.Soltes, 1989).Множественная ретенция нередко выступает в качестве причины недоразвития альвеолярной части верхней или нижней челюсти.

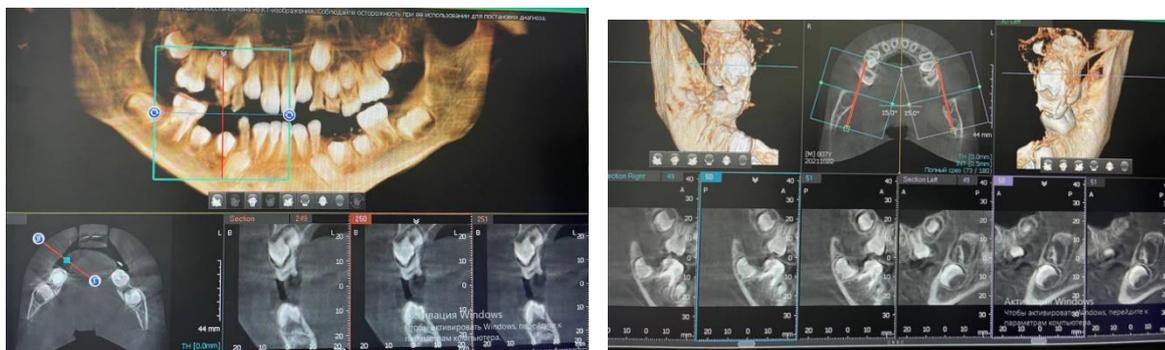
При оценке компьютерной диагностики во время лечение пациентов с ретинированными клыками или премолярами используется: ОПТГ , ТРГ и 3D рентгенов для определялась величина тела челюстных костей, ветвей и углов нижней челюсти; взаимоотношение зубных рядов; состояние гайморовых пазух; расположение элементов ВНЧС; зубоальвеолярную высоту в переднем и боковых участках челюстей; степень резцового перекрытия; асимметрии правой и левой половин лица.

Ключевые слова: ретенция , ОПТГ , ТРГ, 3D

Материалы и методы исследования

Для исследования пацанов с ретинированными зубами провели диагностический анализ: ТРГ , ОПТГ ,3D- рентген

Материалом для исследования послужили стоматологические обследования 43 больных в возрасте от 10 до 14 лет. Из них 18(41,8%) девочек и 25 (58,1%) мальчиков.



Результаты

По данным наших исследований 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

В основном выделяют 3 степени величины угла наклона ретенрованного зуба: I степень – наклон до 105° , что является благоприятным условием для прорезывания, II степень от 105° до 120° , характеризующаяся менее

благоприятными условиями для прорезывания, III степень наклон более 120° создает неблагоприятные условия для прорезывания зуба.

Заключение

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 результатов во время лечения зубочелюстно-лицевых аномалий

Литература:

1. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р. Вторичная деформация зубов, зубных рядов и прикуса после частичной вторичной адентии. Клиника, методы профилактики и лечения: Учеб.-метод. пособие. – Ташкент, 2016.
2. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р. Распространенность аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей сменного прикуса города Ташкента // Приоритеты фармации и стоматологии: от теории к практике: Сб. материалов 4-й науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Ташкент, 2015.
3. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А. Изучение аномалии зубочелюстной системы и профилактика вторичных деформаций зубной дуги у детей в период сменного прикуса // Вестн. Кыргызской гос. мед. акад. им. И.К. Ахунбаева. – 2015. – №4.
4. Хабилов Н.Л., Нурова Ш.Н., Нуров Н.Б. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей школьного возраста Бухарской области // Междунар. журн. прикл. и фундамент. исследований. – 2015. – №12 (ч. 9). – С. 1633-1634.
5. Гаязов, А.Р. Оптимизация профилактики зубочелюстных аномалий при преждевременном удалении зубов у детей Текст.: дис. . канд. мед. наук / А.Р. Гаязов. 2007. - 134 с.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Арипова Мохларбегим Азизулла кизи

клинический ординатор кафедры Детская терапевтическая стоматология ТГСИ

Научный руководитель: **Адылова Ф.А.** Ассистент кафедры Детской
терапевтической стоматологии

Цель работы: оценить качество индивидуального подбора методов и средств для ухода за полостью рта детей в возрасте 4-5 лет.

Задачи: изучить участие родителей в уходе за полостью рта детей при помощи анкетирования; определить гигиеническое состояние полости рта детей; разработать 62

индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта детей; выявить эффективность профилактических мероприятий у детей в возрасте 4-5 лет.

Методы и средства: было проведено анкетирование 10 мам по вопросам выбора средств гигиены полости рта для себя и своих детей, а также стоматологического просвещения. В

последующем были осмотрены их дети. Было определено гигиенического состояние полости рта детей при помощи индекса Федорова - Володкиной.

В ходе работы было определено, что гигиена у детей соответствовала плохому уровню. Были разработаны индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта, которые включали в себя: выбор зубной щетки и зубной пасты, а также метода чистки зубов. Было проведено стоматологическое просвещение родителей и детей. Через 3 недели было проведено повторное обследование детей, при котором был выявлен удовлетворительный уровень гигиены. Ещё через 3 недели – хороший уровень гигиены.

Выводы. В результате анкетирования удалось выяснить, что половина родителей приводят детей ко врачу с профилактической целью. Проведенные профилактические мероприятия способствовали улучшению состояния гигиены полости рта в 2 раза. Контроль родителей за чисткой зубов своих детей должен продолжаться более длительный период до закрепления навыков по качественному уходу

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Курбонова Гулноз Хошимовна

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Курбонова Гулноз Хошимовна – и.о. заведующей кафедрой терапевтической стоматологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”. Email-gulnozhshimovna@gmail.com. Тел: (+992) 918 43 43 77.

Цель исследования. Изучить знания врачей о целесообразности оценки гигиенического состояния полости рта у пациентов на основании анкетирования.

Материал и методы исследования. Нами проведен опрос 62 врачей с использованием разработанной анкеты. Анкета содержала вопросы о специальности врачей, их осведомленности о важности определения индекса

гигиены и методах определения назубных отложений. Также в ходе исследования проведён хронометраж определения индекса гигиены полости рта у детей студентами 2- курса стоматологического факультета.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие врачи детской стоматологической поликлиники и врачи частных клиник города Душанбе. Специальности врачей: 27-детские стоматологи, 15-гигиенисты стоматологические, 8-врачи общей практики, 3-ведущие прием как детей, так и взрослых, 5-стоматологи терапевты, принимающие только взрослых, а также 4-ортодонты. По данным анкетирования важным определением индекса гигиены считают 27-детских стоматологов. Большинство детских стоматологов ответили, что определяют индекс гигиены только на первичном приеме, тогда как гигиенисты стоматологические определяют его при каждом визите пациента. Большинство терапевтов и врачей общей практики отметили, что не определяют индекс гигиены или определяют редко. 37% (10) детских стоматологов (10) визуализируют налет с использованием красителя на основе раствор-йода и красящая таблетка-эритразина. 33,3% (9) детских стоматологов используют современный краситель Plaque Agent. 29,6% (8) детских стоматологов и 66,6% (10) гигиенистов проводят подсчет значения индекса гигиены с определением уровня гигиены рта. 82,2% (51) врачей всех специальностей считают, что значение индекса гигиены влияет на дальнейшую лечебную тактику или на кратность визитов пациента к стоматологу. Вместе с тем, 6,4% (4) всех опрошенных не определяют индекс гигиены или определяют его редко. Из причин, по которым они не определяют индекс гигиены, 6,4% (2) ответили, что данная манипуляция не входит в их обязанности. Около 8%(5) считают, что определение индекса гигиены занимает много времени. Нами проведён подсчёт времени, затраченного для объективной оценки гигиенического состояния рта - хронометраж определения индекса гигиены без ассистента составил от 52 до 62 секунд, с ассистентом – 72-83 секунды.

Выводы. Таким образом, большинство опрошенных врачей считают важным определение гигиенического состояния рта; 42,5% из них при определении индекса гигиены не используют красители. 8% опрошенных врачей не определяют индекс гигиены, объясняя это тем, что данная манипуляция не входит в их обязанности и занимает много времени. Однако, по результатам нашего исследования, для определения индекса гигиены с визуализацией налёта красителем и подсчётом его значения необходимо, в среднем, около 1 минуты.

Ключевые слова: индекс, гигиена, зубных отложений, хронометраж

Список литературы

1. Самаркина А. Н., Кондюрова Е. В., Теплова Ю. А. Оценка стоматологического статуса пациентов //Огарёв- Online, 2018. № 15 (120)
2. Железный П.А. Первичная профилактика стоматологических заболеваний / П.А. Железный, В.В. Рева. – Новосибирск, 1999.
3. Давыдов Б.Н. Эффективность профилактики стоматологических заболеваний у студентов, приехавших на обучение в Россию из стран дальнего зарубежья / Б.Н. Давыдов, О.А. Гаврилова, М.А. Шевлякова // Институт стоматологии: научно-практический журнал. – СПб.: 2011.
4. Сунцов В.Г. Первичная стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер. – Омск, 1997.
5. Луцкая И.К. Организация профилактики стоматологических заболеваний дошкольных учреждениях / И.К. Луцкая [и др.] // Стоматологический журнал. – 2012. – Т.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTION OF DENTAL CARIES IN CHILDREN IN A REGION WITH A DEVELOPED PETROCHEMICAL INDUSTRY

Raximberdiyev Rustam Abdunosirovich
Ruzimuradova Zilola Shukhratovna

zilolaruzimuradova@mail.ru

Samarkand State Medical University

Relevance. Children living in a city with a developed petrochemical industry have deteriorated indicators of physical development, a high level of somatic and dental morbidity is found: more precisely, the prevalence and intensity of caries of temporary and permanent teeth, dental hypoplasia, periodontal disease, malocclusion, malformations of the maxillofacial region, there is a decrease in the rate of salivation, pH of the oral fluid, calcium content in the oral fluid (N.S. Babushkina, 2013; A.V. Reznichenko, 2015, etc.).

Purpose of the study— increasing the effectiveness of prevention of dental caries in children in a region with a developed petrochemical industry.

Material and methods. A dental examination of 96 children aged 7-8 years in Nizhnekamsk (Republic of Tatarstan) was carried out, in which Kpu and Kpu of teeth were assessed, the hygienic index (GI) according to Fedorov-Volodkina (since not all children had permanent incisors erupted), TER- test on the Aksamit scale; assessment of saliva microcrystallization (MCS) on a 5-point scale. Depending on the preventive measures taken, the children were divided into three groups. Group 1: 30 children at

school 2 times a day brushed their teeth with calcium-containing toothpaste and used the Liquid Enamel SPLAT conditioner for 1 min, and once the teeth were treated with fluorine varnish. Group 2: 30 children at school 2 times a day brushed their teeth with calcium-containing toothpaste and used Liquid Enamel rinse. 3rd group: 36 children - control group, brushed teeth at home under the supervision of parents fluoride-containing dental infusion. All groups had a hygiene lesson. The data were entered into Excel spreadsheets, processed using the Statistica 10 program, and Student's t-test was used to assess the significance. Results. The prevalence of dental caries was 96.87%, permanent teeth were affected in 68.75% of children; The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$, All groups had a hygiene lesson. The data were entered into Excel spreadsheets, processed using the Statistica 10 program, and Student's t-test was used to assess the significance. Results. The prevalence of dental caries was 96.87%, permanent teeth were affected in 68.75% of children; The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$, All groups had a hygiene lesson. The data were entered into Excel spreadsheets, processed using the Statistica 10 program, and Student's t-test was used to assess the significance.

Results. The prevalence of dental caries was 96.87%, permanent teeth were affected in 68.75% of children; The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$, Student's t-test was used to assess significance. Results. The prevalence of dental caries was 96.87%, permanent teeth were affected in 68.75% of children; The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$,

Student's t-test was used to assess significance. Results. The prevalence of dental caries was 96.87%, permanent teeth were affected in 68.75% of children; The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$, The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.79\%$, The results of the preventive program were evaluated after a month. In the 1st group, the TER test at the beginning of the study was $49.33 \pm 4.07\%$, after a month — $40.16 \pm 3.34\%$ ($p < 0.001$); ISS test at the beginning of the month — 2.6 ± 0.25 , after 1 month — 3.36 ± 0.18 ($p < 0.05$); GI according to Fedorov-Volodkina — 2.76 ± 0.18 , a month later — 2.43 ± 0.18 ($p > 0.05$). In the 2nd group, the TER test at the beginning of the study was $37.0 \pm 2.9\%$,

BIBLIOGRAPHY:

1. Averyanov, S.V. Rationale for the prevention of dental diseases in children living in a region with a developed petrochemical industry of the Republic of Bashkortostan: author. dis. . cand. honey. Sciences. -M., 1999.-22 p.
2. Agafonov Yu.A. Experience in organizing primary prevention of dental caries in schoolchildren / Yu.A. Agafonov // Issues of organization and economics in dentistry. Yekaterinburg, 1994. - S: 23-26.

PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) IN ORAL MUCOSAL LESIONS

Kamilov Kh.P., Polatova Dj.Sh., Kakhkharova D.J.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Introduction: Oral cancer is one of the most common types of cancer. In 2012 there were approximately 264 thousand new cases worldwide and 128 thousand people died due to this disease. Oral cancer is among the ten most common cancers and is an important public health concern (Bychkov VA, Nikitina EG, Ibragimova M.K. 2016). The role of human papillomavirus (HPV) in oral carcinogenesis is still controversial

as detection rates of the virus in oral cavity reported in the literature varies greatly (Mravak-Stipetic M, Sabol I. 2013).

Objectives: The aim of this study was to evaluate the frequency of HPV infection and its genotypes in patients with oral lesions at the hospital therapeutic dentistry department of TSDI.

Case report: We conducted a molecular study with 21 patients (15 females) aged from two to 83 years with clinically detectable oral lesions. Clinically detectable lesions were submitted to total or partially biopsy. Tissue samples were fixed in formalin and embedded in paraffin for staining with hematoxylin-eosin and microscopy analysis. For HPV detection and genotyping, samples were collected from oral mucosa by exfoliating the lesions with sterile cytobrush before biopsy. Samples were stored in 70% ethanol at 4°C up to 15 days until processing. Samples were collected through exfoliation of lesions and HPV-DNA was identified using MY09/11 and GP5+/6+ primers. Genotyping was performed by multiplex PCR.

Discussion: Benign, premalignant and malignant lesions were diagnosed by histopathology. HPV was detected in 17 samples. Of these, HPV-6 was detected in 10 samples, HPV-18 in four and HPV-16 in one sample. When samples were categorized by lesion types, HPV was detected in two papilloma cases (2/3), five carcinomas (5/6), one hyperplasia (1/1) and nine dysplasia cases (9/11).

Conclusion: Unlike other studies in the literature, we reported high occurrence of HPV in oral lesions. Further studies are required to enhance the comprehension of natural history of oral lesions.

ORAL MANIFESTATIONS OF EXUDATIVE ERYTHEMA MULTIFORME

Kamilov Kh.P., Takhirova K.A.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Introduction: Erythema multiforme of the oral mucosa is a complex multifactorial acute inflammatory disease characterized by polymorphic rashes on the oral mucosa (genital organs), skin, cyclic course, and a tendency to relapse. Two main forms of multiform exudative erythema are small and large erythema multiforme. With a small erythema multiforme, only the bottom mucous membrane is affected and symmetrical target skin lesions are visible on the limbs. This contrasts with the main erythema multiforme, which affects two or more mucous membranes, and these lesions are very diverse. The peculiarities of the mouth in the cavity are

very characteristic: on the lips and the mucous membrane of the mouth, blisters are formed, which in the end burst and merge, forming erosive and ulcerative lesions woolly pseudo-film. Peeling of the gums, hemorrhagic covered lesions of the lips are also observed. Asymmetric erythematous maculopapular lesions eventually collapse and merge, forming plaques on the skin. The defeat of the target or the iris ("cocarda") is a classic lesion of the skin with erythema multiforme. The diagnosis of erythema multiforme can be difficult in the case of a monomorphic blistering rash and in the absence or small number of typical targets. Of particular interest are the distinguishing features and manifestation of erythema multiforme of different etiologies.

Objectives. To study the clinical course of erythema multiforme exudative form.

Materials and methods. The study involved 40 people, aged 18-55 years, diagnosed with erythema multiforme exudative, who applied and were under outpatient observation. The anamnesis of the course of erythema multiforme and the clinical course of the present relapse were studied. The frequency of occurrence of erythema multiforme exudative was determined and the causal relationships of lesions of the oral mucosa in this pathology were analyzed, including risk factors in the development of pathological conditions of the oral mucosa.

Results and discussion. In the course of the statistical analysis, it was found that in 39% of cases, young people aged 21-40 years were most susceptible to erythema multiforme, and chronic and recurrent purulent-inflammatory infections of the ENT organs (32%) were noted with a high frequency of concomitant diseases, and diseases of the gastrointestinal tract (17%). Complaints of patients with erythema multiforme consisted of pain (95%), tightness (72%), discomfort (29%), burning sensation (66%). During the survey, we found out the duration of the disease, the frequency of exacerbations, the nature of the treatment, the duration of remission. Around 70% of cases of MEE have characteristic features of the oral cavity. Lesions of the oral cavity have a tendency to necrotization of the mucous membrane and anterior parts of the mouth in the cavity. Obvious afflicted the sites are lips 54%, mucous membrane cheeks 42 % tongue 36 and mucous palate 27%. In patients with erythema multiforme of the oral mucosa, there is a deterioration in oral hygiene. In all patients, the value of the OHI-S index was 2.26 ± 0.13 and 0.85 ± 0.22 , respectively ($P < 0.01$). A low level of oral hygiene enhances the inflammatory and destructive lesions of the oral cavity and reduces local immunity and, thereby, aggravates the clinical course of erythema multiforme in the oral cavity.

Conclusion. Thus, the results of our studies show that the erythema multiforme initially manifests itself in the red border of the lips, on the mucous membranes of the

oral cavity, cheeks, tongue, hard and soft palate, and is represented by clinical subjective and objective manifestations, as well as a decrease in dental quality of life indicators, which requires special approaches in the diagnosis of this disease.

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ.

Гажва Светлана Иосифовна

доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Приволжский
Исследовательский Медицинский Университет» Минздрава России,
заведующий кафедрой стоматологии ФДПО
stomfpkv@mail.ru

Кучер Валерия Анатольевна

к.м.н., ассистент кафедры ФДПО ПИМУ, главный врач сети стоматологических
клиник «Садко», Нижний Новгород
valeriya.kucher@mail.ru

Вопросы одонтогенной инфекции сохраняют высокую актуальность в настоящее время. Данные специальной отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что количество пациентов с хронической одонтогенной инфекцией (ХОВЧС) является причиной в 50% случаев всех верхнечелюстных синуситов.

При этом, в 72% случаев эта патология проявляется в возрасте 30-50 лет (Ф.И.Шульман, 2001; Р.С.Зекерьяев, 2009; А.А. Ушаков, 2010; А.А. Слетов, 2015; R.Burnham, 2009). Эта проблема давно вышла за пределы медицинской и приобрела статус социально-экономической.

Часто методом выбора становится хирургическое лечение с удалением зуба, что приводит к увеличению сроков заживления, необходимости последующего восстановления целостности зубного ряда и удлинению сроков реабилитации.

До настоящего времени способ выбора метода лечения и эффективность консервативного метода является дискуссионным.

Цель исследования — оценить возможности консервативного лечения апикального периодонтита, осложненного воспалительными процессами в верхнечелюстном синусе в различных клинических ситуациях.

В исследованиях принимали участие 10 пациентов с диагнозом хронический периодонтит, который явился причиной развития

верхнечелюстного синусита. Диагноз одонтогенный верхнечелюстной синусит установлен оториноларингологом.

От каждого пациента было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании и проведение эндодонтического лечения.

Материалы и методы: клинический, рентгенологический, аналитический.

Для лечения периодонтита были использованы консервативные (эндодонтические) и консервативно-хирургические (зубосохраняющие) методы.

Результаты. Проведенное исследование, которое включало в себя консервативное и консервативно-хирургическое лечение 10 пациентов, показало, что у пациентов отмечается положительная динамика в исчезновении жалоб, явившихся причиной обращения в клинику, нормализация объема верхнечелюстного синуса на КЛКТ за счет снижения отека слизистой оболочки, а также восстановление костной структуры верхней челюсти в отдаленные сроки.

При этом в 80% случаев для достижения эффективного результата было достаточно проведения консервативного лечения, в 20% потребовалось применение комбинированных методов.

Выводы:

1. Консервативное лечение одонтогенных синуситов является методом выбора в каждой конкретной клинической ситуации с учетом жалоб пациента, рентгенологической картины патологического очага и функциональной ценности причинного зуба.
2. Эндодонтическое лечение периапикальных очагов позволяет не только устранить воспалительные изменения верхнечелюстного синуса, но и сохранить зуб, как полноценно функционирующий орган.

Литература.

Громоздкова М.В. Верхнечелюстные хронические синуситы. Современная диагностика. Аллея науки. 2019. Том 1. Номер 4 (31). С.104-107

С.А.Карпищенко, А.А.Зубарева, М.А.Чибисова, М.А.Шавгулидзе. Современные возможности высокотехнологичных цифровых методов исследования при решении вопросов дифференциальной диагностики и тактики лечения больных с рино одонтогенной инфекцией лицевого отдела головы. Лучевая диагностика и терапия. No 4(5) 2014 С.6-17

Шульман С.В. Острые и хронические верхнечелюстные синуситы, развившиеся после эндодонтического лечения / С.В. Шульман, Ф.И. Шульман // Дантист. – 2001. — №1 – С.11-11.

Burnham, R. Aspergillosis of the maxillary sinus secondary to a body (amalgam) in the maxillary antrum / R. Burnham, C. Bridle // Brit J Oral Maxillofac Surg. – 2009. – Vol.47. – P.313-315.

С.А. Карпищенко Стоматологические показания к эндоназальному вскрытию верхнечелюстной пазухи / Карпищенко С.А., Зерницкий А.Ю., Болознева Е.В., Баранская С.В. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2016. – Т.22. - №4. – С.35-41

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТУРА ДЕСНЫ ВОКРУГ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Мирхусанова Раъно Сергей кизи, Шомуродов Кахрамон Эркинович

Ташкентский государственный стоматологический институт

mirkhusanovars19596@mail.ru

Актуальность. В настоящее время неоспоримо значение показателей локальной гемодинамики на успех лечения с опорой на дентальные имплантаты. Гемодинамические изменения в микроциркуляции тканей десны являются первыми признаками, отражающими реакцию воздействия ортопедической конструкции на опорные зубы или дентальные имплантаты.

Функциональные методы исследования, такие как капилляроскопия, реопародонтография, лазерная и ультразвуковая доплеровская флоуметрия, эхоостеометрия, частотно-резонансный анализ нашли широкое применение в стоматологии. Эти исследования позволяют оценить состояние регионарной сосудистой системы, кислородный метаболизм, характер сосудистых реакций на жевательную нагрузку и плотность костных структур.

Целью исследования был анализ данных клинических исследований по изучению изменения показателей локальной гемодинамики на различных этапах протезирования с опорой на дентальные имплантаты.

Материалы и методы. Научные статьи, результаты клинических исследований, опубликованные в международных наукометрических базах.

Результаты исследования. Е. М. Келенджеридзе с соавт. (2006) изучили до и после протезирования с использованием несъемных ортопедических конструкций характер и сроки восстановления параметров микроциркуляции в

тканях десны в зависимости от количества рядом стоящих имплантатов. Авторы установили, что после имплантации одиночного имплантата в микроциркуляторном русле тканей десны отмечается усиление кровообращения, что характеризуется ростом уровня кровотока на 42% и его интенсивности в 3,5 раза, которое нормализуется через 4 месяца. После установки 2-3 имплантатов в тканях десны уровень кровотока снижался на 64% на фоне усиления его интенсивности в 1,9 раза. Восстановление микроциркуляции наступает через 6 месяцев после имплантации. При протезировании одиночного имплантата в тканях десны развивается гиперемия, а при фиксации протезной конструкции с опорой на 2–3 имплантата – выраженные застойные явления в микроциркуляторном русле, связанные с вазоконстрикцией артериол, застоем в венулах и снижением уровня кровотока.

Также имеет значение изучение показателей локальной микроциркуляции в случаях атрофии альвеолярного гребня и дефицита мягких тканей при различных фенотипах десны, до и после костной и десневой пластики. Известен ряд исследований по анализу влияния способов формирования лоскутов при остеопластике. Так Кулаков А.А. и соавт. (2014) сравнили воздействие на параметры микроциркуляции различных способов выполнения операции по установке формирователей десны: традиционный со скальпелем, СО₂-лазером и Er:YAG-лазером. В результате было определено, что использование СО₂-лазера сопровождалось менее выраженными нарушениями микрогемодинамики, приводит к слабо выраженной отсроченной гиперемии в микроциркуляторном русле, которая развивалась на 3-и сутки и купировалась через неделю. Применение Er:YAG-лазера вызывало наименьшие гемодинамические сдвиги, что приводило к восстановлению уровня микроциркуляции в наиболее короткие сроки – уже через 3 суток, что характеризовало наименее травматичное воздействие на микрогемодинамику в тканях десны.

Гветадзе Р.Ш. и соавт. (2012) изучили динамику показателей микроциркуляции на этапах формирования контура десневой манжетки в зависимости от диаметра формирователя десны. Так при установке расширяющего формирователя десны диаметром 5,5 мм было отмечено существенное снижение уровня тканевого кровотока, что говорило о развитии выраженной ишемии в области маргинальной десны. При установке расширяющего формирователя десны диаметром 4,5 мм в микроциркуляторном русле маргинальной десны уровень микроциркуляции снижался незначительно. В случае фиксации офрезерованного абатмента были отмечены минимальные изменения локальной гемодинамики, которые купировались через 7 дней после фиксации.

Известно, что точное воспроизведение контуров мягких тканей в области имплантата является одним из ключевых моментов успешного ортопедического лечения при протезировании с опорой на имплантаты. Ряд исследований подтверждает значение диаметра формователя десны на отдалённые результаты протезирования. Хроническая травма краевой околоимплантатной десны приводит к маргинальной деструкции костной ткани. В мягких тканях длительное состояние вазоконстрикции клинически проявляется рецессией десны.

Снижение интенсивности кровотока и повышение тонуса периферических сосудов может привести к развитию циркуляторной гипоксии, играющей существенную роль в возникновении патологического процесса, периимплантита и нарушения процесса остеоинтеграции установленных дентальных имплантатов.

Выводы. Таким образом, мониторинг показателей локального регионарного кровотока на этапах имплантологического лечения и дальнейшего протезирования, в частности в процессе формирования контура десневой манжетки, позволяет прогнозировать его исход и отдалённые результаты, а также объективно оценить риск рецессии десны и краевую резорбцию кости вокруг дентальных имплантатов.

Список литературы:

1. Гветадзе Р.Ш., Кречина Е.К., Нубарян А.П., Абрамян С.В. Исследование микрогемодинамики в маргинальной десне при формировании ее контура после второго этапа внутрикостной дентальной имплантации. *Стоматология*. 2012;91(4):46-48.

2. Кулаков А.А., Кречина Е.К., Каспаров А.С., Верзилов Е.В., Серегин С.С. Влияние различных методов проведения второго этапа имплантации на показатели микроциркуляции в тканях десны вокруг раны. *Стоматология*. 2014;93(6):52-56.

3. Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Журакулов Н.Ш. Значение кератинизированной десны при протезировании с опорой на дентальные имплантаты и методы увеличения её ширины (обзор литературы). *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. 2023;2(1):82–89.

4. Shukparov A. B., Shomurodov K. E., kizi Mirkhusanova R. S. Microcirculation of the mucosa of the alveolar ridge during the preliminary soft tissues expansion and guided bone regeneration (clinical trial) // *European journal of modern medicine and practice*. – 2022. – Т. 2. – №. 9. – С. 64-72.

ASSESSMENT OF LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Usmanova Sh.R., Davlatova D.D., Buriev A.E.

Introduction: In chronic pyelonephritis (CP), there is a wide range of diseases of the oral mucosa that develop due to uremic intoxication and have their own distinctive features. However, there is no information in the literature on the effect on the structure and frequency of occurrence of lesions of the COPD of the duration of kidney disease and the time of occurrence of pathology. There is also a very low awareness of patients on the peculiarities of oral care and the influence of odontogenic foci of infection on the treatment of kidney diseases and health in general. Of all the patients examined by nephrologists, only 30% seek dental care and oral sanitation.

Material and methods of research

In 68 patients with chronic pyelonephritis aged 25 to 65 years and older, with a disease duration of 3 to 10 years (of which 67.2% were women and 32.8% were men), the level of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines was determined in urine and blood plasma. The control group consisted of 18 healthy volunteers aged 25 to 32 years.

Oral fluid, blood and urine were collected in the morning (from 8 to 10 o'clock).

The content of proinflammatory cytokines in oral fluid, blood serum and urine [interleukin—1p (IL-1p), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), tumor necrosis factor-a (TNFa)] and anti-inflammatory interleukin-2, -4 (IL-2, IL-4), interleukin-10 (IL-10)] were determined by enzyme immunoassay.

Research results and their discussion

In chronic kidney disease, interleukins are synthesized mainly in response to inflammation by uroepithelial cells of the proximal tubular part of the nephron. In this situation, one of the non-invasive methods for detecting the activity of inflammatory processes occurring in the kidneys is a change in the cytokine profile in the oral fluid, which can be considered an important diagnostic indicator that reveals the severity of the inflammatory process.

Conclusions

The progression of tubulo-interstitial kidney damage in patients with periodontal disease is characterized by an increase in urinary excretion of proinflammatory cytokines: IL-1, IL-6, IL-8, TNF-a, with a simultaneous decrease in urinary excretion of anti-inflammatory IL-10. At the same time, increased levels of

IL-6 in the blood provide activation of humoral immunity, limiting the significance of cell-mediated immune reactions.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОМЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА- ОРТОПЕДА.

Нормуратов Азиз Нормуратович

Кафедра ортопедической стоматологии, Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Актуальность темы. При подготавливании пациента к имплантации существуют различные протоколы операции и послеоперационного введения после экстракции зуба. Одно из ключевых факторов при одномоментной имплантации является остеоинтеграция и первичная стабилизация имплантата. Другой проблемой при немедленной имплантации является правильное позиционирование имплантата, в связи с несовпадением размера и формой имплантата, формой и размером лунки. Учитывая вышесказанное, важен четкий алгоритм проведения непосредственной имплантации, который будет оптимален для обеспечения остеоинтеграции и последующей функциональной нагрузки и конечно же достижения эстетического результата. В данной обзорной статье проведен анализ современных подходов при одномоментной дентальной имплантации в лунку удалённого зуба, упомянуты методы решения указанных проблем.

Цель. Совершенствовать эффективность сохранности объема костной и мягкой ткани вокруг удаленного зуба при одномоментной имплантации.

Материалы и методы исследования. Для теоретического обзора научного материала по данному исследованию были изучены статьи научных сборников и журналов, авторефераты кандидатских и докторских диссертаций. Поиск отечественных и зарубежных источников производился на порталах: Medline, disserCat, Clinicalkey, eLIBRARY.

Обсуждение и результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что всё это делает моментальную имплантацию (т. е. установку имплантата в лунку только что удаленного зуба) весьма желательной для решения данных проблем. К сожалению, некоторыми хирургами-имплантологами она до сих пор воспринимается скептически — в первую очередь, из-за риска осложнений. Также существует мнение, что моментальная

имплантация имеет массу противопоказаний, что делает ее невозможной в большинстве случаев.

При отборе пациентов для лечения методом моментальной имплантации руководствовались теми же критериями, что и при классической отсроченной имплантации. При этом на первое место выходят местные критерии отбора, а именно:

- отсутствие острого воспалительного процесса в зоне предполагаемой имплантации
- достаточный объем костной ткани и слизистой оболочки (последнее наиболее важно) в области удаляемого зуба.

Выводы. Одним из преоритетов одномоментной имплантации является практически полное отсутствие атрофических изменений в области операции, а также наличие лунки удаленного зуба, что существенно облегчает позиционирование и подбор имплантатов по размеру. Длина и диаметр имплантата должны максимально соответствовать длине и размеру удаляемого зуба.

Наиболее важным является диаметр ортопедической платформы, именно от ее размера зависит качество протезирования и удобство дальнейшей эксплуатации ортопедической конструкции. Ниже на примерах своих пациентов я постараюсь показать особенности проведения операции немедленной имплантации в разных клинических случаях

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

*Камилов Х.П., профессор кафедры Гоститальной терапевтической стоматологии
Рахимова М.А. докторант кафедры Гоститальной терапевтической стоматологии
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан*

Актуальность. SARS-CoV-2 – один из самых опасных РНК-вирусов. Он вызывает COVID-19. Возникновение в конце 2019 года заболеваний, вызванных новым коронавирусом уже вошло в историю как чрезвычайная ситуация международного масштаба. Помимо поражений дыхательной и сердечно-сосудистой системы COVID-19 затрагивает также ткани полости рта, вызывая долгосрочное снижение местного иммунитета, и является причиной обострения различных хронических заболеваний полости рта и возникновение новых патологий[1].

Среди причин проблем – ослабление местного иммунитета полости рта, ухудшение снабжения тканей кислородом и питательными веществами на фоне низкой интенсивности кровотока и размножения вредоносной микрофлоры. Все эти факторы возникают у пациентов, перенесших COVID-19 даже в легкой форме.

Цель исследования: Выявить степень изменения физико-химических показателей слюны людей, перенесших неосложненную новую коронавирусную инфекцию, по сравнению с людьми, которые не болели Covid-19;

Методы исследования. В исследовании приняли добровольное участие 20 человек в возрасте от 20 до 40 лет, являющиеся стоматологическими пациентами клиники госпитальной терапевтической стоматологии при ТГСИ. Из них 10 пациентов перенесли неосложненную новую коронавирусную инфекцию и были обследованы через 3 месяца \pm 2 недели после получения двух отрицательных результатов на вирус SARS-CoV-2. Остальные 10 человек вообще не болели Covid-19 в явно выраженной форме, поэтому их можно считать контрольной группой.

Буферные системы, содержащиеся в ротовой жидкости (белковая, фосфатная, гидрокарбонатная), поддерживают pH биологической жидкости в постоянном численном интервале. Это является важным фактором, обеспечивающим здоровье зубов и десен. Буферная емкость ротовой жидкости по основанию позволяет нейтрализовать основные соединения и избегать сдвига pH в щелочную среду. По данным, представленным в таблице 1, видно, что V_0 ротовой жидкости пациентов, переболевших Covid-19 немного выше, чем у людей из контрольной группы. Это может быть связано с более высокой концентрацией протолитических кислот в составе ротовой жидкости, ведь именно они будут нейтрализовать основания и обеспечивать V_0 биологической жидкости.

Физико-химические показатели ротовой жидкости стоматологического пациента.

pH		Поверхностное натяжение, эрг/см ²		Буферная емкость по основанию, ммоль·экв/л	
перенесли Covid-19	<i>не</i> болели Covid-19	перенесли Covid-19	<i>не</i> болели Covid-19	перенесли Covid-19	<i>не</i> болели Covid-19
6,7	6,7	57,	57,	5	5

5	5	9	2		
7,2 5	6,5	52, 3	52, 3	5	5
7,2 5	7,0	57, 1	59, 1	5	1,2 5
6,5	7,2 5	60, 0	57, 1	2, 5	1,0
6,7 5	7,0	58, 7	52, 7	2, 5	2,5
6,5	7,0	58, 2	56, 9	2, 5	1,2 5
6,7 5	6,7 5	56, 2	55, 0	1, 7	1,7
6,7 5	6,7 5	52, 3	53, 3	5	1,7
6,5	7,0	56, 2	57, 1	2, 5	2,5
7,0	7,2 5	54, 0	53, 2	5	1,7

Выводы. Исследуемые физико-химические показатели ротовой жидкости пациентов с подтвержденным диагнозом – неосложненный Covid-19 через три месяца после получения двух отрицательных результатов на вирус SARS-CoV-2 остались в пределах физиологической нормы.

По сравнению со здоровыми пациентами контрольной группы у людей, перенесших новую коронавирусную инфекцию в исследуемый период, наблюдались следующие отличия показателей ротовой жидкости: уменьшение величины рН, то есть закисление биологической жидкости, понижение количества поверхностно-активных веществ и уменьшение буферных свойств по отношению к основаниям.

Список литературы:

1. Вавилова, Т. П. Слюна. Аналитические возможности и перспективы/ Т. П. Вавилова, О. О. Янушевич, И. Г. Островская. – Бином, 2014. – 312 с.
2. Зурочка, А. В. Антибактериальные свойства синтетических пептидов активного центра GM-CSF / А. В. Зурочка, Ю. Г. Суховой, В. А. Зурочка [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 32-34.

3. Саркисян, Н. Г. Антимикробные пептиды в терапии слизистой полости рта / Н. Г. Саркисян, Н. Н. Катаева, И. А. Тузанкина [и др.] // Российский иммунологический журнал. – 2019. – Т. 13(22), №2. – С. 524-529.

ВОЗРАСТНЫЕ СЕКРЕТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Рахимова М. К, Сайфуллоев А., Каримов Х. А

Кафедра челюстно - лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни
Сино». Таджикистан

@rahimova.muhaio01@gmail.com

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джонибекова Р.Н

Цель исследования. Изучение секреторной функции малых и больших слюнных желез у здоровых людей по возрасту.

Материалы и методы. Обследование проводили в отделение взрослой челюстно- лицевой хирургии НМЦ РТ с 2022-2023 гг. Секреторную функцию больших и малых слюнных желез определяли по результатам общей сиалометрии. Сиалометрию проводили в 11-12ч дня, через 2 часа после приема пища путем сбора смешанной слюны методом сплевывания ее в мерную пробирку в течение 10 минут. Объем секреторируемой слюны определяли в миллилитрах. Для стимуляции слюны использовали нанесение на язык небольшое количество лимона. Обследованы 44 здоровых лиц. Из них женщин 24, мужчин 20. Возраст обследованных лиц от 20 до 70 лет. Выделили 5 возрастных групп: 1-я группа от 20 до 30 лет, 2-я группа 31 до 40 лет, 3-я группа 41 до 50 лет, 4-я группа от 51- 60 и 5-я старше 60 лет.

Результаты исследования: Результаты определения объема не стимулированной смешанной слюны в зависимости от возраста. У обследованных уровень секреции смешанной слюны за 15 минут составил $3,37 \pm 0,12$ мл. Самые высокие показатели секреции $4,46 \pm 0,22$ мл определялись в 1-ой группы. Во 2-ой группе уровень секреции смешанной слюны снижался $p < 0,05$. В 3-й группе объем смешанной секреции был меньше, чем в предыдущих группах $3,08 \pm 0,17$ мл., в 4-й и 5-й группах показатель объема секреции смешанной слюны также был снижен по сравнению с предыдущими возрастными группами.

При стимуляции саливации небольшого количество лимона на поверхность языка даёт увеличение объема смешанной слюны в 1,5 раза.

Увеличение показателей секреции слюны отмечалось как у мужчин, так и у женщин во всех возрастных группах.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты исследования секреторной функции слюнных желез говорит о том, что с возрастом уровень секреции смешанной слюны уменьшается, уровень секреции смешанной слюны у практически здоровых лиц составляет в среднем 3,2 мл за 10 минут, а при стимуляции лимоном секреция увеличивается в 2 раза.

Список литературы:

1. Афанасьев В.В. Ошибка в МКБ-10. Слюнные железы/Мат. Научн.- практ. Конф. С межд. Участ., посвящ. 1 съезду сиалологов: Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез. - М., 2009.- С. 9-11.
2. Васильев В. И. Болезнь Шегрена: клиничко- лабораторные, иммуноморфологические проявления и прогноз: Автореф. Дис. Д-ра мед. Наук.- М.2007
3. Денисов А. Б Слюнные железы. Слюна.- М., 2000.- 246с.
4. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез. Панина А. М.

ПОКАЗАТЕЛИ СЕКРЕТОРНОГО Ig A В СЛЮНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОГО COVID-19.

Камилов Х.П., профессор кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии

Рахимова М.А. докторант кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: В связи с распространением новой коронавирусной инфекции неуклонно растет число заболеваний слизистой оболочки рта, развивающихся на фоне перенесенного COVID-19. Для врача-клинициста актуальной становится задача своевременно провести диагностику, выявить заболевание и начать рациональную фармакотерапию, чтобы предотвратить трансформацию стоматологических заболеваний в более тяжелые формы [1].

Цель работы: Оценить изменение показателей секреторного IgA (слюна) в зависимости от сроков заболевания у пациентов с COVID-19:

Материалы и методы: На клинических базах кафедр стоматологии ТДСИ было проведено стоматологическое обследование 51 пациентов (29

женщин и 22 мужчин) в возрасте от 20 до 75 лет с различными заболеваниями слизистой оболочки рта. Пациенты имели в анамнезе перенесенную коронавирусную инфекцию от нескольких дней до 6 месяцев назад.

Поражения слизистой оболочки рта чаще встречались у пациентов на ранних сроках реабилитации (до 1 месяца после COVID-19), а также у лиц, сроки заболевания которых превышали 30 дней, при этом в обоих случаях наблюдался высокий уровень sIgA в ротовой жидкости [2].

При анализе уровня sIgA в ротовой полости у пациентов в зависимости от сроков реабилитации было установлено, что статистически значимое снижение показателей происходит в диапазоне от 3 до 6 месяцев ($p_{1-3}=0,006$; $p_{2-3}=0,028$) и более 6 месяцев ($p_{1-4}=0,004$; $p_{2-4}=0,032$). В период до 1 месяца ($p_{0-1}=0,016$), а также от 1 до 3 месяцев ($p_{0-2}=0,013$) уровень sIgA сохранялся на статистически значимо высоком уровне.

В зависимости от сроков заболевания у пациентов с COVID-19 наблюдалось статистически значимое повышение показателей секреторного IgA через семь дней и повышалось до 30-го дня от начала лечения[4].

Повышение уровня sIgA в ротовой жидкости может быть обусловлено проявлением «цитокинового шторма». Активная репликация и высвобождение вируса запускают каскад реакций в организме, что приводит к развитию воспаления. Механизм процесса воспаления усиливается большим количеством провоспалительных цитокинов, например, ИЛ-6, ИЛ-1, хемокинов (ИЛ-8) и др. ИЛ-6 оказывает плеiotропное действие на приобретенный иммунитет, стимулируя продукцию антител В-клетками, в том числе sIgA. В норме воспаление регулируется противовоспалительными цитокинами, нарушение регуляторного баланса приводит к значительному разрушению собственных тканей [3].

Список литературы:

1. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel AS, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *The Lancet* [Internet]. 2020 Apr 21;395(10234). doi: 10.1016/S0140-6736(20)30937-5
 2. Mondal R, Lahiri D, Deb S, Bandyopadhyay D, Shome G, Sarkar S, et al. COVID-19: Are we dealing with a multisystem vasculopathy in disguise of a viral infection? *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. 2020 Jul 5;50(3):567–79. doi: 10.1007/s11239-020-02210-8
 3. Zamboni P. COVID-19 as a Vascular Disease: Lesson Learned from Imaging and Blood Biomarkers. *Diagnostics*. 2020 Jun 29;10(7):440. doi: 10.3390/diagnostics10070440
- Zinkernagel AS, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis

4. Колчанова Н.Э., Манак Т.Н., Окулич В. К. :СОСТОЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19, международные обзоры: Клиническая практика и здоровье 2 / 2021

МИО И АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЙ РЕЧИ.

Нигматова И.М., магистр Зикирова Мохичехра

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. 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 (ортопанотомограмм, телерентгенограмм головы в боковой проекции) и результатов функционального исследования. Из 26 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзии 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 основные функциональные показатели, что доказывает устранение дисбаланса жевательных мышц, который присутствовал до ортодонтического лечения.

Литература

1. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М. [Ортодонтия](#). Дарслик. 2-жилд. Тиббиёт олий ўқув юртларининг “Стоматология” факультети талабалари. Т. 2019. – 415 с.
3. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
4. Nigmatova I. M., Khodzhaeva Z. R., Nigmatov R. N. Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 4. – С. 72.
5. Nigmatova I. M., Nigmatov R. N., Inogamova F. K. Differentiated orthodontic and speech therapy treatment to eliminate pronunciation disorders in children with dentoalveolar anomalies //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 71.
6. Nigmatov R. N. et al. Prevention of dentoalveolar anomalies //Молодой ученый. – 2021. – №. 39. – С. 40-43.
7. Nigmatov R. N. et al. Speech Disorders In Children With The Deformation Of The Dentoalveolar System And Their Complex Treatment //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – Т. 7. – №. 11. – С. 2020.

ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦА

Раззаков У.М., Нигматова И.М., Акбаров К.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра
Ортодонтии и зубного протезирования, Узбекистан*

На практике трудно определить границу между допустимой асимметрией и начальной стадией патологической асимметрии, тем более что мягкие ткани лица до определенного времени скрывают неравномерности развития челюстно-лицевого скелета.

При перекрестном прикусе морфологические и функциональные изменения, происходящие вследствие различных причин внутреннего и внешнего характера, создают односторонние различия формы лица. Но в эстетике определяется предел физиологической асимметрии, который является выражением индивидуальных особенностей личности.

Цель настоящей работы состояла в обосновании и сравнительной оценке допустимой и патологической асимметрии эстетики лица при перекрестном прикусе.

Материал и методы исследования. Для установления достоверности и приемлемости для сравнения мы провели анализ задне-передних (прямых) телерентгенограмм по 42 показателям у 15 детей от 6-14 лет с ортогнатическим прикусом и 17 детей того же возраста с перекрестным прикусом. Метод прямой телерентгенографии нами избран как объективный способ оценки вариаций размеров черепа в вертикальной и горизонтальной измерительной плоскости. В качестве основных были взяты две плоскости симметрии: горизонтальная, проходящая через точки пересечения косых орбитальных линий с наружными краями латеральных стенок орбит (Lat), и вертикальная-срединная медиана черепа, проходящая через основание петушьего гребня, точки N и Sna. За срединную точку отсчета линейных величин была принята точка пересечения этих плоскостей (O). Вертикальная ассиметрия оценивалась по углам инклинации, образованным горизонтальной плоскостью и линиями Go-Go, Ке-Ке, Ко-Ко, а также по расстоянию между горизонтальной плоскостью и латеральными точками этих линий. Ассиметрия в трансверзальной плоскости учитывалась по углу, образованному срединной медианой, и перпендикуляром, восстановленным из точки O и, кроме того, по отклонению латеральных точек от срединной медианы.

Результаты исследования показали максимальным показателем асимметрии лица для исследуемой группы с ортогнатическим прикусом по нашим данным явилась величина $\pm 2,5^\circ$. При перекрестных прикусах таким показателем явилась величина $\pm 5^\circ$. Полученные данные позволяют считать условным

пределом физиологической асимметрии величину $\pm 2,5^\circ$ показатель выше $\pm 5^\circ$ расценивать как признак патологической асимметрии, а асимметрию в пределах от $\pm 2,5^\circ$ до $\pm 5^\circ$ считать допустимой или относительной и расценивать как тенденцию к патологической асимметрии.

Литература

1. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
2. Нигматов Р., Раззаков У., Нигматова И. Асимметрия лица при перекрестном прикусе //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – Т. 1. – №. 02. – С. 50-51
3. Nigmatova I. M., Nigmatov R. N., Inogamova F. K. Differentiated orthodontic and speech therapy treatment to eliminate pronunciation disorders in children with dentoalveolar anomalies //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 71.
4. Nigmatov R. N. et al. Prevention of dentoalveolar anomalies //Молодой ученый. – 2021. – №. 39. – С. 40-43.
5. Nigmatov R. N. et al. Speech Disorders In Children With The Deformation Of The Dentoalveolar System And Their Complex Treatment //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – Т. 7. – №. 11. – С. 2020.

УЗДЕЧКА ЯЗЫКА И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ

Исмоилов М.Х., Нигматова И.М., Кодиров Ж.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт, Кафедра
Ортодонтии и зубного протезирования, Узбекистан*

При укороченной уздечки языка отмечаются нарушения функции сосания у грудных детей, а также глотания и речи в более старшем возрасте. Выраженность функциональных нарушений у детей с короткой уздечкой языка зависит от протяженности и эластичности связки, места ее прикрепления, длины и гибкости свободного края языка. Среди стоматологических заболеваний детского возраста 32% случаев встречается анкилоглоссия - аномалии прикрепления уздечек языка (Персин Л.С.2019).

Целью нашей работы явилось изучение распространенности и повышение эффективности диагностики, а также комплексного лечения при аномалиях прикрепления уздечки языка у детей сменного прикуса.

Материал и методы исследования. По нашим данным среди 505 обследованных детей (от 6-14 лет) города Ташкента аномалия прикрепления уздечки языка было обнаружено у 28,7% детей. У мальчиков она составила 28,2%, у девочек – 26,8% случаев. В этой группе обследованных при наличии уздечек языка зубочелюстные аномалии наблюдались у 17,5%, нарушение речи (дислалии) у 12,1% детей при произношении букв р,с,щ,ц. После своевременного хирургического вмешательства у 3,5% детей из этой группы наблюдалось саморегуляция зубочелюстных аномалий.

На основании наших наблюдений и лечения детей с аномалиями прикрепления уздечек языка позволили нам сделать следующие практические рекомендации: Следует отметить, что в плане комплексного лечения детей с уздечками языка имеется тесная связь между специалистами: врачом-ортодонтом, педиатром и логопедом. Хирургическое вмешательство (френулотомия) детям с короткими уздечками языка проводятся по индивидуальным показаниям. В плане комплексного лечения важное значение следует придавать проведению профилактических мер против грубого рубцевания операционной раны, т.е. частичному или полному рецидиву. Для этой цели начиная с 5-6 дня после операции рекомендуется проводить легкий массаж, миогимнастику по назначению врача-ортодонта и специальную артикуляционную гимнастику («Лошадка», «Грибок», «Маляр», «Гармошка») у логопеда если имеется нарушение речи. Дети с короткой уздечкой языка должны находиться на диспансерном учете у врача-ортодонта. Лечение должно осуществляться комплексным, что в конечном итоге достигается стабильный анатомический, функциональный и косметический эффект.

Литература

1. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М. Ортодонтия. Дарслик. 2-жилд. Тиббиёт олий ўқув юртларининг “Стоматология” факультети талабалари. Т. 2019. – 415 с.
2. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
3. Nigmatova I. M., Khodzhaeva Z. R., Nigmatov R. N. Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus // "Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 4. – С. 72.
4. Nigmatova I. M., Nigmatov R. N., Inogamova F. K. Differentiated orthodontic and speech therapy treatment to eliminate pronunciation disorders in children with

dentoalveolar anomalies //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 71.

5.Nigmatov R. N. et al. Prevention of dentoalveolar anomalies //Молодой ученый. – 2021. – №. 39. – С. 40-43.

6.Nigmatov R. N. et al. Speech Disorders In Children With The Deformation Of The Dentoalveolar System And Their Complex Treatment //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – Т. 7. – №. 11. – С. 2020.

ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТОПОЗИЦИОНЕРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА

Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., магистр Нурметов Б. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования, Узбекистан

MYOBRACE (MBS) система за счет перераспределения силы мышц челюстно-лицевой области помогает прорезывающимся зубам занять более правильное положение. В отличие от других эластопозиционеров они имеют высокие стенки и углубления для зубов верхнего и нижнего зубного ряда, которые и направляют растущие зубы ребенка при их прорезывании. Ортодонтические аппараты серии MYOBRACE (MBS) применяется для лечения, по тем или иным причинам носить несъемную ортодонтическую аппаратуру. Кроме того, данная система может использоваться в качестве пре-финишера или ретейнера после снятия брекетов, а также для коррекции любых дизокклюзий.

Целью проведенного исследования явилось изучение изменений зубочелюстной системы детей в возрасте от 6-12 лет после применения MYOBRACE (MBS) системы.

Материал и метод исследования. Было принято 28 пациентов в возрасте от 6-12 лет. 5 пациентам был поставлен диагноз – прикус нейтральный, тесное положение резцов нижней челюсти; 6 пациентам дистальный прикус, сагиттальная щель, нарушение функции дыхания, глотания и речи; 9 пациентам нейтральный прикус, протузия резцов, нарушена функция глотания и речи; 8 пациентам – нейтральный прикус, открытый только во фронтальной области, имеется вертикальная щель, нарушена функция глотания и речи. Всем пациентам было проведено обследование и ортодонтическое лечение. Применены антропометрическое изучение гипсовых моделей, рентгенологическое, ортопантограммы, телерентгенограммы головы ТРГ в боковой проекции. Клиническое обследование проводили по общепринятой методике, которая включала выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр.

На основании полученных данных были проанализированы изменения, происходящие у пациентов после применения MYOBRACE (MBS) системы. Ортодонтическое лечение 22 детей с укороченными зубными рядами проводили с использованием MYOBRACE (MBS) систем, подобранных индивидуально по размеру. Продолжительность использования MYOBRACE (MBS) систем – от 6 до 24 мес., в зависимости от режима использования аппарата и выполнения пациентом рекомендаций врача-стоматолога-ортодонта. В ретенционном периоде MYOBRACE (MBS) система использовалась в ночное время.

Таким образом, клинический опыт применения съемных стандартных функциональных аппаратов MYOBRACE (MBS) системы у детей в периоде раннего сменного прикуса позволяет сделать вывод об эффективности их применения. Лечение патологии прикуса позволяет достигать стабильных морфологических, функциональных и эстетических результатов. Однако следует отметить прямую кооперации врача-стоматолога-ортодонта, родителей и пациента.

Литература

1. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М. [Ортодонтия](#). Дарслик. 2-жилд. Тиббиёт олий ўқув юртларининг “Стоматология” факультети талабалари. Т. 2019. – 415 с.
2. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
3. Nigmatova I. M., Khodzhaeva Z. R., Nigmatov R. N. Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 4. – С. 72.
4. Nigmatova I. M., Nigmatov R. N., Inogamova F. K. Differentiated orthodontic and speech therapy treatment to eliminate pronunciation disorders in children with dentoalveolar anomalies //Scientific and practical journal" Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 71.
5. Nigmatov R. N. et al. Prevention of dentoalveolar anomalies //Молодой ученый. – 2021. – №. 39. – С. 40-43.
6. Nigmatov R. N. et al. Speech Disorders In Children With The Deformation Of The Dentoalveolar System And Their Complex Treatment //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – Т. 7. – №. 11. – С. 2020.

PECULIARITY OF TREATMENT FOR RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS OF THE OROPHARYNGIAL REGION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS

Kamilov Haydar Pozilovich, MD, DSc, Professor, Head of the Department of
Hospital Therapeutic Dentistry,

Ibragimova Malika Khudayberganova, MD, Associate Professor of the
Department,

Ubaydullaeva Nigora Ilyasovna, Assistant of the Department

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE, Tashkent, Uzbekistan

nikaubaydullaeva@gmail.com

Chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS) is a chronic inflammatory disease of the oral mucosa and characterized by the appearance of aphthous ulcers with a long course and periodic remissions and exacerbations. Much attention is paid to somatic diseases, besides that psychological stress, anxiety and depression that aggravate the course of CRAS were assessed in patients with recurrent aphthous stomatitis and compared with normal patients. [1, 6, 8, 13, 15]. V.A. Epishev observed chronic recurrent aphthous stomatitis in 15.2% of cases [4] and according to G.V. Banchenko – only in 12% cases [2]. According to modern concepts, the leading agent determining the commonality of the adaptation mechanism and pathology in inflammation is intestinal endotoxin, which is formed during the death of gram-negative intestinal microflora, namely, *Escherichia coli*. It is known that when microorganisms die, they release bacterial endotoxins that have both antigenic and toxic properties. The increased process of tissue alteration during the activation of catabolic processes is one of the causes of endogenous intoxication.[3,5,7,9,10,11,12,14]. A 36-year-old woman had refractory ankylosing spondylitis. In 2010, she had ulcerations of the oral cavity during the treatment of the main disease, in 2016, due to an exacerbation of intestinal ileopancolitis, aphthous lesions of the oral mucosa appeared again. After corticosteroid therapy, the aphthae had a favorable course, suggesting an immunological factor between the two episodes[15]. The location of aphthae in CRAS, according to different authors, occurs on the buccal mucosa (45.6%), transitional folds (45%), the tip and lateral surface of the tongue (6.1% -14%), the sublingual region (4% - 7%), upper and lower lips (41.2%), soft palate (2%) [5,6,11]. However, sometimes patients are treated with chronic recurrent aphthae located in the posterior part of the oral cavity, palatine arch, posterior parts of the soft palate, i.e. oropharyngeal region, near the uvula. The unusual location of the aphthae is combined with the unusual shape of the aphthae. Clinically, aphthae are large and on average from 1.8-2.0 mm or more, irregular shape, very painful, covered with a white or grey coating and does not heal for a long

period. In the structure of general somatic pathology of patients with CRAS from 37 people with gastrointestinal tract pathology (100%), 17 (45.9%) had chronic cholecystitis, S.Yu. Kosyuga et al., (2015). Moreover, aphthous stomatitis in the background of this group of patients develops not so much as a single, but as a combined gastroduodenal pathology

The material for the analysis and conclusions were the data of examination of 96 patients who clinically had one systemic pathology. Amongst all of the examined patients, 54 (main group) had chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS) of the oropharyngeal region combined with chronic cholecystitis, 42 (comparison group) had chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS) of the oropharyngeal region combined with chronic cholecystitis. As indicators of the norm, we used the results of a survey of 20 healthy individuals of comparable gender and age, which are controls.

Clinical and biochemical studies were carried out. Clinical examination of patients began with clarification of complaints and collection of anamnesis. The oral mucosa was assessed by the presence of lesion elements, their number, localization, severity of inflammation, and their size. The examination of the oral cavity was carried out on the recommendation of the WHO. Biochemical studies included determination of average mass molecules (AMM), reflecting the presence of unidentified substances of various chemical nature and characterized by a molecular weight of 300 to 5000 D. Oral fluid and blood were used as material for biochemical research. The oral fluid was taken in the morning on an empty stomach; the patient must first rinse the oral cavity with saline. Blood was taken from all patients in the morning on an empty stomach by puncture of the ulnar vein with a needle, from which plasma was subsequently obtained.

LITERATURE

1. Banchenko G.V. Combined diseases of the oral mucosa and internal organs M.: Medicine, 1979. - p. 190.
2. Gabrielyan N.I., Lipatova V.I. Experience of using the indicator of average mass molecules in the blood for the diagnosis of neurological diseases in children // Laboratory work, 1984. - №3. p. 138-139.
3. Galizina O.A. The main aspects of the onset, clinical manifestations, treatment and prevention of chronic recurrent aphthous stomatitis / Clinical studies. RSJ, No. 6. 2014, p. 39-42.
4. Epishev V.A. Recurrent aphthous stomatitis / T. Medicine. 1968 p.72.

5. Ibragimova M.Kh. Tactics of diagnosis and treatment of diseases of the oral mucosa and periodontal disease in the pathology of the hepatobiliary system. Tashkent. Doctoral dissertation 2019. p.62.
6. Ibragimova M.Kh., Kamilova S.R. The state of microbiocenosis and local immune status of patients with CRAS in chronic calculous cholecystitis / Collection of articles Materials of the 5th International scientific-practical conference "Actual problems of dentistry". St. Petersburg, 2019. p.86-92.
7. Kamilov Kh.P., Ibragimova M.Kh. Evaluation of the effectiveness of complex treatment of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis // Uzbekistan medicine journal. - Toshkent, 2016 . p.2-4.
8. Kosaeva Sh.K. Chronic aphthous stomatitis in the practice of a dentist-therapist. (Literature review) g. KazNMU Bulletin, No.1-2014, p.169-170.
9. Kosyuga S.Yu., Klenina V.Yu., Ashkinazi V.I. Analysis of the structure of concomitant general somatic pathology in patients with recurrent aphthous stomatitis / Modern problems of science and education. 2015. - No. 1 (part 1)

HERPETIC STOMATITIS IN ADULT

Pardaeva M. 1st year master of TSDI

Supervisor: Shakirova F.A., department assistant of HTD

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Introduction: Herpetic gingivostomatitis is an infection caused by herpes simplex virus, which affects mainly children patients, being uncommon this manifestation in adults. It initially appears with prodromal signs and then local signs show up. The treatment for this disease is only supportive, because there is already a peak of viral replication when it was diagnosed. The diagnosis of GHA is performed based on clinical features found in the patient or through some laboratory tests that may be useful when there is doubt about the diagnosis, among them, the most used are viral culture, immunofluorescence and recognition through the technique of Polymerase Chain Reaction.

Objectives: To report a case of herpetic gingivostomatitis and to discuss its clinical characteristics and treatment.

Case report: The male patient, pheoderma, 19 years old, attended at the hospital therapeutic dentistry department TSDI, complaining of oral lesions with painful symptoms a few days of evolution. In anamnesis, it reported having good general

health, with no significant pathological history and he was making use antibiotics and antifungal for three days without remission. Complained that period, fever, prostration, and dysphagia. In ectoscopic examination, presented no change worthy of note. In oroscopy observed multiple coalescing ulcerative lesions affecting the gum tissue, tongue, lips and hard palate. The patient looked for clinic care for presenting painful oral lesions with little time of evolution. With no medical history, the patient reported using antibiotics and antifungals. Oroscopy showed multiple coalescing ulcerative lesions affecting the gum tissue, tongue, lips and hard palate. It has been diagnosed clinically as herpetic gingivostomatitis and has been treated with supportive treatment (analgesics, topical anesthetic and chlorhexidine digluconate 0,12 %). The patient returned after one week with improvement of the condition.

Discussion: With the patient's medical history, it was clear the fundamental role of the CD in the diagnosis of disease and may be the health professional first to be sought. In addition, it must observe all the evolutionary history and the patient's clinical manifestations for a correct diagnosis. This condition must be diagnosed and treated properly, returning the well-being and avoiding secondary problems for the patient, therefore, the dentist should be able to diagnose and treat HS. The correct diagnosis will prevent the indiscriminate use of antibiotics and other medication, as well as bring a better response to the patient.

Conclusion: The correct diagnosis, through the evident clinical manifestations, prevents the indiscriminate use of antibiotics, leading to better response of the patient.

DISTINCTIVE FEATURES OF ACRYLIC AND NYLON PROSTHESES IN ORTHOPEDIC DENTISTRY

Burkhonova Zарафруз Kobilovna

Samarkand State Medical University

Today, orthopedic dentistry offers a range of options for restoring missing teeth. Dentures can be either partially removable or fully removable. The main question is: "Which denture material is better, acrylic or nylon?". That is the question. Orthopedic dentists offer patients a choice by explaining the pros and cons of acrylic and nylon. Nylon. In one article, the author claims that "nylon is extensible and well machined and polished, as well as aesthetically pleasing. In other literature, the positive properties of acrylic are listed as high processability, excellent physical and mechanical properties, good impact resistance, excellent base material properties, and that they are inexpensive and readily available. Description, which is the statement by

researchers that the clinical durability of fabricated removable dentures depends on the choice of acrylic. This study was conducted by examining methodologies, articles, and data from national and international literature. Study found that acrylic dentures can be toxic due to an increase in the amount of monomer, which can irritate the oral mucosa and cause acrylic stomatitis. Acrylic materials have low thermal conductivity. As a result, the temperature under the denture is higher than in the oral cavity. similar to a thermostat, the temperature is created and suitable conditions are created for the growth of bacteria and fungi. The chemical component of acrylic dentures is a substance called hapten. This substance binds to proteins in the tissues of the base of the prosthesis and acquires antigenic properties. Therefore, it acquires antigenic properties. These properties can cause allergic reactions such as eczema, glossitis, contact stomatitis, swelling of the lips, and acute dermatitis of the face and hands. Artificial teeth are inexpensive due to their low cost, strong enough to be repaired if damaged, and easy to care for, which is a positive factor. And can be made without the use of special tools. Nylon dentures are hypoallergenic because, unlike acrylic, they do not contain monomers. Nylon prostheses are hypoallergenic, less toxic and fully biocompatible as they do not contain monomers. Clinical studies have shown that people with acrylic dentures have more than nylon prosthesis.

Literature:

1. Баранов А.Б. Нейлоновый протез: от теории к практике // Dental Magazine – профессиональный стоматологический журнал. 2019. №1
2. Руководство по ортопедической стоматологией: учебник // Ибрагимова Т.И., Каливрадзияна Э.С., Лебеденко И.Ю. 2015. С. 240-245.
3. Акрил: «Твердая» правда: учебник // Коллинз Д. 2013. С. 104-108.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ И ПРИМЕНЕНИЕ ИХ В ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Бекбосынова Ф.К. 1 курс магистр детской терапевтической стоматологии
ТГСИ

Сайдалиев М.Н. ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии
ТГСИ

Электрические зубные щетки являются наиболее эффективным методом поддержания гигиены полости рта, но также и методом с наибольшим воздействием на окружающую среду. Большая часть воздействия электрических зубных щеток связана с транспортом, материалами и деталями.

Это означает, что за счет продления срока службы изделия и использования локальных сетей можно снизить воздействие электрических зубных щеток на окружающую среду. Экономика замкнутого цикла включает в себя несколько стратегий, которые можно использовать для достижения этой цели.

Электрическая зубная щетка была задумана в 1950-х годах с целью улучшить и облегчить гигиену полости рта. Он был разработан для пациентов с ограниченными двигательными навыками, а также для детей которым трудно поддерживать гигиену и здоровье зубов. (Manhold J. 2015. О нас: Изобретатель Филипп-Г. Вуг, доктор философии [В сети]. БРОКСО. Доступно: <http://eu.broxo.com/about-us/inventor> по состоянию на 10 октября 2015 г.)

Огромная работа была проделана для улучшения конструкции зубной щетки, головки и щетинок. На рынке можно найти несколько режимов действия (колебание-вращение, звуковое действие из стороны в сторону, встречное колебание, круговое, ультразвуковое, ионное), но преобладают две технологии: колебание-вращение и звуковая. В первом случае небольшая круглая головка щетки вращается в одном направлении, а затем в другом, во втором случае традиционная головка щетки перемещается из стороны в сторону с высокой скоростью вибрации (средний диапазон частот 250 Гц, т. е. 30 000 взмахов щеткой. в минуту). Это последнее перемешивает жидкости, присутствующие во рту (вода, слюна), до такой степени, что они способны разрушать колонии зубного налета даже за пределами того места, где щетинки щетки действительно соприкасаются. (Стэнфорд К.М., Шрикантха Р., Ву К.Д. Эффективность динамического действия жидкости зубной щетки Sonicare на удаление наддесневого налета у человека. Джей Клини Дент. 1997 год; 8 (1 спец. №): 10–14.)

Поддержание здоровья пародонта требует удаления наддесневого зубного налета. Чистка зубов является ключевым элементом в борьбе с механическим налетом. (Гровер Д., Малхотра Р., Каушал С., Каур Г. Зубная щетка – ключевой механический контроль зубного налета. Ind J Oral Sci. 2012 г.; 3 : 62–68. doi: 10.4103/0976-6944.106456.)

PERIPAPILLARY AND OPTIC NERVE HEAD HEMODYNAMIC CHANGES IN PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Dusmukhamedova A. M., Tuychibaeva D. M.

Tashkent State Dental Institute

Relevance. Glaucoma is a group of diseases associated with damage to the ONH, which develops against the background of degeneration of ganglion cells and nerve fibers of the retina with increased IOP. [1,8,9]. For the period from 2014 to 2019 in the Republic of Uzbekistan, the number of people recognized as disabled for the first time due to glaucoma increased by 2.5 times, the number of people with general disability increased by 1.3 times [2,4,5], and the incidence rate of POAG was 1.6% [3]. Angio-OCT is a non-invasive technique that does not require dyes, providing layer-by-layer imaging of the blood flow of the retinal vessels and optic disc [6,7].

Target. To assess the state of intraocular hemoperfusion of the optic nerve head, peripapillary microcirculation of the retina in POAG patients using Angio-OCT and ultrasound .

Patients and methods. The study was carried out on 135 eyes of patients with POAG, 43 of them with I, 47 with II and 45 with III. stages of Angio-OCT , aged 50 to 65 years. All patients underwent standard ophthalmological examinations, as well as examination for OCT-A and USDG.

Results. OCT A values -in glaucoma were reduced, both in comparison with the data of healthy subjects, and between the stages of glaucoma, both in the ONH and the peripapillary zone (density of vessels of the optic nerve head total VD (21.56, 19.76, 18.09, 17.38) and peripapillary VD (22.15, 19.09, 18.11, 16.76, respectively) ($P < 0.001$ for both), blood flow density of the optic disc total VD (34.94, 34.73, 34.01, 31.44) and peripapillary VD (41.85, 36.48 , 34.51, 33.52, respectively , normal , stage III) ($P < 0.001$ for both)).

When analyzing changes in V dyst of blood flow in GA, with stages I, II, III of POAG, respectively 13.74, 11.01, 8.85, 7.63). RI inversely linearly depends on the value of the final diastolic velocity, therefore, the dynamics of RI in the ophthalmic artery by stages of glaucoma (0.69, 0.74, 0.76, 0.81, respectively, the norm, I, II, III stage) was the reverse of the changes described above V dyst. In the CAS, the identified changes are as follows. In the initial stages of glaucoma, Vsyst in the CAS decreased by 1.2 times compared with the control group.

Conclusions. The results of the present study demonstrated a reduction in hemoperfusion peripapillary zone of the retina in the early stages of glaucoma development. The high information content of the OCT-A method in the study of ONH blood flow opens up prospects for early diagnosis and monitoring of this disease. Ultrasonography provides additional important information for understanding the pathogenesis of glaucoma.

Literature:

1. Dushmanmedova AM, Tychibaeva DM, Khadzhimetov AA. Assessing factors of endothelial vascular dysfunction in patients with primary open-angle glaucoma. J. _ ophthalmol .(Ukraine).2022;6:14-18. http://doi.org/10.31288/oftalmolzh_202261418
2. Tychibaeva D.M., Dushmanmedova A.M. Diagnostic role of optical coherence tomography angiography in primary open-angle glaucoma medicine and innovation 1(4) (2022): 44-54 . [3. Tychiboeva D. _ M ., Dushmanmedova A. _ M. _ Birlamchi ochiq burchakli glaucomada optik kogerent tomografik angiografiyaning diagnostician roles Tibbiyot va innovationsiyalar 1(4) (2022): 44-54. (In Russ.)]. https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/249
3. Tychibaeva D.M. The main characteristics of the dynamics of disability due to glaucoma in Uzbekistan // Ophthalmology. Eastern Europe . - 2022. - Т . 12. - No. 2. - P. 195-204. [Tychibaeva DM Main Characteristics of the Dynamics of Disability Due to Glaucoma in Uzbekistan // "Ophthalmology. Eastern Europe ", 2022 ; 12. 2:195-204. (in Russian)] . <https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.2.027>
4. Tychibayeva, D., Dushmanmedova, A. The role of endothelial dysfunction factors in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma. Medicine and Innovation . 2022;4(8): 45-55. [Tychibaeva, D., & Dushmanmedova, A. The role of factors of endothelial dysfunction in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma . medicine and innovations. 202 2 ;4(8): 4 5 -5 5 . (in English)]

**ИТОГИ 5-ЛЕТНЕЙ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ
ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ТГСИ И
КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ МИРУДН
ЗА ПЕРИОД с 2018 по 2023 гг.**

Т.В. Мелькумян^{а,б}, Х.П. Камилов^а, З.С. Хабазе^б, А.Д. Дадамова^а.

^а Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ

^бКафедра терапевтической стоматологии МИРУДН им. Патриса Лумумбы

В Ташкенте, в октябре 2018 года состоялся первый российско-узбекский образовательный форум, который проходил в рамках государственного визита Владимира Путина в Узбекистан. Участниками этого исторического события стали руководители более 200 вузов. Обеими сторонами, по итогам переговоров, между университетами двух стран, было подписано более 100 соглашений и меморандумов о сотрудничестве и реализации совместных образовательных программ и проектов.

Необходимо отметить, что развитие двустороннего сотрудничества в сфере медицинского образования было начато по взаимной инициативе глав государств РУз и РФ – президентов Мирзиёева Ш.М. и Путина В.В.

При этом, немаловажную роль в реализации основных задач данного соглашения также сыграли директора и сотрудники институтов, которые благодаря упорному труду, безудержному энтузиазму и глубокой верности своему делу всячески способствовали и продолжают содействовать развитию совместной образовательной и научной работы между вузами.

Началом совместной научно-образовательной работы между Ташкентским государственным стоматологическим институтом (ТГСИ) и Медицинским институтом Российского университета дружбы народов, ныне РУДН им. Патриса Лумумбы, можно считать конференцию, проведенную в виде телемоста в апреле 2018 г. по инициативе ТГСИ. В организации видеовстречи со стороны МИ РУДН активное участие приняли директор Абрамов А.Ю., профессор Аванесов А.М., а также доценты и ассистенты кафедры общей и клинической стоматологии. Со стороны ТГСИ, в проведении конференции участвовали ректор Ризаев Ж.О., проректор по науке Амануллаев Р.А. Доклады были зачитаны Ризаевой С.М., Храмовой Н.В., Мелькумяном Т.В.

Ответная конференция проводилась в сентябре того же года в Москве. Научное мероприятие было посвящено проблемам онкологии челюстно-лицевой области. На конференции со стороны ТГСИ с докладами выступали д.м.н. Ризаева С.М. и д.м.н. Мелькумян Т.В. Благодаря традиционному формату данного события все участники и организаторы имели возможность обсудить пути дальнейшего сотрудничества в сфере учебно-образовательной и научной деятельности.

Очередным этапом в направлении укрепления взаимоотношений между ТГСИ и Российским университетом дружбы народов им. Патриса Лумумба, стало прохождение по конкурсу на должность профессора кафедры терапевтической стоматологии РУДН профессора кафедры госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ, д.м.н. Мелькумяна Т.В. на период с 2020 по 2022 гг. и в дальнейшем на 2023-2024гг.

За данный промежуток времени было проведено множество мастер-классов, цикловых занятий и лекций, посвященных актуальным проблемам адгезивной стоматологии и пародонтологии. Ведутся совместные экспериментальные исследования. Результаты научных исследований были опубликованы в монографиях, учебных пособиях, методических рекомендациях, статьях, выпущенных в индексируемых журналах на платформах Web of Science и Scopus, а также представлены в виде докладов на международных съездах, конференциях, конгрессах.

В апреле 2023 года по инициативе кафедры госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ и кафедры терапевтической стоматологии МИ РУДН была проведена международная научно-практическая конференция «Современная концепция стоматологической действительности», посвященная юбилею сотрудничества Медицинского института РУДН и Ташкентского Государственного стоматологического института.

На конференции с докладами от ТГСИ выступили сотрудники кафедр профилактики стоматологических заболеваний (Исаходжаева Х.К.), госпитальной терапевтической стоматологии (Мусашайхова Ш.К., Кадырбаева А.А., Камиллов Н.Х.), кафедры пропедевтики терапевтической стоматологии (Гаффарова С.С.).

На сегодняшний день, совместная работа между нашими Вузами продолжается в более активном режиме. Организуются многочисленные командировки по обмену опытом в образовательном процессе и налаживаются новые деловые связи, которые несомненно будут способствовать укреплению взаимоотношений и повышению уровня знаний студентов.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Н.М.Аюбова, Д.А.Кирыков. Б.С.Азизов

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Дерматоскопия (синоним - эпилюминисцентного микроскопия) - метод исследования поверхностных поражений кожи с помощью специального прибора - дерматоскопа.

Дерматоскопия- это неинвазивный метод, который позволяет увидеть структуру кожи с увеличением в 10 раз (x10). Врач может детально рассмотреть эпидермис, его цвет, дермо-эпидермальные соединения и сосочковый слой дермы. Во время диагностики на кожу наносят иммерсионный гель или масло для улучшения качества изображения. Дерматоскопия может

помочь в дифференциальной диагностике пигментированных АК от меланомы, лентиго и поверхностных и / или пигментированных базально-клеточных карцином. Раньше это было возможно только лишь на основании гистологического анализа тканей после хирургического удаления.

Дерматоскопия является стандартом диагностики новообразований кожи в развитых странах и в обязательном порядке проводится перед удалением любого новообразования (родинки, папилломы, бородавки, невуса и т. д.), она позволяет по внешним признакам определить природу образования, выяснить его безопасность. Дерматоскопические признаки актинического кератоза включают «клубничный» узор, поверхностные желтоватые чешуйки, фолликулярный гиперкератоз, розетки. Сосудистый паттерн представлен мелкими извитыми сосудами, окружающими волосяной фолликул, или точечными (пунктирными) сосудами. Дерматоскопическими признаками пигментной формы АК являются псевдосеть имеющий коричнево-серый цвет, кольцевидно-зернистая модель, единичные или множественные точки и глобулы коричневатого цвета, окружающиеся устья волосяных фолликулов [Хлебникова А. Н., Обыденова К. В., Седова Т. Г., Андрюхина В. В. Диагностика актинического кератоза методом дерматоскопии. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(2):45–52 /Peris K., Micantonio T., Piccolo D. et al. Dermoscopic features of actinic keratosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2007;5(11):970–976]. Результаты, полученные при проведении дерматоскопии, должны рассматриваться исключительно в совокупности с данными объективного осмотра и с учетом анамнеза.

THE IMPORTANCE OF SALIVARY INDICATORS IN THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF PERIODONTAL DISEASES

Davlatova D.D.

Tashkent Medical Academy

In recent decades, the attention of researchers has been attracted by non-invasive methods of diagnosing and predicting the course of various diseases. Salivology studies the morphology and physiology of the salivary glands and their secretions - saliva in the vital activity of the human body under normal and pathological conditions. Salivary glands provide the function of the hemato-salivary barrier (GSB), and the biochemical properties of saliva reflect the processes of homeostasis.

Material and methods of research

During clinical examination, the depth of pathological dentoalveolar pockets varied up to 6 mm. Deposits above and below gingival tartar and plaque were noted. The

indices corresponded to the average degree of periodontitis. Radiologically, with periodontitis, there is a decrease in the height of the alveolar process due to the resorption of bone tissue between the alveolar septa.

Research results and their discussion

Normally, the endothelium prevents thrombosis and has high thrombosis resistance. In recent years, hyperfibrinogenemia has been considered as one of the risk factors for the development of thrombosis and inflammation. We found an increase in the average concentration of fibrinogen in patients with CGP by 19% and 29%, respectively, above the control group ($p < 0.05$). The average value of fibrinogen concentration in CGP patients exceeded the reference values (4.59 ± 0.17 g/l), which indicated an increase in coagulation activity.

Conclusions

Thus, due to contradictory literature data, the question remains open about the role of pro- and anti-inflammatory interleukins in predicting chronic generalized periodontitis associated with vascular atherosclerosis, which dictates the need to study them in saliva and blood of the pathology attached, as well as to determine their prognostic value. Lipid peroxidation (POL) is a normal metabolic link in the biochemical processes of the body: prostoglandin biosynthesis, oxidative phosphorylation, nucleic acids and immune reactions.

ТАКТИКА АТРАВМАТИЧНОГО УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОРТОЭКСТРУЗИЕЙ

Аскарров М.А., Шомуродов К.Э., Азимов И. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Важность адекватной визуализации анатомических структур на этапе планирования лечения в стоматологии обусловлена непредсказуемым клиническим исходом стоматологических вмешательств. Во время операции по удалению третьих моляров может быть повреждена билатеральная анатомическая структура, а именно нижнечелюстной канал с сосудисто-нервным пучком, состоящим из нижнего альвеолярного нерва, одноименной артерии и вены. По мнению К. А. Егорова, С. В. Гришина, К. А. Короткова (2007), ход нижнечелюстного канала описывается как нисходящая линия, а в теле нижней челюсти как синусоида, которая в области корней моляров делает изгиб выпуклостью книзу [1]. Ретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти с близким расположением корней к нижнему альвеолярному нерву (НАН) – распространенная патология среди лиц молодого и среднего возраста,

травматичное удаление таких зубов может привести к грозным осложнениям не только гнойно-воспалительного характера, но и невралгического. Такие повреждения непосредственно ведут к функциональной потере сенсорной чувствительности в области нижней губы, щеки, подбородка, языка, в связи с этим возникают нарушения устной речи, сложности с приемом пищи и жидкости[3, 4].

Цель. Обосновать ценность использования метода двухэтапного удаления третьих моляров нижней челюсти, как профилактика постэкстракционных повреждений НАН. Минимизация постоперационных осложнений, повышение эффективности и сокращение сроков реабилитации.

Материалы и методы. В частной стоматологической клинике «abclinic.uz» для планового удаления третьих моляров нижней челюсти с близким расположением корней к НАН используются три метода оперативного лечения: 1) Одноэтапная полная экстракция 4.8 зуба с большим риском постэкстракционного повреждения НАН. 2) Двухэтапная полная экстракция 4.8 зуба с ортоэкструзией и с меньшим риском постэкстракционного повреждения НАН, но двумя операциями, что замедляет период реабилитации. 3) Малоинвазивный метод – коронэктомия.

Результаты. Апробирована и усовершенствована методика двухэтапного удаления третьих моляров нижней челюсти с близким расположением корней к НАН с использованием ортодонтического мини-винта и резиновой тяги. Использование данного метода обеспечивает целостность нижнечелюстного канала с сосудисто-нервным пучком. Заживление раны проходит первичным натяжением без осложнений. Антибактериальная терапия не назначается.

Выводы. Исходя из проведенной методики, двухэтапное удаление с ортоэкструзией интактных третьих нижних моляров с близким расположением корней к нижнечелюстному каналу позволяет избегать не только интраоперационных, но и постоперационных осложнений. PRF-мембрана обеспечивает последующее заполнение дефекта новообразованной костной тканью.

Операция может быть проведена в условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией. Период нетрудоспособности, как правило, не превышает 1 недели

Список литературы:

1. Егоров К. А., Гришин С. В., Коротков К. А. Анатомо-топографические особенности нижнечелюстного канала // Электронный научно-

образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. № 7. С. 257.

2. Аскарлов М.А., Шомуродов К.Э. Коронэктомия третьих моляров нижней челюсти, как профилактика постэкстракционных повреждений нижнего альвеолярного нерва // Journal of medicine and innovations. 2022. № 4. С. 465.
3. Tufekcioglu S., Delilbasi C., Gurler G., Dilaver E., Ozer N. Is 2mm a safe distance from the inferior alveolar canal to avoid neurosensory complications in implant surgery // Nigerian J. of Clinical Practice. 2017. Vol. 20, № 3. P. 274–277.
4. Libersa P., Savignat M., Tonnel A. Neurosensory disturbances of the inferior alveolar nerve: a retrospective study of complaints in a 10-year period // J Oral Maxillofac Surg. 2007. Vol. 65. P. 1486–1489.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Гуленко Ольга Владимировна, Гербова Татьяна Витальевна, Новикова
Ирина Сергеевна**

Кубанский государственный медицинский университет

novikova.irina.1993@mail.ru

Введение. В последние годы отмечается тенденция к росту числа больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области, распространению их на соседние анатомические пространства, большому проценту осложнений и летальных исходов [1,2]. Численность больных с одонтогенными флегмонами, по мнению разных авторов, достигает 60-70% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров [3]. В связи с этим постоянно ведется поиск новых методов повышения эффективности комплексной реабилитации больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО, разрабатываются и внедряются в практику новые способы лечения данной нозологии [4].

В последние годы отмечен широкий интерес к лечению острых и хронических ран отрицательным давлением (VAC-терапия, вакуум-терапия, NPWT). Вакуум-терапия внедрена в клиническую практику большинства хирургических специальностей [5]. Однако в челюстно-лицевой хирургии описано ограниченное количество кейсов с применением отрицательного давления на гнойные раны.

Принцип работы метода основан на использовании закрытой дренажной системе, поддерживающей контролируемое отрицательное давление в области раны. Во время лечения в рану внедряют мелкопористую гидрофобную полиуретановую губку, площадь изолируют специальной адгезивной пленкой и к этой повязке фиксируют трубку, идущую к вакуум-аппарату, равномерно подающему отрицательное давление. Это способствует макро- и микродеформации раневого ложа, что приводит к повышению метаболической активности, стимуляции ангиогенеза и ускоренному росту грануляционной ткани.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения вакуум-терапии гнойных ран у пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 43 пациента с диагнозом «одонтогенная флегмона», госпитализированных в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК. Пациенты основной группы (21 человек) получали традиционное лечение в комплексе с вакуум-терапией, пациенты группы сравнения (22 человека) получали только традиционное лечение. Группы были сопоставимы по гендерному и возрастному признаку. Средний возраст составлял $34,2 \pm 10,7$ лет.

Непрерывная VAC-терапия выполнялась аппаратом VIVANO-Тес (Hartmann, Германия), который представляет собой вакуумную систему, включающую в себя вакуумный аспиратор, специальную повязку, которая состоит из дренирующего полиуретанового материала, адгезивного пленочного покрытия и дренажной системы, соединяющую повязку и емкость для сбора раневого экссудата.

Противопоказаниями для проведения NPWT являлись отсутствие стойкого гемостаза, наличие психоневрологической патологии, наличие местных кожных патологических проявлений, наличие разрезов в полости рта, низкий комплаенс пациента.

Всем больным под общим обезболиванием проводилось оперативное вмешательство, которое включало удаление «причинного зуба», осуществление радикального вскрытия гнойного очага, ревизию и дренирование заинтересованных клетчаточных пространств. Консервативное лечение проводилось с применением стандартных схем антибактериальных, дезинтоксикационных, десенсибилизирующих препаратов.

В основной группе в 1-е сутки после вскрытия и дренирования флегмоны, при убедительном гемостазе, накладывали вакуумную повязку с использованием губки VivanoMed® (Hartmann, Германия) и пленочной повязки Hydrofilm®

(Hartmann, Германия), сроком на 3-5 суток. Использовался постоянный режим VAC-терапии с отрицательным давлением 125 мм рт.ст.

Местное послеоперационное лечение в группе сравнения заключалось в ежедневном промывании раны раствором антисептика с последующим наложением асептической повязки с мазью на гидрофильной основе.

Результаты и обсуждения. Анализ данных показал, что в обеих группах имелись статистически значимые различия течения гнойно-воспалительного процесса. На фоне проводимой терапии, у больных основной группы нормализовалась температура тела к $4,6 \pm 1,2$ суткам от начала лечения, а в группе сравнения – к $6,7 \pm 1,1$ суткам ($p < 0,05$). Сроки наложения вторичных швов также имели статистически значимые различия: в основной группе они соответствовали $5,6 \pm 1,4$ суткам, а в группе контроля $8,8 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$). Срок нахождения на стационарном лечении у пациентов основной группы составил $6,4 \pm 1,3$ суток, а в группе сравнения - достоверно дольше ($p < 0,04$) и соответствовал $10,1 \pm 1,5$ суткам.

Вывод. Комплексный подход к лечению больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области с участием VAC-терапии способствует скорейшему очищению раневой поверхности и подготовке к этапу вторичной хирургической обработки раны, а также уменьшению сроков госпитализации.

Список литературы:

1. Ургуналиев, Б. К. Оригинальный способ активного, хирургического лечения одонтогенных глубоких флегмон шеи осложненным медиастинитом / Б. К. Ургуналиев, А. А. Туркменов, Д. Б. Шаяхметов [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 5(188). – С. 68-72. – DOI 10.25694/URMJ.2020.05.17.
2. Монаков, В. А. Клинико-эпидемиологические аспекты одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета / В. А. Монаков, Д. В. Монаков, Ю. А. Солдаткина // Аспирантский вестник Поволжья. – 2021. – № 1-2. – С. 94-99. – DOI 10.55531/2072-2354.2021.21.1.94-99.
3. Флейшер, Г. М. Лечение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области// Academy. – 2017. – № 5-20. – С. 105-108.
4. Шафранова, С. К. Динамика морфологических характеристик раневого процесса у пациентов с одонтогенными флегмонами при антиоксидантной терапии / С. К. Шафранова, Т. В. Гайворонская, А. С. Казарян, О. А.

Парамонова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – Т. 25. – № 5. – С. 111-115. – DOI 10.25207/1608-6228-2018-25-5-111-115.

5. [Seung-Han Shin](#), [Il-Kyu Park](#), [Jin-Woo Kang](#), [Yong-Suk Lee](#), [Yang-Guk Chung](#). Vacuum-Assisted Closure (VAC) Using Multiple Foam Pieces for Hidden Space Drainage through Less Exposure in Musculoskeletal Infections. [The Journal of Hand Surgery \(Asian-Pacific Volume\)](#). 2018 doi.org/10.1142/S242483551850039X

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧЕНЬ ДЛИННЫМ ТИПОМ ЛИЦА И ЗАТРУДНЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

А. Абдукадыров, У.Т. Бахриев

Кафедра хирургической стоматологии Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников МЗ Республика Узбекистан

doc-abdukadirov@ mail.ru

Для исправления верхней макрогнатии наиболее часто используется Ле Фор-1 остеотомия и комбинация её с остеотомией нижней челюсти (М. Jędrzejewski, et,all 2015; А. Абдукадыров 2007;). Однако, по данным литературы у части пациентов после использования Ле-Фор -1 остеотомии наблюдается затруднение носового дыхания и расширение его крыльев, что является его недостатком. По данным некоторых клиницистов такие осложнения наблюдаются у пациентов с очень длинными типами лица и резким затруднением носового дыхания(А. Абдукадыров 2007; ,А.П Аржанцев 2015;) .

Целью и задачами исследования явилось изучение клинко-рентгенологических проявлений верхней макрогнатии у взрослых пациентов с очень длинными типами лица и резким нарушением носового дыхания и разработка хирургического способа лечения, исключающего недостатки своих аналогов. В результате комплексного обследования 16-пациентов с использованием специально разработанной схемы установлен диагноз верхняя и нижняя макрогнатия с очень длинным типом лица с нарушением прикуса по второму классу Энгеля. Изучение морфофункционального состояния лицевого скелета показало увеличение размеров обеих челюстей преимущественно по вертикальной плоскости, сужение костной полости носа, чрезмерное развитие передней носовой ости, гиперплазию нижних носовых раковин, утолщение его дна с резким затруднением носового дыхания(таблица-1). Для исключения недостатков традиционной тотальной

остеотомии по Ле-Фор -1 нами предложен модифицированный вариант остеотомии верхней челюсти с расширением костной полости носа. В отличие от аналога мы эту операцию проводили с расширением костной полости носа путем выпиливания краев грушевидного отверстия, утолщенного дна, удаления передней носовой ости и резекция нижней носовой раковины по показанию. В результате расширения респираторного отдела полости носа и резекции передней носовой ости происходит улучшение носового дыхания, и его формы, что подтверждается результатами повторного послеоперационного обследования. Операция на верхней челюсти была у всех пациентов дополнена редуционной гениопластикой. Остеотомированные фрагменты перемещали на заранее определенную величину и достигнут оптимальный эстетический баланса лица и прикуса, что подтверждается результатами кефалометрических измерений (таблица-1).

Таблица -1

Цефалометрические показатели у больных с верхней и нижней макрогнатией с очень длинным и выпуклым типом лица

№	Цефалометрические параметры (в мм и градусах)	Норма (в мм и градусах)	Среднее значение до операции	Среднее значение после операции
1	N – SN	56-60	63,3±1,29	58,6±0,72
2	SN – GN	75-80	79,9±1,52	71,0±1,02
3	SN – A	7-8	13,9±1,56	8,3±1,06
4	SN – SNP	52-54	55,3±1,67	56,1±1,26
5	MX – MX	64-66	54,9±1,35	54,6±2,1
6	MP – MP	38-45	32±0,06	38,1±0,9
7	MT ₁	80-83	85,6±0,98°	86,1±0,9
8	<SNA	80-82°	83,2±0,44°	80,0±0,23
9	<SNB	78-80°	77,1±0,34°	78,1±0,26
10	<ANB	3-4°	5,75±0,55°	3,67±0,31
11	Объем грушевидного отверстия в мм ²	---	180.1±5.3 мм ²	198,8 мм ²

Отдаленные результаты наблюдения составили от 6-месяцев до 8-лет и во всех случаях отметили сохранение достигнутых функциональных и эстетических результатов, что говорит о перспективности использования предложенного способа для хирургического лечения верхней макрогнатии у пациентов с очень длинным и выпуклым типом лица и затруднением носового дыхания.

1. А. Абдукадыров, Усовершенствование реконструктивных операций у больных с сочетанными деформациями челюстей. Дисс.... д-ра мед наук 2007 Ташкент 210с.

2. Аржанцев А.П., Методика рентгенологического исследования и рентгенодиагностика в стоматологии книга -Москва 2015.- 258стр.,
3. Jędrzejewski M, Smektała T, Sporniak-Tutak K, Olszewski R. Preoperative, intraoperative, and postoperative complications in orthognathic surgery: a systematic review. Clin Oral Investig. 2015;19:969–977.

СТЕПЕНЬ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ДЕНТИНА ВО ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ ПРИ КАРИЕСЕ У ДЕТЕЙ

Арипов Музаффар Алишерович клинический ординатор кафедры Детская терапевтическая стоматология ТГСИ

Научный руководитель **Аббасова Диёра Бахтияровна**

Основным патогенетическим фактором возникновения кариеса как временных зубов у детей,

так и постоянных зубов у подростков является физиологическая гипоминерализация твердых тканей зубов. В настоящее время известны лишь единичные исследования, посвященные изучению степени минерализации твердых тканей зубов у детей. Необходима разработка новых методов диагностики степени минерализации и повышение эффективности лечения кариеса дентина во временных и постоянных зубах у детей.

Цель исследования: изучение степени минерализации дентина во временных и постоянных зубах при кариесе у детей.

Материалы и методы: было проведено обследование и лечение кариеса дентина у 32 детей в возрасте от 4 до 14 лет во временных и постоянных

молярах, находящихся на разных стадиях минерализации. Были сформированы 2 группы. Первую группу составили 15 человек (25 зубов) – дети в возрасте от 6 до 14 лет с кариесом в постоянных зубах с незаконченными процессами минерализации. Вторую 17 человек (25 зубов) – дети в возрасте от 4 до 6 лет с кариесом во временных зубах с завершёнными процессами минерализации. Исследование минерализации дентина проводилось до и после механической и медикаментозной обработки кариозной полости аппаратом Kavo Diagnodent.

Результаты: в первой группе - наблюдалось незначительное повышение степени минерализации дентина после механической обработки на 9%. Во второй группе - степень минерализации после механической обработки повысилась на 57%. **Выводы:** анализ полученных данных показал, что уровень минерализации твердых тканей во временных зубах с завершёнными процессами минерализации после механической и медикаментозной обработки выше на 55%, чем в постоянных зубах с незавершёнными процессами минерализации, что необходимо учитывать при планировании тактики лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Тешабоев Мухаммадяхё Гуломқодирович

Йулдошев Абдуқодир Азизбек Собиржон ўғли

Андижанский государственный медицинский институт

aayzekov@mail.ru

Введение. Полная вторичная адентия встречается у людей возрасте 70 и старше лет, но даже в возрасте 50 лет 15% людей также нуждаются в протезировании. Пожилой возраст определяет особенности ортопедического лечения, которые могут вызвать трудности из-за снижения активности механизмов адаптации организма (Э.Я.Варес, 2002). Важным этапом в совершенствовании протезирования беззубых больных явилось использование метода дентальной имплантации.

Цель. Повышение эффективности протезирования пациентов с полной вторичной адентией съёмными протезами с опорой на дентальные имплантаты.

Материалы и методы. В ходе работы было проведено комплексное стоматологическое и лабораторное обследование 100 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет с полной вторичной адентией, которые протезировались полными

съемными протезами с опорой на имплантаты с различными вариантами фиксации. Дизайн предполагал проведение двухэтапного исследования. На первом этапе проведен сравнение эффективности различных методов снятия оттисков с беззубых челюстей. На втором этапе исследовано влияния площади протезного ложа изготовленных ортопедических конструкций. По виду изготавливаемых съемных протезов с опорой на дентальные имплантаты исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа - пациенты, которым проводили протезирование с кнопочными фиксаторами с опорой на 2 или 3 имплантата; 2-я группа - пациенты, которым проводили протезирование на балке с опорой на 4 имплантата.

Результаты. В результате сравнительного анализа жевательной эффективности пациентов в обеих группах выяснилось, что съемные протезы с опорой на имплантаты обладают большими функциональными показателями, чем традиционные полные съемные протезы. Показатели диаметра измельчённого материала у исследуемых групп до протезирования составило $5,57 \pm 0,089$ мм. Уже в первый месяц после установки протезов у исследуемых групп выяснилось более лучшие показатели диаметра измельченного тестового материала: ($4,75 \pm 0,49$ мм) - 1-я группа и ($4,37 \pm 0,041$ мм) - 2-я группа, при этом пациенты второй группы пережёвывали материал лучше, чем пациенты первой группы. После целого года ношения протезов различия качества показателей жевания при сравнении показателей в обеих группах стали минимальными и статистически недостоверными. В абсолютных значениях диаметр частиц через 1 месяц после начала ношения съёмными протезами с опорой на кнопочных фиксаторах уменьшился на 0,82 мм (14,6%), а при ношения съёмного протеза на балке на 1,09 мм (19.3%), при этом через год диаметр частиц уменьшился на 1,29 мм (или 23%) в первой группе пациентов, и на 1,47 мм - (26%) во второй группе пациентов.

Выводы. Установлено, что после ортопедического лечения съёмными протезами с опорой на имплантаты на основании комплексного анализа состояния жевательной функции пациентов с полной вторичной адентией улучшаются результаты основных показателей жевания, а также оказывает существенное влияние на рост показателей качества жизни пациентов старшей возрастной группы с полным отсутствием зубов.

Список литературы

1. Аболмасов, Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов - М.: Медицина, 2003.
2. Берсанов, Р.У. Влияние современных конструкций протезов на динамику показателей качества жизни пациентов / Р.У. Берсанов [и др.]

// Российский стоматологический журнал. – 2015. - №6. – С. 43-44.

3. Борисова, Е.Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту // Российский стоматологический журнал. – 2000. – №3.– С.23-25.

4. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов / И.Ю. Лебедеенко, И.А. Воронов. – М., 2006. – 320 с.

5. Добровольская, О.В. Сравнительная характеристика эффективности реабилитации пациентов с полной адентией нижней челюсти при использовании различных вариантов конструкций с опорой на имплантаты / О.В. Добровольская, А.В. Добровольский, В.В. Рубаненко // Украинский стоматологический альманах. – 2011. - №3. - С. 17-18.

6. Жибылев, Е.А. Применение системы «ЛОКАТОР» для улучшения фиксации и стабилизации полных съемных протезов / Е.А. Жибылев // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Том 4, №12. – С. 1336.

7. Зражевский, С.А. Изменение качества жизни пациентов с полной адентией нижней челюсти при пользовании полными съемными протезами и после изготовления им протезов с опорой на дентальные имплантаты / С.А. Зражевский, М.В. Малик // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2011. - №3. – С. 66–72.

8. Иванов, А.С. Основы дентальной имплантологии: учебное пособие / А.С. Иванов. - СПб.: СпецЛит, 2011- 63 с.

9. Кулаков, А.А. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения / А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев, Р.Ш. Гветадзе. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 152 с.

10. Озрокова, А. Сравнительный анализ степени ретенции полных съемных покрывных протезов нижней челюсти со сферической фиксацией на различных имплантационных системах / А. Озрокова [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2016. - №9. – С. 51-53.

**SEREBRAL QON AYLANISHINING BUZILISHIDAN KELIB
CHIQAIDIGAN OG'IZ SHILLIQ QAVATI FUNKTSIONAL O'ZGARISHINI
BAHOLASH**

Teshayev Shoxjahon, Muratova Saodat Kadirovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Osiyo xalqaro universiteti

saodatstom@mail.ru

Miyaning qon tomir kasalliklari zamonaviy tibbiyotning eng muhim dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Ilm-fanning so'nggi yutuqlariga qaramay, og'iz

bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanish jarayonining patogenetik va qo'zg'atuvchi mexanizmi somatik patologiyalar, ayniqsa miya qon-tomir kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda etarlicha o'rganilmaganligicha qolmoqda.

Biz 55 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan miya tomirlarining aterosklerozi natijasida kelib chiqqan miya tomirlari ishimiyasidan aziyat chekadigan va ambulatoriya sharoitida bo'lgan 36 nafar bemorni ko'rikdan o'tkazdik. Nazorat guruhi 14 sog'lom odamdan iborat edi. Bemorning braxisefal va transkraniyal tomirlarni ikki tomonlama ultratovushli skanerlash va miya MRT funktsional tekshiruvlari o'tkazildi. Barcha bemorlarni klinik va laboratoriya tekshiruvini umumiy qon va siydik sinovlarini o'z ichiga olgan standart texnikaga muvofiq o'tkazildi. Qon tarkibidagi mochevina, kreatin, umumiy xolesterin, bilirubin, qon plazmasidagi glyukoza miqdori va deskvaasiyalangan endoteliotsitlar miqdori aniqlandi. Barcha tadqiqotlar "HUMAN" kompaniyasining to'plamlaridan foydalangan holda immunoferment usuli yordamida olib borildi.

Natija. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, sog'lom odamlarda TNF alfa darajasi o'rtacha $2,15 \pm 0,13$ pg / ml ni tashkil etdi. Miya qon-tomir kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda TNF alfa miqdorining o'rtacha 2,9 martaga ko'payishi kuzatildi va nazorat guruhi bilan solishtirganda $6,38 \pm 0,41$ pg / ml ni tashkil etdi ($p < 0,05$). Shunday qilib, SMI sida immunitetning yallig'lanishi nafaqat endogen 1-turdagi interferonning induksiyasi, balki sitokinlarning, xususan TNF-alfa sintezi bilan ham birga keladi. Shu bilan birga, IL-6 ning shakllanishi sodir bo'ladi, bu immunokompetent hujayralar, leykotsitlar va hatto turli organlar va to'qimalarning hujayralari tomonidan sintezlanadi, yuqorida aytib o'tilganidek, TNF alfa yallig'lanish sitokinlariga kiradi. Tadqiqot natijalarining tahlili shuni ko'rsatadiki, sog'lom odamlarning qon zardobida IL-6 darajasi $3,42 \pm 0,13$ pg / ml ni tashkil etdi. Katta arterial gipertenziya tufayli surunkali miya ishemiyasida IL-6 yallig'lanish sitokinining darajasi o'rtacha 2,2 marta qayd etildi va $7,45 \pm 0,36$ pg / ml ni tashkil etdi ($P < 0,05$), bu OBSHQ patogenetik mexanizmni faollashtiradi. Qon zardobidagi yallig'lanishga qarshi sitokinlar darajasida kuzatilgan o'zgarishlar makrofag tizimini faollashtirishi va shu bilan C-reaktiv oqsilni o'z ichiga olgan reaktiv oqsillarning sintezini faollashtirishi mumkin. S-100 protein tarkibidagi ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlilida qon zardobidagi oqsil miqdori o'rtacha 2,4 martaga oshgan, bu surunkali miya ishemiyasi sharoitida asab hujayralarining nobud bo'lishi bilan bog'liq. Yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, biz surunkali miya ishemiyasida OBSHQ ning shikastlanish xavfi yuqori va SMI xastaligida OBSHQ patologik jarayonlarining tizimli tabiati bor degan xulosaga kelishimiz mumkin.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqotlar natijalari SMI bilan og'riqan bemorlarda og'iz bo'shlig'ida surunkali miya ishemiyasining klinik ko'rinishlarining bevosita bog'liqligi

bilan bog'liq bo'lgan endotelial disfunktsiya belgilarining ko'payishi haqida xulosa chiqarishimizga imkon beradi.

Adabiyotlar

1. Zoyirov T., Elnazarov A. Surunkali generalize periodontit etiopatogenezing zamonaviy jihatlari. *Biologiya va tibbiyot muammolari*. 2022 yil, 1 (134) S.134-139-son
2. Qosimova D.M., Toshtemirova M.M. Periodontal kasalliklar qorin bo'shlig'i tuberkulyozining dastlabki og'zaki tasviri sifatida. *Zamonaviy ilm-fan bo'yicha Evropa ko'p tarmoqli jurnali*. 2022, R 366-369.
3. Muratova S.K., Xaydarov A.M., Xojimetov A.A. Surunkali miya yarim ishemiyasi bo'lgan bemorlarda tish holati va gemostaz xususiyatlarini tahlil qilish. *Biologiya va tibbiyot muammolari*. Jur. 88-93-betlar.
4. Muratova S.K. Shukurova N.T. Miya qon oqimi buzilgan bemorlarda periodontit rivojlanish xavfini baholash va bashorat qilish. *Stomatologiya va kraniofasiyal tadqiqotlar jurnali*. 2022, 190-193-betlar.
5. Muratova S.K., Shukurova N.T. Miya qon oqimi buzilgan bemorlarda periodontit xavfini baholash va bashorat qilish. *fan Osiyo*. 2022, R.325-329.
6. Sarkisov A.K., Zelenskiy V.A., Polunina E.A., Sarkisov K.A. Bronxoektazli bemorlarda surunkali umumiy periodontitning rivojlanishini bashorat qilish // *Kuban ilmiy tibbiy byulleteni*. -2020. - 27(1). - B.: 72-84. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-1-72-84>
7. Haydarov A.M., Muratova S.K. Surunkali miya yarim ishemiyasining og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining funktsional holatiga ta'siri // *Stomatologiya jurnali № 4 (77) 2019 yil 101-103-betlar*.
8. Sadikova Sh.A., Elnazarov A. Surunkali generalize periodontit. *fan Osiyo*. 2022, 201-208.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ
ШАБЛОНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С КАЛЬЦИФИЦИРОВАННЫМИ
КАНАЛАМИ**

**Пстыга Екатерина Юрьевна, Трифонов Дмитрий Олегович,
Кузьменко Анна Викторовна**

Белорусский государственный медицинский университет
trifonovdmitryol@icloud.com

Актуальность данной работы обусловлена сложностью поиска устьев склерозированных зубных каналов их механической обработки. Частота встречаемости кальцификатов в виде петрификатов и дентиклей в пульпе по разным авторам различна, она составляет от 66% до 90% и увеличивается с возрастом. Кальцификаты встречаются в пульпе постоянных и молочных зубов, у людей различного возраста, а также в пульпе зачатков зубов. В настоящее время использование новейших технологий в стоматологии значительно повысило прогнозирование эндодонтического лечения зубов с кальцифицированными каналами. Благодаря прогрессивному развитию стоматологии в настоящее время увеличились шансы на качественное лечение таких зубов при использовании конусно-лучевой компьютерной томографии, современных сканирующих аппаратов, 3D-моделирования и 3D-печати.

Цель работы заключается в анализе результативности использования навигационных эндодонтических шаблонов при лечении зубов с кальцифицированными корневыми каналами и при повторном эндодонтическом лечении зубов с труднопроходимыми корневыми каналами.

Было отобрано 10 зубов, удаленных по причине невозможности прохождения устьевой части корневых каналов в связи с их облитерацией. С момента удаления зубы хранились в физиологическом растворе. Зубы были закреплены в гипсовую форму, соответствующую форме челюсти. Используя конусно-лучевую компьютерную томографию, цифровое сканирование модели и 3D-принтер, был смоделирован навигационный шаблон, в котором были размещены гильзы, направленные в проекции апикального выхода корневых каналов. Диаметр гильз был подобран в соответствии с размером разверток. В качестве разверток были использованы длинные алмазные боры, заточенные ларго и развертки под стекловолоконные штифты. При помощи навигационного шаблона, эндодонтического мотора и разверток были пройдены облитерированные корневые каналы. Каналы были обработаны механически и медикаментозно, запломбированы гуттаперчей и силером на основе эпоксидных смол методом латеральной конденсации. После чего был проведена контрольная рентгенограмма (3D-снимок).

Результаты исследования показали, что использование навигационных эндодонтических шаблонов позволяет успешно проходить и качественно obturировать склерозированные корневые каналы. Данный метод находит широкое применение в зубах с прямыми корневыми каналами и позволяет увеличить шансы на успешное эндодонтическое лечение. При работе с

искривлёнными каналами такой метод также применим, однако процент успеха при лечении таких зубов ниже в связи с большой потерей твердых тканей зуба.

В настоящее время Американская ассоциация эндодонтистов классифицирует лечение зубов с облитерированными корневыми каналами как самый высокий уровень сложности клинической ситуации. Данные литературы указывают на то, что успешность лечения кальцифицированных каналов зубов с признаками апикального периодонтита не превышает 62,5%. Лечение зубов с облитерированными корневыми каналами можно провести с помощью апикальной хирургии. Однако резекция верхушки корня ассоциирована с высоким риском развития ятрогенных осложнений и является более инвазивной и менее комфортной для самого пациента процедурой. Также стоит отметить, что резекция верхушки корня может создать неблагоприятные условия в случае возможной последующей имплантации. Навигационные шаблоны моделируются по результатам взаимоналожения данных КЛКТ-диагностики и интраоральных сканов. В свою очередь КЛКТ-сканирование позволяет с высокой точностью определить локализацию остаточного эндодонтического пространства и визуализировать все морфологические особенности корневой системы зуба. Использование навигационных эндодонтических шаблонов при лечении зубов с кальцифицированными корневыми каналами и ранее эндодонтически леченных зубов с труднопроходимыми корневыми каналами повышает шансы на их прохождение, успешную обработку, позволяет сформировать более контролируемый доступ, минимизировать объем редуцированных твердых тканей, минимизирует риски осложнений, позволяет сохранить зуб, отказаться от хирургического лечения и улучшить общий функциональный прогноз зуба в долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Бердженхолц, Г. Эндодонтия / Г. Бердженхолц, К. Рейт, В. В. Фролова // Эндодонтия. – 2020. – № 1. – С. 56–72.
2. Torabinejad, M. Endodontics. Principles and Practice / M. Torabinejad, A. Fouad, S. Shabahang // J. Dent. Res. – 2020. – Vol. 3. – P. 111–124.
3. Sutil, B. G. S. Endodontics simplified / B. G. S. Sutil, A. H. Susin // Journal of Applied Oral Science. – 2017. – Vol. 25, № 5. – P. 321–327.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И СОСТОЯНИЕМ ПАРОДОНТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ

Усмонов Б.А., Юсупалиходжаева С.Х., Сатторов Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент
syx76.76@mail.ru

В последнее время все больше исследований показывают, что коронавирусная инфекция может оказывать влияние на состояние полости рта и в частности на развитие пародонтита. Коронавирус проникает в организм через дыхательные пути, а затем распространяется по всему телу. Он может вызывать воспаление в различных органах, включая легкие, сердце и почки. В последнее время было выявлено, что коронавирус также может вызывать воспаление десен и усиливать развитие пародонтита [5,6,9,12,17,19].

Одной из причин этого является то, что коронавирус может вызывать увеличение концентрации цитокинов в организме. Цитокины – это белковые молекулы, которые играют важную роль в иммунном ответе организма на инфекцию. Однако, если концентрация цитокинов слишком высока, это может привести к воспалению тканей, в том числе к десневому воспалению [1-4, 13-16].

Кроме того, коронавирус может оказывать влияние на состояние микробиома полости рта, который представлен различными видами микроорганизмов. Изменение баланса микробиома может привести к усилению воспаления десен и развитию пародонтита [6,7,8,10,11,18].

Цель исследования-изучить состояние пародонта у пациентов перенесших короновирусную инфекцию.

Материалы и методы исследования. Материалом для анализа и выводов послужила результаты обследования 30 больных генерализованного пародонтита (ГП) в возрасте от 30 до 55 лет и давностью заболевания от 5 до 10 лет. В ходе выполнения работы были использованы клинические, биохимические, рентгенологические, статистические методы исследования.

Результаты и обсуждения. До начала лечения пациенты предъявляли жалобы на боли при приёме пищи, разговоре, нарушения речи, сухость в полости рта, кровотечение из ПК при чистке зубов и сильную подвижность зубов. Большинство пациентов (75%) предъявляли жалобы на сухость СОПР, у 55-60% пациентов язык густо обложен серовато-белым налетом. При объективном осмотре десен выявляется набухший, ярко окрашенный с цианотичным оттенком десквамированный десневой край, легко кровоточащий при зондировании.

Не установлено межгрупповых различий в интенсивности кровоточивости: у больных 1 группы она составила $5,61 \pm 0,25$; у 2 группы $5,70 \pm 0,22$ балла ($P > 0,05$).

В испытуемых группах больных не установлено статистически значимых различий в подвижности зубов: средний балл подвижности зубов в 1 группе составил $4,58 \pm 0,15$; во 2 группе $4,48 \pm 0,12$ ($P > 0,05$).

Результаты исследования глубины ПК показали, что глубина ПК по применяемой бальной шкале оценок в изученных группах больных, колебалась в пределах $4,77 \pm 0,14 - 4,83 \pm 0,11$ ($P > 0,05$) баллов, что соответствовало, глубине ПК 4-6мм и более 6 мм. Средний балл глубины ПК составил $4,80 \pm 0,09$.

При изучении гигиены ротовой полости установлено, что бальные оценки ОНI-S в обеих группах больных колебались в пределах $4,85 \pm 0,09 - 4,42 \pm 0,12$ ($P > 0,05$). Балл ОНI-S индекс у больных ГП составил $4,87 \pm 0,07$. В соответствии с принятой бальной оценкой такие величины ОНI-S индекса соответствовали плохому и очень плохому состоянию гигиены ротовой полости.

Общая тяжесть воспалительного-деструктивного поражения пародонта по индексу О' Лири по принятой нами бальной шкале составила $9,21 \pm 0,11$ балла. В изучаемых группах больных величина индекса О' Лири определялись на уровне $9,17 \pm 0,21 - 9,25 \pm 0,25$ ($P > 0,05$).

Полученные нами высокие показатели бальных оценок клинических проявлений ГПСТ на фоне перенесших короновирусную патологию согласуется с литературными данными о тяжелом и агрессивном течении ГП у данных пациентов. В то же время детальная оценка клинических проявлений ГП и оценка их в баллах позволила осуществить межгрупповое сравнение изучаемых показателей и установить однородность клинических проявлений ГП в сравниваемых группах.

Выводы. Полученные нами высокие показатели бальных оценок клинических проявлений ГПСТ на фоне перенесших короновирусную патологию согласуются с литературными данными о тяжелом и агрессивном течении ГПСТ.

Список литературы

1. Бекжанова, О. Е., Юсупалиходжаева, С. Х., Ибрахимов, А. А., & Иногамов, Ш. М. (2016). ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. *АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА*, 21-23.

2. Бекжанова, О. Е., & Юсупалиходжаева, С. Х. (2017). КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКА. *АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ*, 11-13.
3. Бекжанова, О. Е., & Юсупалиходжаева, С. Х. (2017). Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта. *Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии*, 13-16.
4. Камилов Х.П., Зойиров Т.Э. Экспертная оценка стоматологической помощи больным с эндодонто-пародонтальными поражениями в Республике Узбекистан // *Клиническая стоматология* – М., 2017, № 4 – с. 80–83.
5. Хайдаров А.М., Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х., Алимова Д.М., Шукурова У.А. Организация стоматологической помощи при коронавирусных инфекциях. 60 стр. Ташкент. 2020год
6. Профилактика инфекций и инфекционный контроль при оказании медицинской помощи пациентам с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (nCoV) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/429288/WHO-2019-nCoV-IPC-Guidance-2020-rus.pdf?ua=1
7. Юсупалиходжаева, С., Патхиддинов, Ж., Эрматова, Ф., & Юсуфхужаев, Л. (2020). Совершенствование комплексного лечения кандидата ассоциированного пародонтита. *Дни молодых учёных*, (1), 72-75.
8. Юсупалиходжаева, С., Шомуродова, Г., & Патхиддинова, М. (2021). Микробиологический пейзаж корневых каналов при комплексном лечении сочетанных поражений пародонта. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*, 1(01), 273-275.
9. Юсупалиходжаева, С., Усмонов, Б., & Турдиев, А. (2021). Социальный статус у пациентов перенесших коронавирусную инфекцию. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*, 1(01), 271-273.
10. Юсупалиходжаева, С., Усмонов, Б., & Патхиддинова, М. (2022). Koronavirus infeksiyasini o'tkazgan bemorlarda tish qattiq to'qimalar holati. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*, (1), 120-121.
11. Юсупходжаева, С. Х., Усманов, Б. А., & Патхиддинова, М. Ш. (2022). ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЁСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ. *Re-health journal*, (2 (14)), 207-210.

12. Bekjanova, O. E., & Yusupalihodjaeva, S. K. (2015). THE FEATURES OF MANIFESTATION OF DIABETES MELLITUS II ON ORAL MUCOSA. In *Geneva theoretical and practical forum of free topics* (pp. 54-57).
13. Bekjanova, O. E., & Yusupalikhodjaeva, S. H. (2015). State of soft tissue of teeth in patients with II type of diabetes. In *Proceedings of 8th European Conference on Biology and Medical Sciences* (pp. 43-48).
14. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., & O'Gli, P. J. S. (2018). Background diseases at patients with candidiasis of oral cavity mucosa. *European science review*, (3-4), 215-219.
15. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., Turgunboevna, Y. N., & O'Gli, P. J. S. (2018). Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells. *European science review*, (9-10-2), 219-222.
16. Hamidullaevna, Y. S., & Esenovna, B. O. (2016). Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus. *European science review*, (1-2), 134-135.
17. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., Turgunboevna, Y. N., & O'Gli, P. J. S. (2018). Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells. *European science review*, (9-10-2), 219-222.
18. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., & O'Gli, P. J. S. (2018). Factors for persistence of *Candida albicans*, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity. *European science review*, (7-8), 187-190.
19. Yusupalikhodjaeva, S. K., Davurov, A. M., & Qosimova, G. I. (2018). Nosological forms of candidal stomatitis occurring in patients with diseases of the oral mucosa. *5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences*, 47-50.

THE LEVEL OF AWARENESS OF ORAL HYGIENE AND DENTAL HEALTH AMONG CHILDREN

Fozilov Avazbek Abduvaliyevich, Akhmedova Madinabonu Amirddinova
Scientific advisor: Vaxobova Maftuna Bakhodirovna

EMU University, Tashkent
avazbekfozilov11w@gmail.com

Introduction. Oral hygiene and timely visits to the dentist are essential for healthy teeth and the oral cavity in general. This work proves that there is an urgent need to introduce a long-term program in the school period. As adolescents are not properly aware of oral hygiene and dental health, this leads to the spread of various diseases and causes a serious blow to children's health [1].

Objectives. The main purpose of this work is to determine the level of awareness among children aged 14-15 years about proper oral health care and dental health practices in Tashkent city (Table1,2). Factors such as social status of family, educational level of mother, gender and other socio-demographic factors were taken into account.

Material and method. An online cross sectional survey was conducted which included 1,274 students. Online questionnaires were completed by the students.

Result. The result of our study shows that in Tashkent the level of knowledge of proper oral care and temporary visits to dentist is very low. Only 14% of all surveyed pupils know what plaque is and its causes. Moreover, the result of our survey shows that girls have a higher level of knowledge compared to boys. In addition, only 5% of the students visit dentist regularly. And 17% of them have never been to a dentist. And majority of pupils visit dentist only when they have acute pain or other problems which make them feel uncomfortable. The reasons for this are fear (28%) and difficulty in getting an appointment with a dentist (19%).

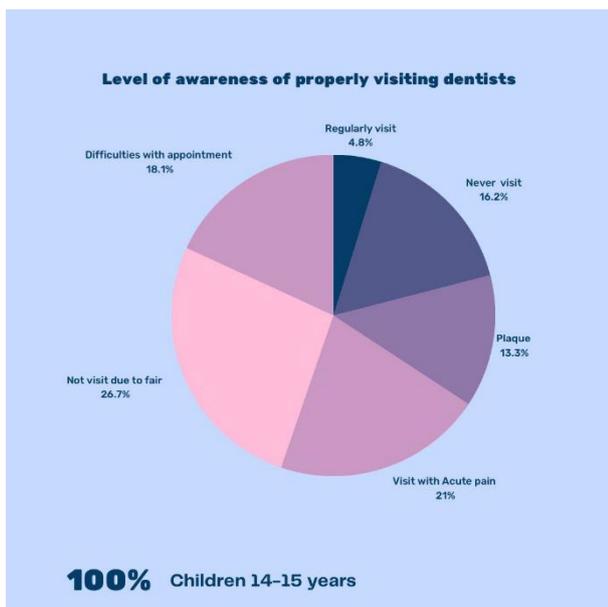


Table 1.

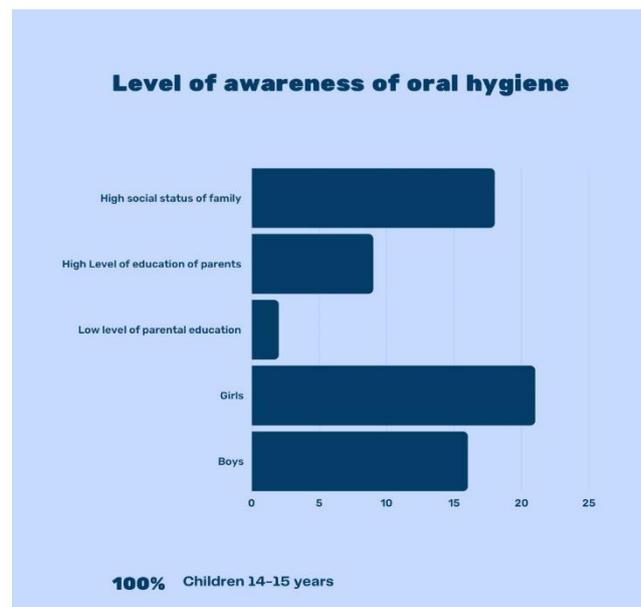


Table 2.

Conclusion. According to the data obtained as a result of the study it can be concluded that the level of awareness of pupils on proper oral care and regular visits in Tashkent is very low, which requires improvement. Based on this conclusion it is urgent to develop a long-term system of education on oral health care and introduce it into the school curriculum.

Literature:

1: ElKarmi R, Shore E, O'Connell A. Knowledge and behaviour of parents in relation to the oral and dental health of children aged 4-6 years. Eur ArchPaediatr Dent. 2015

Apr;16(2):199-204. doi: 10.1007/s40368-014-0155-7. Epub 2014 Nov 4. PMID: 25367820.

**IMPROVING EFFICIENCY ORTHOPEDIC TREATMENT OF
SECONDARY ADENTIA AGAINST THE BACKGROUND OF
GENERALIZED PERIODONTITIS.**

**Furkatov Shokhjakhon Furkatovich, Shamsiev Azamat Fazliddinovich,
ZiYaev Islomjon Doniyorovich**

Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

furkatov41097@mail.ru

Introduction: An urgent problem of modern orthopedic dentistry is the problem of treatment and rehabilitation of patients with generalized periodontitis with secondary adentia with impaired chewing function (Kopeikin V.N., 1988; Zhulev E.N.). All these concepts are closely intertwined and mutually complement each other, solving one main task - improving the efficiency and quality of orthopedic treatment of patients with secondary adentia against the background of generalized periodontitis. In this regard, there is a need for a comprehensive assessment of orthopedic treatment of patients with secondary adentia on the background of generalized periodontitis, which would include not only an assessment of the results of orthopedic treatment, but also an assessment of the quality of life of patients of their psycho-emotional state. The above made it possible to define the purpose and formulate the objectives of the study.

The purpose of the study. The purpose of this study was to develop a system for evaluating the effectiveness of orthopedic treatment of secondary adentia against the background of generalized periodontitis to improve the quality of complex treatment for this pathology. To achieve this goal, it was necessary to solve the following tasks:

Materials and methods of research. To evaluate the microsocial effectiveness of orthopedic treatment of patients with secondary adentia on the background of generalized periodontitis based on the study of indicators of the psycho-emotional state and quality of life of patients and their dynamics. To develop a methodology for a comprehensive quantitative assessment of the quality of orthopedic treatment of patients with secondary adentia on the background of generalized periodontitis.

The results of the study. For the first time, a system of comprehensive evaluation of the effectiveness of orthopedic treatment of patients with secondary adentia on the background of generalized periodontitis has been developed based on the methodology for determining the quality of dental care.

Quantitative indicators of medical effectiveness and quantitative indicators of microsial effectiveness of orthopedic treatment of patients with secondary adentia against the background of generalized periodontitis of various degrees of severity have been developed.

Conclusions: The results of the conducted studies allowed us to obtain a quantitative characteristic of the medical and microsial effectiveness of the quality of dental care for patients with secondary adentia against the background of generalized periodontitis.

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT PATIENTS WITH ODONTOGENIC JAW CYSTS

**Khazratov Alisher Isomiddinovich, Yuldashev Mukhammadjon Sirojiddinovich,
Shadiev Orzubek Umidjon ugli**

Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

alisherxazratov@mail.ru

Introduction. Improvement of methods of treatment of odontogenic cysts of the jaws continues to be an urgent problem of the surgical section of dentistry due to the following circumstances: firstly, the widespread prevalence of this pathology; secondly, the danger of extensive damage to the bone structures of the jaw, leading to premature loss of teeth and impaired chewing function, deformation of the jaw, the threat of a pathological fracture. Thirdly, the lack of reliable information on the effectiveness of various methods of surgical intervention makes it difficult to develop clear indications for the use of various methods of surgical treatment of odontogenic jaw cysts, delays the development of new effective methods of treating complications.

The purpose of the study. The aim of the work was to study the pathology of this disease, the asymptomatic course, and, consequently, to increase the effectiveness of treatment of patients with odontogenic jaw cysts by improving the quality of examination and patient preparation for surgery and preventing complications.

Materials and methods of research. Clinical, X-ray, MSCT examination (3D format) and treatment of a 47-year-old patient who applied to the surgical department of our clinic were carried out.

The results of the study. Clinical example: A 47-year-old patient complained of a fistula in the oral cavity with a small discharge. A 16-year-old patient for the presence of swelling on the lower jaw in the area of 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 teeth. The patient is scheduled for examination: blood test, overview radiography of the lower

jaw (Fig.1) and MSCT studies (Fig.2). No pathology was detected in the blood test. On the radiograph of the lower jaw, the destruction of bone tissue from 4.8 teeth to 3.8 teeth and from the tops of the roots of the teeth to the edge of the lower jaw with clear boundaries, unrelated to the roots of the teeth, is determined. Based on clinical and radiological data, the diagnosis was made: odontogenic primary cyst of the mandible. The patient was offered surgical treatment, to which he agreed. Surgical treatment was performed under local anesthesia – plastic cystectomy. Surgical procedure: an incision was made along the transitional fold from 4.8 to 3.8 teeth, the muco-periosteal flap was detached, the thinned outer wall of the lower jaw, the liquid contents and the cyst shell were removed, the wound was washed with a 1% dioxidine solution, a muco-periosteal flap fixed in the cyst cavity with an iodoform swab was inserted into the wound. After binding, the tampon was changed after 4-5 days. With the appearance of epithelialization in the cyst cavity, the patient was discharged. The prognosis is favorable. Histological examination showed the presence of epithelial cells, erythrocytes.

Conclusions. Odontogenic cysts are a disease that most often proceeds asymptotically, can be diagnosed as a result of the appearance of fistulas, swelling, sometimes it is detected accidentally radiologically during the study of other diseases. From the above, it can be noted that there are different methods of treating odontogenic cysts, but when choosing treatment tactics, relying on additional examination methods, namely, in order to accurately measure the size and clarify the localization, along with radiography, we suggest using MSCT examinations, in which the outcome is the most favorable, without complications, relapses and of course a short time rehabilitation.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОРАЖЕННЫМ РЕВМАТИЗМОМ

Холбоева Насиба Асроровна

Самаркандский государственный медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

Аннотация: Известно что, ревматизм считается аутоиммунным заболеванием . Накопление в полости рта бактерий, вызывает такие болезни зубов, как пульпит и периодонтит. В защитной системы организма начинается процесс завершения воспалительных участков, начиная от десен и заканчивая надкостницей. Ревматизм вносит сбой в налаженную систему защиты в результате которого наносит ущерб всему организму, включая полости рта. Это приводит к

уничтожению собственных клеток и тканей, образуя гранулемы, кисты, под воздействием которых наблюдается остеопороз. При ревматизме наблюдается атипичные виды кариеса зубов, множественная очаговая деминерализация эмали, стёртые формы пульпита, нарушения состава и свойств слюны. Следствием ревматизма являются структурные нарушения минерального обмена вплоть до остеопороза, что существенно ухудшает качество жизни пациентов, влияет на состояние многих органов и систем. Существует некоторые информации о том, что нарушения минерального обмена при ревматизме отображаются на состоянии твердых тканей зубов, приводит к развитию множественного кариеса, эрозий, других некариозных поражений, либо прогрессирует уже имеющуюся патологию.

Цель: Усовершенствование показания терапевтической стоматологической помощи больным ревматизмом, а также изучить клинические особенности, распространенность и интенсивность кариеса зубов, патологии пародонта у больных ревматизмом.

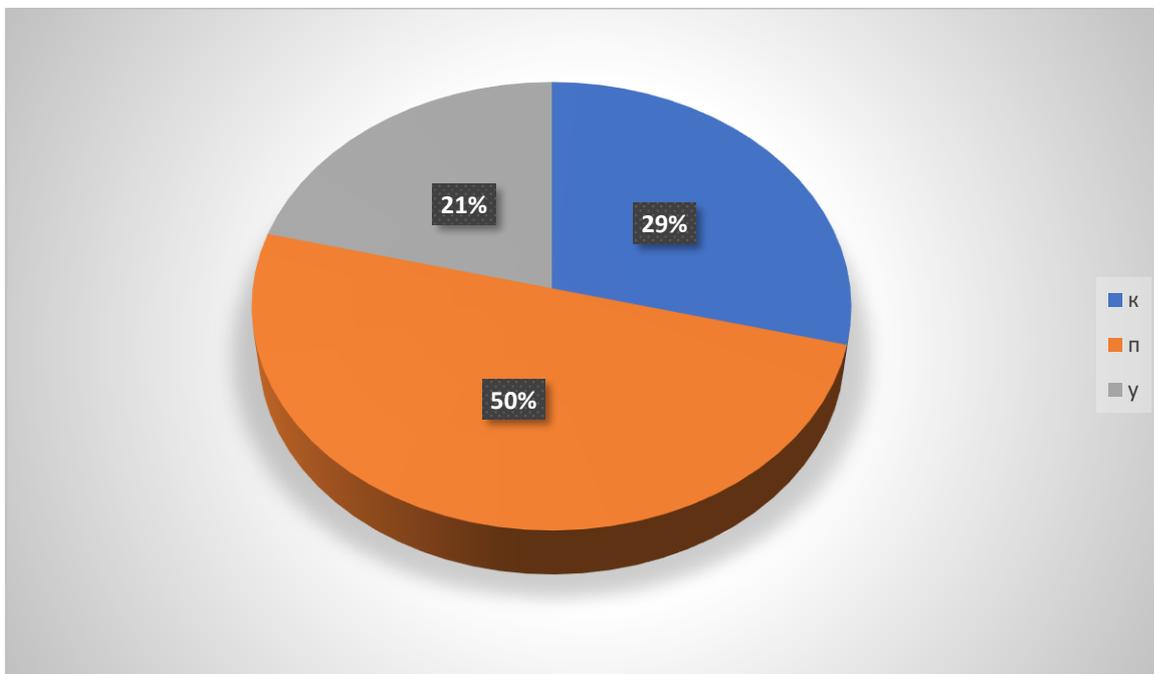
Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели обследовано 35 больных пораженных ревматизмом (5 мужчины, 30 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет.

Все больные были серопозитивными по ревматоидному фактору (100,0%), средний возраст больных на момент обследования составил 42.5лет, средняя продолжительность заболевания – 5 лет. Диагноз ревматизма устанавливался на основании общепринятых диагностических критериев (Насонова В.А, Астапенко М.Г, 1989, Сигидин Я.А, 1994) Выбранные больные не имели других соматических заболеваний (кроме ревматизма), а также не применяли в качестве лечения ревматизма цитостатических и глюкокортикостероидных медикаментов. Контрольную группу составили 10 лиц без соматической патологии (2 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 25 до 60 лет (среднеарифметический возраст составляет 42.5 лет), обратившихся за терапевтической стоматологической помощью в городскую стоматологическую поликлинику. Для решения отдельных задач (в частности, для сравнения показателей интенсивности кариеса зубов при ревматизме, выяснения силы влияния разных факторов) была рассмотрена подгруппа больных РА с сопутствующим синдромом Шегрена" (25 больных, в том числе 2 мужчин, 52 женщины, средний возраст 48+5.1лет, средняя длительность заболевания – 7.8+5,2 лет), которая не была использована в дальнейшем исследовании. Всем больным было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование ревматизма по стандартным схемам. Для определения степени общей

воспалительной активности заболевания проводилось определение уровней гемоглобина, лейкоцитов, гипер-у-глобулинов, СОЭ в периферической крови в условиях клинко-диагностической лаборатории. Специальные методы исследования включали в себя комплекс объективных показателей, характеризующих состояние зубов и околозубных тканей, интенсивность кариеса зубов у обследованных больных оценивали с помощью индекса КПУ, состояние околозубных тканей - с помощью гигиенического индекса Федорова-Володкиной, индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта CPITN, пародонтального индекса Рассела, индекса гингивита Silness-Loe (по стандартным методикам) Клинико-функциональную оценку состояния ВНЧС проводили по стандартной методике (Семкин В А, 1997, Сысолятин П.Г, 2000, Гринин В М, 2003), были приняты следующие параметры ограничения объема движений в ВНЧС (определялось при вертикальных, боковых и трансверзальных отведениях нижней челюсти) в мм по 4-балльной системе норма 3,5-1,2-1,0 см, 1 степень ФН - до 2,0-0,6-0,6 см, 2 степень ФН - до 1,5-0,5-0,5 см, 3 степень ФН - до 0,5-0,0 см Для оценки функции кисти у больных РА (Насонова В А, 1989) исследовали способность больного активно сжимать пальцы в кулак, выражая ее в процентах Полное сжатие пальцев в кулак -100%, невозможность сжатия - 0% Между этими крайними границами устанавливали промежуточные степени 75% сжатия пальцев в кулак - кончики пальцев не достигают поверхности тенара и гипотенара на 2 см 50% сжатия - расстояние между кончиками пальцев и поверхностью тенара и гипотенара 5-6 см, 25% - указанное расстояние равно 10-12 см Стоматологическая диспансеризация хронических больных, к которым относятся больные РА, имеет целью предупреждение рецидивов, обострений и осложнений основного заболевания диспансерного наблюдения пациентов с множественным кариесом зубов осуществляется не реже 1 раза в год, с хроническим генерализованным пародонтитом - не реже 2 раз в год (с проведением комплекса лечебнопрофилактических мероприятий, в том числе профессиональной гигиены полости рта) Однако, имеющие место при ревматизме увеличение интенсивности патологических процессов твердых (кариес) и мягких тканей челюстно-лицевой области, особенности клинического течения воспалительных заболеваний пародонта, высокая частота присоединения вторичных инфекций обуславливают необходимость изменения периодичности наблюдения и проведения лечебных мероприятий. Для этого было проведено динамическое наблюдение 5 больных РА с наличием множественного кариеса в возрасте 30-40 лет (в соответствии с рекомендацией ВОЗ, прирост интенсивности кариеса у взрослых наиболее выражен в этой возрастной группе) Срок наблюдений

составил 2 года. Всех обследованных разделили на две группы, идентичных по полу, возрасту, исходному клиническому статусу. В связи с высокой интенсивностью кариеса зубов, основную группу из 25 больных РА наблюдали ежеквартально (во вторую или третью недели последнего месяца каждого квартала), при этом проводили комплекс лечебно-профилактических мероприятий - лечение кариозной патологии зубов, профессиональную гигиену полости рта, назначение общеукрепляющей терапии (минерально-витаминных добавок, содержащих соли кальция, фосфора, цинка, обладающие активным антикариозным действием), рекомендации по сбалансированному питанию. Контрольную группу из 10 больных ревматизмом, как и основную группу, также наблюдали ежеквартально (4 раза в год) - во вторую или третью недели последнего месяца каждого квартала, но основные лечебно-профилактические мероприятия, предусмотренные диспансеризацией (профессиональная гигиена полости рта, лечение и профилактика кариеса зубов) проводили 1 раз в год. Оценку эффективности диспансерного наблюдения осуществляли с помощью прироста интенсивности кариеса (прирост среднего КПУ) Для установления оптимальной периодичности диспансерного наблюдения и эффективности диспансеризации больных ревматизмом с хроническим генерализованным пародонтитом нами было проведено динамическое наблюдение 5 больных. Обследованные были разделены на две группы, идентичных по полу, возрасту, исходному клиническому статусу. Обследование проводили с помощью стандартных клинических методов учитывали состояние гигиены полости рта, наличие зубных отложений. В связи с тем, что степень тяжести хронического пародонтита, определенная по индексу ПИ Рассель, является в основном необратимым значением, эффективность диспансеризационных мероприятий мы оценивали по степени тяжести воспаления околозубных тканей - катарального гингивита как симптома хронического пародонтита (по индексам Loe-Silness и РМА в модификации Parma) - учитывали динамику воспалительного процесса и частоту наступления ремиссии.

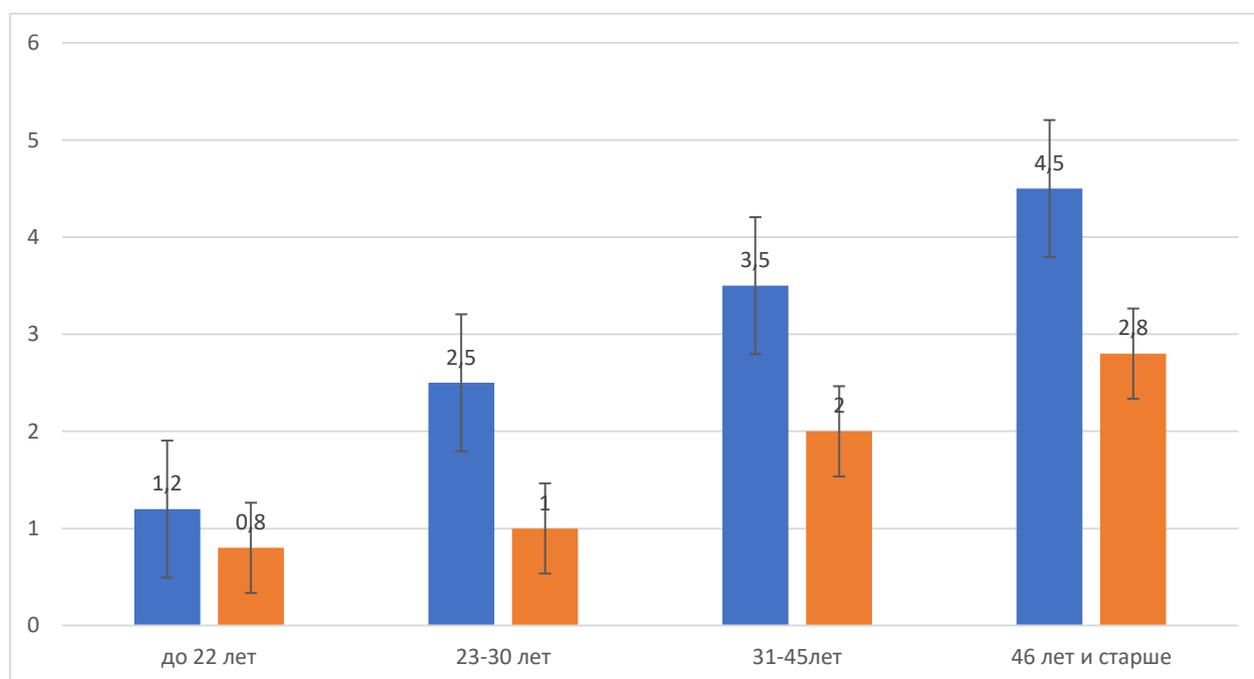
Результаты: Установлено что, интенсивность кариеса зубов у больных ревматизмом независимо от возраста была на 46,8% больше, чем у соматически здоровых лиц (16,0+4,09 и 10,9+3,14 по индексу КПУ зубов, $p < 0,01$), а также у женщин по сравнению с мужчинами (16,8+4,13 и 15,1+4,08). Наиболее сильным влиянием на интенсивность кариеса зубов при РА обладал возраст больного ($\gamma = 0,488$), Интенсивность кариеса зубов при РА была связана с уровнем гигиенического состояния полости рта ($\gamma = 0,272$) и со степенью клинической тяжести воспалительного поражения пародонта ($\gamma = 0,415$).



Структура КПУ у обследованных больных (%) Анализ структуры КПУ показал, что в стоматологическом лечении больных РА преобладают тенденции радикализации (преимущественное удаление зубов по сравнению с их лечением), нуждаемость в оказании стоматологической помощи у них выше, а показатели оказанной помощи ниже. Последнее отчасти может быть связано с большей интенсивностью кариеса зубов при РА, с объективными трудностями осуществления лечения (плохое открывание рта, не транспортабельность больного, тугоподвижность суставов), с меньшей обращаемостью за стоматологической помощью больных РА по сравнению с соматически здоровыми лицами и с радикализацией подходов врачей к осуществлению лечения. Основным влиянием на структуру КПУ обладают степень ВНЧС,

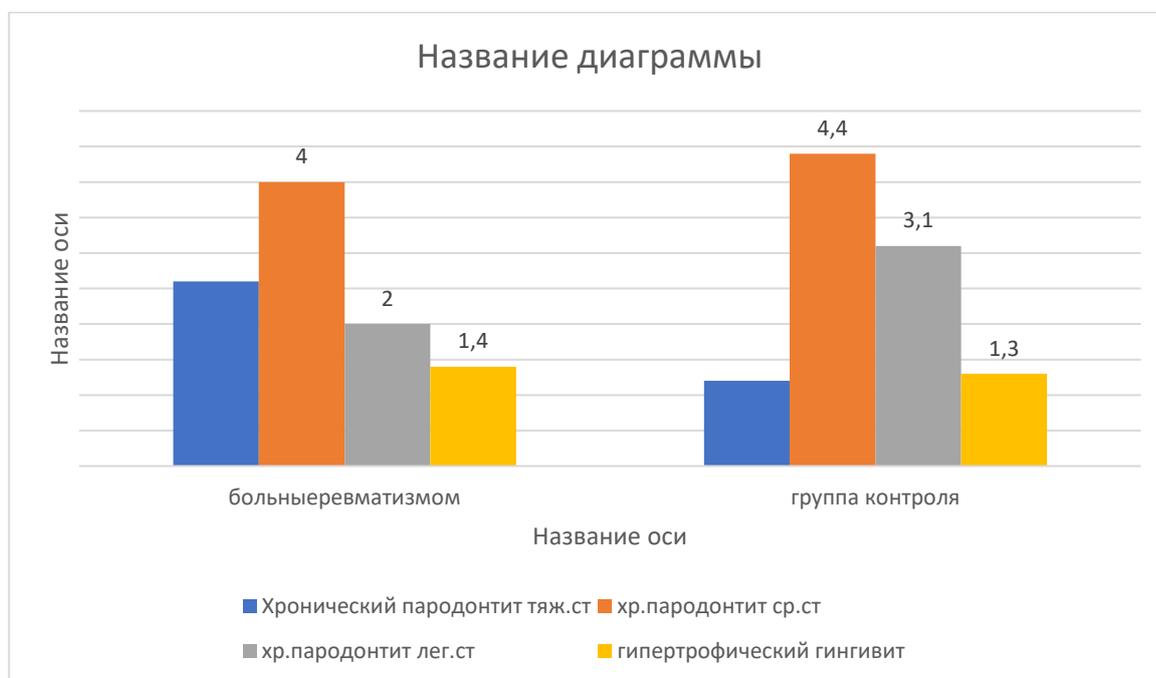
степень клинико-лабораторной активности РА и длительность поражения ВНЧС. Всё это в комплексе приводит к перераспределению долевой структуры КПУ у больных РА (в части увеличения доли удалённых зубов и уменьшения доли вылеченных зубов) и служит ещё одним фактором, объясняющим, почему врачи-стоматологи у больных РА предпочитают преимущественно радикализацию санации (во-первых, ликвидация очагов одонтогенной инфекции в условиях ослабления или напряжённости иммунитета, во-вторых, объективно плохие условия доступа для осуществления стоматологического лечения).

Уровень гигиенического состояния полости рта у обследованных больных (Грина-Вермиллиона, баллы)



Гигиеническое состояние полости рта у больных РА было хуже по сравнению с соматически здоровыми респондентами из группы контроля независимо от возраста ($p < 0,01$)

Структура патологии пародонта у обследованных больных (%)



Полученные данные позволили показать, что на стоматологическую заболеваемость (интенсивность кариеса зубов, патологии пародонта у больных РА) значимое влияние оказывало основное ревматическое заболевание, прежде всего через нарушения функции ВНЧС и суставов кисти (за счет прогрессирующего ухудшения уровня гигиены полости рта), а также (слабее) за счет самого ревматического процесса (степень активности РА, стадия РА, длительность заболевания РА) **Заключение:** Таким образом, кариес зубов при ревматоидном артрите без поражения слюнных желез характеризуется 100%-ной распространенностью и высокой интенсивностью что обусловлено влиянием факторов основного заболевания (функциональн недостаточность ВНЧС $\gamma=0,339$ и суставов кисти $\gamma=0,357$, уровень системног остеопороза

$r=0,352$, стадия РА ($r=0,246$), степень клинико-лабораторно" активности РА ($r=0,286$), длительность заболевания РА ($r=0,226$), длительность поражения ВНЧС ($r=0,248$). При 100%-ной распространенности у больных РА генерализованных форм воспалительных заболеваний пародонта достоверно преобладал пародонт средней или тяжелой степени. Гигиеническое и клиническое состояние тканей пародонта у данных больных было хуже, чем у соматически здоровых лиц. В стоматологическом лечении больных РА преобладают тенденции радикализации (преимущественно удаление зубов), нуждаемость в оказании стоматологической помощи у них выше, а показатели оказанной терапевтической стоматологической помощи ниже, чем у соматически здоровых лиц

Список литературы:

1. Авакова Д.Р., Митронин А.В., Торопцова Н.В., Еркян И.М., «Кариез зубов у больных ревматоидным артритом. Современное состояние проблемы »// Вестник Национально-медико- хирургического центр им . Н.И. Пирогова. Клиническая медицина 2011. №1 С143-145.
2. Андрианова Н.А., Амирджанова В.Н. «Оценка функционального статуса и определение инвалидности при ревматоидном артрите » // Научно-практическая ревматология, 2007. №2 С -12-15.
3. Гринин В.М., Караханян В.Т., Адилханян В.А. «Характеристика поражения височно – нижнечелюстного сустава на ранних стадиях ревматоидного и псориатического артритов » // Стоматология, 2010, Т.89, № 3,- С. 48-51.
4. Гринин В.М., Ковалёва Л.С. «Ревматические заболевания : социально-гигиенические аспекты » // Врач, 2014, № 7,- С .67-69.
5. Гринин В.М., Максимовский Ю.М., «Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава » //Стоматология, 1998, Т. 77, № 5,- С. 19-23
6. Гринин В.М., Скворцова А.А, Джанаев Т.И., Гришкян А.Р., Ашуров К.И. « Факторы влияющие на интенсивность кариеса зубов при ревматоидным артрите » // Стоматология для всех, 2007, №4 – С-16-19
7. Гринин В.М., Скворцова А.А «Состояние зубов у больных серопозитивным ревматоидным артритом » // Дентал- форум, 22011, т. 38, № 2 – С. 58-59

8. Гринин В.М., Скворцова А.А «Факторы влияющие на поражаемость кариеса зубов и его осложнениями у больных ревматоидным артритом » // Стоматология для всех, 2011, №1 – С-30-31
9. Гринин В.М., Скворцова А.А «Факторы влияющие на поражаемость кариеса зубов и его осложнениями у больных ревматоидным артритом» // Стоматология для всех, 2011, №1 – С-30-31
10. Гришкян А.Р. «Особенности оказания терапевтической помощи больным ревматоидным артритом» Авт. дисс. на соиск. уч. ст . к.м.н М-2018- 23 с
11. Джанаев Т.И. «Особенности стоматологической заболеваемости больных ревматоидным артритом, сочетающимся с синдромом Шегрена» Авт. дисс. на соиск. уч. ст . к.м.н М-2008- 24 с
12. Лебедко И.Ю., Гринин В.М., Абдуллаев А.А «Нарушения функции ВНЧС у больных страдающих ревматоидным артритом» // Стоматология , 2002, №6, -С-41-44
13. Леонтьев В. К., Кисельникова Л.П. « Детская терапевтическая стоматология » Национальное руководство- М: ГЭОТАР- Медиа, 2016, -С-116- 118 153 ISSN: 2181-1954. EISSN2181-1962 ЕВРАЗИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕДИАТРИИ 1(4) 2020
14. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т. Г. «Интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями » // Научно- практическая ревматология, 2001, № 3, -С-104-106.
15. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т.Г « Клинические факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями » // Стоматология, 2002, Т.81, -С. 15-19.
16. Скворцова А.А « Особенности лечение хронического пародонтита у больных ревматоидным артритом » Авт. дисс. на соиск. уч. ст . к.м.н М-2014-24 с
17. Гринин В.М., Скворцова А.А « Особенности развития кариеса зубов и его осложнений у больных ревматоидным артритом » Российская стоматологический журнал, 2011, № 2, -С-17-19.
18. Kumar P.S “From focal sepsis to periodontal medicine : a century of exploring the role of the oral micobiome in systemic disease ”. // J Physiol . 2007 Jan 15, 595 (2) : 465-476

19. Arneberg P, Bjertness E, Storhaug K, Glennas A, Bjerkhoel F “Remaining teeth, oral dryness and dental health habits in middle- aged Norwegian rheumatoid arthritis patients” // Community Dent Oral Epidemiol/ 1992 Oct, 20 (5): 292 -6. 146 Вестник Национального медико – хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2018, т. 13 .№ 1 Авакова Д.Р., Митронин А.В., Торопцова Н.В., Еркарян И.М
20. Chopra M, Jadhav S, Venugopalan A, Hegde V, Chopra A “ Salivary immunoglobulin A in rheumatoid arthritis with ocu on dental caries : a cross – sectional study” Clin Rheumatol. 2012 Feb: 31(2): 247-50

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Хусанов Достонжон Рустамович, ассистент кафедры челюстно-лицевой области, ТГСИ

Шомуродов Кахрамон Эркинович, д.м.н., проф. ТГСИ

Мусаев Шамшодбек Шухратович, PhD, доц. ТГСИ

Ташкентский государственный стоматологический институт

shamshodbek@inbox.ru

Актуальность. Посттравматические дефекты и деформации скулоорбитального комплекса (СОК) являются частым последствием тяжёлой травмы средней зоны лица. В настоящее время количество пациентов с данной патологией увеличивается, что связано с ростом частоты дорожно-транспортных происшествий, бытовых конфликтов [1, 2, 3]. Восстановление дефектов скулоорбитального комплекса является сложной задачей, требующей индивидуального подхода и оптимального выбора имплантатов. Полиметилметакрилат (ПММА) является одним из перспективных материалов для создания индивидуальных имплантатов в этой области.

Решению данных вопросов может помочь использование индивидуальных имплантатов в хирургической реконструкции СОК. Развитие 3D технологий привело к увеличению точности хирургического вмешательства и расширению показаний к операциям. Именно поэтому возможность эффективного хирургического лечения посттравматических дефектов СОК с использованием индивидуальными имплантатами является актуальным [4, 5, 6].

Таким образом, разработка методики использования индивидуально изготовленных имплантатов в хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями СОК является одним из перспективных направлений в данной области.

Цель. Исследовать эффективность использования индивидуальных имплантатов на основе ПММА для восстановления дефектов скулоорбитального комплекса.

Материалы и методы. Было проведено проспективное исследование, включающее анализ клинических случаев пациентов с дефектами скулоорбитального комплекса, подвергнутых операции восстановления с использованием индивидуальных имплантатов на основе ПММА. Оценивались функциональные и эстетические результаты, осложнения и долгосрочная стабильность имплантатов.

Результаты и обсуждение. Всего было проанализировано 68 случаев восстановления дефектов скулоорбитального комплекса с использованием индивидуальных имплантатов на основе ПММА. У всех пациентов были достигнуты удовлетворительные функциональные и эстетические результаты.

Наблюдалась высокая степень интеграции имплантатов с окружающими тканями, подтвержденная результатами клинических исследований и образованием костной ткани вокруг имплантатов.

Индивидуальные имплантаты на основе ПММА обеспечивают возможность точной адаптации к анатомическим особенностям пациентов, что позволяет достичь оптимального функционального и эстетического результата. Их использование способствует восстановлению симметрии лица, поддержанию нормальной артикуляции и мимической функции.

Долгосрочная стабильность имплантатов была подтверждена на основе наблюдений в течение 2 лет после операции. Отсутствие рассасывания и деградации материала подтверждает его долговечность и устойчивость.

Результаты данного исследования подтверждают эффективность и безопасность использования индивидуальных имплантатов на основе ПММА при восстановлении дефектов скулоорбитального комплекса.

Полученные результаты согласуются с предыдущими исследованиями, подтверждающими эффективность и преимущества индивидуальных имплантатов на основе ПММА. Они предлагают точное соответствие анатомическим особенностям пациентов и способствуют достижению оптимальных результатов.

Внимание следует уделять индивидуальному планированию и изготовлению имплантатов, учитывая особенности каждого пациента и его уникальные анатомические особенности.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на долгосрочное наблюдение пациентов, оценку эффективности имплантатов на основе ПММА

с учетом возможных осложнений и разработку улучшенных методов планирования и изготовления имплантатов.

Список литературы:

1. Шомуродов К. и др. Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 78-80.
2. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Орбитальные переломы: Руководство для врачей. - СПб: дко-Вектор, 2012.-456 с.
3. Рабухина Н.А., Голубева Т.Н., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. - М.: МЕД-пресс-информ, 2006. - 128 с.
4. Yilmaz M., Vayvada H., Aydm E. Repair of fractures of the orbital floor with porous polyethylene implants // Bi: J. Oral Maxillofac. Surg. - 2007. - Vol. 45, №8.-P. 640-644.
5. Shomurodov, K. E., Kuryazova, Z. K., Isomov, M. M., Mukimov, I. I., & Fayziyev, B. R. (2017). Improvement of surgical treatment of fractures of the inferior orbit wall. J Stomatologiya–2017, 2, 78-80.
6. Musaev S., Sirojiddin A. Patterns of Paediatric Maxillofacial Fractures: A Twelve-Year Retrospective Study //Актуальные вопросы стоматологии. – 2020.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ И РАЗРАБОТАННЫХ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ РОТОВОЙ КОМИССУРЫ

Касимова Шахнозахон Одилжон кизи

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

shakhnozakhon161616@gmail.com

На основе анализа результатов лечения 85 пациентов с последствиями ожогов ротовой комиссуры. Больные разделены на две группы в которые включено: группа сравнение 40 пациентов и в основном - 45. Разработанный метод лечения позволяет эффективно устранять деформации ротовой щели, улучшить возможности питания, речи, изменить психологический статус и эстетический вид пациента.

Послеожоговая рубцовая деформация лица, являются причинами серьезных как функциональных, так и эстетических проблем, вызывают нарушения в работе дыхательной, пищеварительной и других систем организма.

Целью исследования является улучшение функциональных и эстетических результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций ротовой комиссуры путём разработки нового способа.

Материалы и методы исследования. Раздельно будут отображены методы в контрольной группе Z-пластика, а в основном или предложенный способ двугорбого лоскута.

Результаты и их обсуждения. Первоначально приводим частоту ближайших послеоперационных осложнений. После операций двугорбым лоскутом в основной группе отмечено 6,7% осложнений (у 3 из 45 пациентов). В контрольной группе частота осложнений составила 12,5% (5 пациента из 40), по трём случаям некроза кончика лоскута, нагноения раны.

Вывод. Таким образом, разработанный метод хирургического лечения больных с последствиями ожогов комиссур рта дал возможность улучшить результаты как функционального, так и косметического характера в 2 раза.

Список литературы

1. М.Г.Тешабоев, А.И.Хазратов, Ш.О.Касимова// Чандикли микростомия жаррохлик усулини такомиллаштириш// Стоматология и краниофасциальных исследований 2022 - стр 64-68.

2. Исмаилов С.И., Мадазимов М.М., ТешабоевМ.Г.//Сравнительный анализ ближайших результатов применения предложенного комплекса профилактических тактико-технических аспектов пластики рубцовых дефектов лица и шеи//Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия С.197-200 Volume 1.Issue 2.2022

3. Teshaboyev M.G., Umurzakov K.K.// Studies of the quality of life of patients with the consequences of burning of the face and neck with the help of "WHOQOL-BREF"//International correspondence scientific and practical conference (Boston, USA, June 22-23, 2020). Boston. 2020

4. ТешабоевМ.Г. //Исследования оценка качества жизни больных с последствиями ожогов лица и шеи//Тиббиётда янги кун №2 (30) 2020

USING MACHINE LEARNING TO PREDICT THE LIKELIHOOD OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS

Yusupalikhodjaeva S.Kh., Patkhiddinov J. Sh., Ortikboev Sh.Sh.

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

jaloliddin98.98@mail.ru, patxiddinova@mail.ru

The use of machine learning to predict the likelihood of dental disease has great potential to improve the quality of care and prevent the occurrence of

Using artificial intelligence to analyse large amounts of medical data and build models that can predict the likelihood of dental disease in a particular patient based on their medical history, clinical studies, lifestyle and other parameters. This approach will make it possible to screen patients more accurately for the risk of dental disease and to take early preventive and treatment measures [1,2,4].

The first step towards informatization of the country's health care was the formation of an electronic patient registration system. During its development, the system will provide doctors and medical staff with access to patient data contained in the electronic medical records (EMR) on the "DentReg" platform, regardless of where and when this patient was registered [1,3,5,7]. At present, there is a significant shortfall in patient care. In health care institutions, which do not have a user attached to the place of residence, including private clinics, a new medical record is created for patients to undergo a new anamnesis of the patient, which affects the time of diagnosis and treatment. When assessing the results of oral mucosa (ORS) and dental hard tissue studies, particularly when evaluating the clinical symptoms, there may be differences of opinion on the degree of manifestation or significance of a clinical symptom. A quantitative assessment of the degree of expert agreement is therefore needed. Quantification of the degree of agreement makes it possible to interpret the reasons for disagreement more reasonably, to identify the most relevant criteria and symptoms and their contribution to the validity of the diagnosis [2,4,6,8].

Concretization of the stated assessment of the experts agreement was carried out in accordance with the developed scales of measurement of severity of clinical course of MMOC (membrane mucous of oral cavity) lesions and dental hard tissues, degree of severity of each specific clinical symptom.

Material and methods. The expert group was created from 10 highly qualified specialists - dentists with the highest qualification category and at least 10 years of work experience in the specialty. The measure of consistency of experts' opinions was the necessity and significance of evaluation of each specific symptom of MMOC affection in points.10 Experts were offered to evaluate 9 symptoms in the points developed by us, reflecting the clinical course of Candida affection of MMOC according to the following indicators:

1. External examination
2. Defeat prevalence
3. Galitosis
4. Characteristics of the lesion elements

5. The symptoms of xerostomy
6. Subjective sensations
7. The condition of the tongue papillae
8. State of mucous tongue
9. General symptoms

Results and discussions. This statistical method makes it possible to evaluate the phenomenon under study in the form of a generalized opinion of specialists (experts) on the issue or problem under study. The experts assess the adequacy and necessity to evaluate the symptoms in the developed scores of severity of each specific symptom of the defeated MMOC. It is considered that an objective assessment of the possibility of using the method is possible if the experts' opinions are agreed, i.e. close in meaning. The degree of expert agreement was assessed by the value of the concordance coefficient (W). Introduction of MR by the doctor of a medical institution quickly finds the existing information and also adds new information about all cases of rendering medical care to the patient. The necessary medical certificates and documents are generated automatically. Modern dentistry is increasingly focusing on the use of artificial intelligence technology to predict the likelihood of oral disease. This is due to the fact that dental diseases can lead to serious health consequences for the patient and are also costly to treat.

Machine learning is one of the most effective techniques for analysing large amounts of data, making it an indispensable tool for predicting the likelihood of dental disease. Machine learning techniques can be used to analyse large amounts of data about patients, including their medical and dental history, anamnesis, underlying risk factors and other factors that may influence the likelihood of disease.

The use of machine learning in dentistry can help identify early signs of disease, allowing treatment to be initiated in a timely manner and preventing the development of disease. In addition, machine learning can be used to identify optimal treatment methods and predict treatment outcomes.

Conclusions. Using artificial intelligence to analyse large amounts of medical data and build models that can predict the likelihood of dental disease in a particular patient based on their medical history, clinical studies, lifestyle and other parameters. This approach will make it possible to screen patients more accurately for the risk of dental disease and to take early preventive and treatment measures.

References

1. Юсупалиходжаева С. Х. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА //ББК. – Т. 51. – С. 160.
2. Юсупалиходжаева С. и др. Электронная медицинская карта-персональная информатизация цифровых данных в стоматологии //Дни молодых учёных. – 2020. – №. 1. – С. 97-99.
3. Kukhtichev, A.A.; Skorodumov, S.V.; Salchak, Ch.A. Development of the information architecture of the system for creation of the digital medicine services (in Russian) //A.A. Kukhtichev, S.V. Skorodumov, Ch.A. Salchak. - XIV International conf. System design, technological preparation of production and control of the industrial product CAD/CAM/PDM life cycle stages: Moscow, October 14-16, 2014. -M.: 2014. - 98–100с.
4. Yusupalikhodjaeva S.H., Bekjanova O.Ye., Shukurova U.A., Patkhiddinov J.Sh. "Program for clinical assessment of the course of candidiasis lesion of oral mucosa according to the index of disease severity (KPSOPR. exe)" Certificate of official registration of the program for electronic computers №DGU-06894. 28.06.2019г.
5. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O. Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus //European science review. – 2016. – №. 1-2. – С. 134-135.
6. Hamidullaevna Y. S. et al. Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells //European science review. – 2018. – №. 9-10-2. – С. 219-222.
7. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O., O'Gli P. J. S. Factors for persistence of Candida albicans, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity //European science review. – 2018. – №. 7-8. – С. 187-190.
8. Yusupalikhodjaeva S. K., Davurov A. M., Qosimova G. I. Nosological forms of candidal stomatitis occurring in patients with diseases of the oral mucosa //5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences. – 2018. – С. 47-50.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Нигматова И.М.¹, Рахматуллаева Н.Р.², Рузиев Ш.Д.¹

Ташкентский государственный стоматологический институт

Тошкентская медицинская академия Ургенчский филиал, кафедра

«Стоматология»

Актуальность. При тяжелых нарушениях слуха человек не может пользоваться многими источниками информации, рассчитанными на слышащего человека (радиопередачи, лекции и пр.), полноценно воспринимать содержание телепередач, фильмов, театральных спектаклей. Особенно важна роль слуха в овладении человеком речью. В силу этого резко, у детей с нарушениями слуха ограничиваются возможности общения с людьми, а значит, и познания, поскольку одним из основных способов передачи информации является устная речь. Отсутствие или недоразвитие речи ведет, в свою очередь, к нарушениям в развитии других познавательных процессов, главным образом, словесно-логического мышления. Стойкое нарушение слуха как первичный дефект приводит к целому ряду вторичных отклонений в развитии, затрагивающих как познавательную деятельность, так и личность ребенка в целом.

Цель исследования. Оценивать состояние полости рта у детей с нарушениями слуха.

Материал и методы исследования. В исследованиях приняло участие 73 детей (41 девочка и 32 мальчика) в периоде молочного и сменного прикуса от 4-14 лет. После тщательного обследования этих детей, в котором приняли участие не только врачи ортодонты, сурдологи, но и психологи, психоневрологи, у обследуемых детей были выявлены речевые нарушения первичного характера, т. е. недоразвитие речи явилось у них не следствием нарушенного слуха. Были выявлены учащиеся, которых наряду со снижением слуха имеют нарушения речевой моторики, нарушение в строении артикуляционного аппарата, нарушения опорно – двигательного аппарата (ДЦП), т. е. если бы у этих детей слух был бы в норме, речевой дефект все равно имел бы место. Значит, эти нарушения можно рассматривать как первичный дефект. Развитие речевой деятельности у глухих и слабослышащих детей было предметом специальных исследований многих дефектологов. А вопрос о развитии речевой деятельности у глухих и слабослышащих, имеющих

речевые нарушения первичного характера в специальной литературе недостаточно освещен и практически отсутствуют рекомендации по коррекционной работе с ними. До выявления такого рода аномалий у слабослышащих и глухих детей вся наша работа по формированию произношения строилась без учета структуры данного дефекта. Мы не фиксировали свое внимание на диагнозах ортодонтического и логопедического характера, таких как дизартрия, ринолалия, алалия, планировали свою работу и работали только с учетом компонента нарушенного слуха.

Возникали проблемы при постановки звуков, особенно труднопроизносимых, таких как свистящие, шипящие, аффрикаты, вибрант.

После обследования, после знакомства с соответствующей литературой у нас возникла необходимость переработки и модификации коррекционной работы по формированию произношения у детей с нарушенным слухом с учетом диагнозов ортодонтического и логопедического, комплексного характера.

Вывод. При врожденной или рано возникшей тугоухости (когда она возникает в доречевом периоде или в начальном периоде формирования речи) отмечаются значительные отклонения в речевом развитии. Речь таких детей обращает на себя внимание окружающих. Допускаемые ребенком ошибки, связанные с трудностями в восприятии информации, в ряде случаев расцениваются как невнимательность, нежелание работать, упрямство и т.п. Применяемые в связи с этим педагогические воздействия могут вызвать появление у ребенка таких черт, как замкнутость, неуверенность, раздражительность, иногда проявления негативизма и др. Поэтому у всех детей, отстающих в обучении и имеющих недостатки речи, необходимо тщательное исследование состояния слуховой функции.

Литература:

1.Р.Н.Нигматов, Ф.А.Шомухамедова “Ортодонтия” Тошкент 2020йил.

2.Р.Н.Нигматов, И.М.Нигматова. “Ортодонтия” Тошкент 2021 йил.

3. Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus
IM Nigmatova, ZR Khodzhaeva, RN Nigmatov - Scientific and practical journal"
Stomatologiya, 2018

4.Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ
ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. Stomatologiya, 1(4(77), 70–75.
извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>

ВРЕДНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА

Юсупалиходжаева С.Х., Хасанов А.О., Улугбекова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

syx76.76@mail.ru

В наше время курение стало одной из наиболее распространенных вредных привычек, которая оказывает негативное воздействие на здоровье человека. Курение не только повышает риск развития различных заболеваний в организме, но и негативно влияет на здоровье полости рта [2,5,6].

Исследования показывают, что курение является одной из основных причин заболеваний полости рта, таких как пародонтит, гингивит, лейкоплакия и рак полости рта. При этом более высокий риск развития этих заболеваний наблюдается у курящих женщин, в том числе и беременных [1,3,7].

Курение также оказывает негативное влияние на здоровье зубов. Оно вызывает нарушения эстетики зубов, такие как изменение цвета зубов, появление зубного налета и депигментации. Кроме того, курение приводит к изменению биохимического состава слюны, что может вызывать различные заболевания полости рта [2,4,5,8].

Предотвращение заболеваний полости рта, связанных с курением, возможно путем прекращения курения. Также важно соблюдать правильную гигиену полости рта, посещать стоматолога регулярно и следить за состоянием здоровья зубов и десен.

Целью исследования явилось изучение действие курения на состояние пародонта и твердых тканей зубов.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов обратившихся в терапевтическую стоматологическую поликлинику Ташкентского государственного института и Андижанского медицинского института, из них 30 больных с патологией СОПР и пародонта, 10 – без патологии СОПР и пародонта. Проводились клинические, биохимические, рентгенологические методы исследования. Оценку стоматологического статуса начинали с опроса, клинического осмотра пациентов, которые используют кальян при табакокурении. Вследствие опроса узнавали жалобы пациента, а также стаж курения. Вся информация по анкетированию вносилась в анкеты со слов пациентов. После проведенного опроса приступали к внешнему осмотру.

Результаты и обсуждения При обследовании пациентов в основной группе обследованных обнаружено следующие показатели: налет желтого цвета-89%, неприятный запах из полости рта-64%, раздражение и зуд десен-67%, болезненные ощущения во время еды- 76%, искажение вкусовых ощущений-43%, образование зубного камня-88,7%, быстрое прогрессирование кариеса, разрушение уже поставленных пломб-45%, кровоточивость десен-78,4%, повышение температуры-23,3%, общая вялость и слабость-46,8%, разрушение и потеря зубов-76,5%.

Кандидоз СОПР наиболее часто был ассоциирован с генерализованным пародонтитом, который встречался у 28 ($69,71 \pm 2,58$ %) пациентов основной группы против 10 ($50,0 \pm 4,08$ %) ($P \leq 0,01$) в группе контроля.

Заключение. Курение является серьезной проблемой, которая оказывает негативное воздействие на здоровье не только организма в целом, но и здоровье полости рта в частности. Поэтому важно осознать опасность курения и предпринимать меры для сохранения здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишниязова Г. Б., Юсупалиходжаева С. Х., Мавжудов Ф. Б. Комплексное лечение генерализованного пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией полости рта //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 126-127.
2. Солдатова Ю.О., Булгакова А.И., Зубаирова Г.Ш. Клиническая характеристика состояния полости у лиц с табакозависимостью //Медицинский вестник Башкортостана -2014-С.60-63.

3. Кочкомбаева Р.А., Абасканова П.Д., Супатаева Т.У. и др. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие / сост. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2017. 46 с.
4. Наврузова Ф. Р., Юсупалиходжаева С. Х. Социально-демографическая характеристика пациентов страдающих кандидозом слизистой оболочки полости рта //5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences. – 2018. – С. 29-32.
5. Mironov S.N., Emelina E.S., Troitsky V.I., Yablokova N., Kuznetsov I.I. The impact of smoking, including hookah, on the human body. // Journal of Global Pharma Technology. – 2020. – Т.12. – №1. – С.211-217. [Scopus]
6. Sevbitov A., Emelina E., Khvatov I., Emelina G., Timoshin A., Yablokova N. Effect of smoking steam cocktails on the hard tissues of the oral cavity. // Georgian medical news. – 2021. – 313. – С.44-48. [Scopus]
7. Hamidullaevna, Y. S., Esenovna, B. O., & O'Gli, P. J. S. (2018). Factors for persistence of *Candida albicans*, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity. *European science review*, (7-8), 187-190.
8. Yusupalikhodjaeva, S. K., Davurov, A. M., & Qosimova, G. I. (2018). Nosological forms of candidal stomatitis occurring in patients with diseases of the oral mucosa. *5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences*, 47-50.

АУГМЕНТАЦИЯ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОКОСТИ

Юсупов З.Я., Косимов М.М.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Актуальность. Одной из важных проблем дентальной имплантологии является вертикальная и горизонтальная атрофия костной ткани альвеолярного гребня челюсти, развивающаяся после утраты зубов. Согласно наблюдениям (4), в течение первого года после утраты зуба отмечена потеря 50% объема кости в щечно-язычном измерении. Дефицит костной ткани, развивающийся со временем после удаления зуба, зачастую делает невозможной установку дентальных имплантатов без костной аугментации.

В настоящее время существует большое количество разновидностей аугментации при недостаточном объеме костной ткани челюстей. При горизонтальной атрофии (уменьшение толщины альвеолярного гребня) применяют направленную регенерацию костной ткани, пересадку костного

блока или расщепление альвеолярного гребня с заполнением образовавшейся щели остеопластическим материалом.

В качестве остеопластического материала могут использоваться материалы различного происхождения. На данный момент на рынке присутствует большое количество различных костных заменителей, которые прошли успешные клинические испытания и используются в случаях дефицита костной ткани. В то же время аутокость, являясь единственным источником остеогенных клеток, до настоящего времени считается «золотым стандартом» при подобных вмешательствах (1, 2). Аутоотрансплантаты обеспечивают самый высокий клинический успех, прошли самые долгие клинические исследования и исторически имеют самый большой опыт использования.

Цель исследования. Повышение эффективности и сокращение сроков дентальной имплантации при атрофии альвеолярного гребня путем внедрения в клиническую практику рациональных методов аугментации костной ткани.

Материал и методы исследования. Изучена эффективность метода расщепленного костного блока аутокости (3) с одномоментной дентальной имплантацией в боковых отделах нижней челюсти, выполненных у 12 пациентов.

Операцию проводили под местным инфильтрационным обезболиванием 4% раствором артикаина с адреналином. После обнажения кости производили общепринятые этапы формирования ложа имплантата. При этом если толщина альвеолярного гребня меньше толщины устанавливаемого имплантата, образуется частичный дефект в верхнем отделе сформированного ложа (рис 1). После вкручивания имплантатов часть их поверхности остается обнаженной (рис 2).

Далее при помощи пьезотома, из ретромолярной области (области наружной кривой линии) забирается аутокость в форме блока толщиной около 2 мм, который расщепляется по плоскости. Одна из образованных костных пластин фиксируется над имплантатами при помощи титановых мини-винтов (рис 3). Вторая пластина измельчается, образовавшейся аутоостружкой заполняются пространство между пластиной и реципиентной зоной (рис 4). Таким образом, шейка импланта оказывается полностью погруженной в пересаженную кость. Операцию завершали наложением швов синтетической нитью 5/0.

По нашим наблюдениям, послеоперационный дискомфорт при использовании кости, полученной вблизи основного вмешательства намного меньше, чем при использовании других источников.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех случаях ранний послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. Швы были сняты на 9-10 сутки. Через 4-5 месяцев по данным клинико-рентгенологического обследования наблюдали в основном полную оссеоинтеграцию, проявляющуюся отсутствием признаков воспаления периимплантных тканей, подвижности имплантов, а также рентгенологических признаков резорбции кости в области шеек имплантов.

Клинический пример.

Пациентка М. обратилась с жалобами на концевой дефект зубного ряда нижней челюсти слева (отсутствуют зубы №№ 36 и 37) и желанием изготовления несъемного протеза с опорой на импланты.

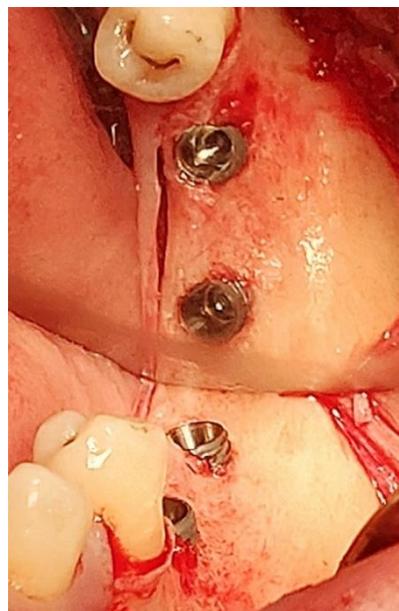
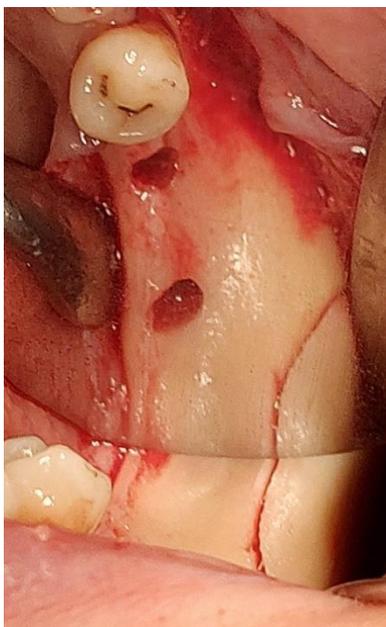


Рис. 2. Вид альвеолярного гребня после формирования ложа имплантов

Рис. 3. Обнажение шеек имплантов после вкручивания имплантов

Рекомендована установка имплантатов в области 36 и 37. Толщина альвеолярного гребня в области 36-37 зубов не превышала 3,0 мм, что создавало определенные трудности для установки имплантов. В этой связи была произведена пересадка костного аутоотрансплантата с одномоментной установкой имплантов описанным методом (рис. 1-4).



Рис. 2. Вид после имплантации и фиксации костной пластинки



Рис. 3. Пространство заполнено аутоостружкой

Такой подход позволяет завершить ортопедическое лечение в те же сроки, что и при обычной имплантации.

Выводы. Таким образом, применение аугментации альвеолярного гребня методом F. Khoury с одномоментной дентальной имплантацией в боковых отделах нижней челюсти продемонстрировало высокую клиническую эффективность при минимальной степени инвазии. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный подход при имеющей место атрофии альвеолярного гребня нижней челюсти.

Литература:

1. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. / В.Л. Параскевич.- М., 2006. – 399с.
2. Хирургические методы реабилитации пациентов с выраженной костной атрофией верхней и нижней челюстей. /А.А. Кулаков, М.А. Амхадова, В.М. Королев, Ал.А. Кулаков.- Пародонтология, 2006. - №1. – С. 67-70.
3. Khoury, F.; Antoun, A.M.P. Bone Augmentation in Oral Implantology; Quintessence: London, UK; Berlin, Germany, 2007; pp. 115–213.
4. Schropp, L.; Wenzel, A.; Kostopoulos, L.; Karring, T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: A clinical and radiographic 12-month prospective study. Int. J. Periodontics Restor. Dent. 2003, 23, 313–323.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

Юсупов Ш.Ш., Боймурадов Ш.А., Курбонов Ё.Х., Шухратова М.М.,
Нигматов И.О.

Ташкентская медицинская академия

shoha_03@mail.ru

Актуальность. Повреждения нижней стенки глазницы занимают особое положение, поскольку требования к эстетическим и функциональным результатам лечения данной патологии являются высокими. Значительное количество неудовлетворительных результатов лечения, связанные с неточной диагностикой повреждений нижней стенки глазницы, использованием неэффективных способов лечения, приводят к развитию различного рода осложнений: энтофтальм, бинокулярная диплопия, ограничения подвижности глазного яблока и т.д. При контузии орбиты наиболее часто встречаются изолированные переломы нижней стенки глазницы, на которые приходится 35–40%. Впервые перелом нижней стенки глазницы описан MacKenzie в Париже, в 1844 г. Термин «blow-out fractures» появился в 1957 г., когда Smith и Regan описали случай перелома нижней стенки глазницы с интерпозицией нижней прямой экстраокулярной мышцы и с ограничением движений глазного яблока. В связи с этим актуальным является повышение качества диагностики и хирургического лечения изолированных переломов нижней стенки глазницы по типу «blow-out fractures».

Цель исследования. Целью данного исследования является оптимизация комплексного лечения взрывных переломов нижней стенки глазницы по типу «blow-out fractures».

Материалы и методы исследования. В отделение пластической хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии нами было прооперировано 32 больных с изолированными переломами нижней стенки глазницы за период 2021-2022 года. Из них основной контингент больных составляли лица мужского пола – 83%. Возраст больных варьировал от 20 до 45 лет. Причинами переломов являлось ДТП в 88 % случаев, бытовая травма в 12 % случаев. При поступлении больным проводили комплексное клиническое и диагностическое обследование, которая также включало мульти спиральную компьютерную томографию с коллимацией слоя 0,5 мм, интервалом реконструкции 0,6 мм с мультиспиральной реконструкцией полученных изображений в сагитальных и коронарных проекциях. Консультации смежных специалистов (нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога и др.).

Результаты исследования. Изолированные повреждения (blow-out fractures) в среднем отделе нижней стенки глазницы диагностировались в 20 (75%) наблюдениях. В заднем отделе нижней стенки глазницы в 12 (25%) случаях. Механизмом изолированного повреждения нижней стенки глазницы являлось повышения давления внутри глазницы, что привело к перелому костной структуры и к пролапсу мягких тканей в просвет верхнечелюстной пазухи. В следствие чего наблюдалось также интерпозиция нижней прямой или нижней косой экстраокулярной мышцы в линии перелома – в 40 % случаев.

У всех пациентов в предоперационном периоде отмечалась деформация орбиты и различная степень энофтальма и гипофтальма, а также диплопия различного характера. Проведенное обследование позволило: уточнить локализацию и характер повреждения, оценить состояние глазодвигательных мышц, положение глазного яблока, обнаружить пролапс орбитальной клетчатки и уточнить размер и локализацию дефекта в стенке глазницы, что является особенно важным для выбора метода хирургического вмешательства, имплантата глазницы и планирования оперативного вмешательства. У 20 больных, где дефект нижней стенки глазницы диагностировался в переднем и среднем её отделе, мы использовали смоделированный имплантат из пористого титана. В 12 случаях, где дефект нижней стенки диагностировался в заднем отделе, мы использовали разработанную нами методику репозиции нижней стенки глазницы с помощью «эндотеза».

Выводы. Таким образом, способ устранения дефектов и деформаций изолированных повреждений нижней стенки глазницы, включающий выполнение компьютерной томографии лицевого отдела черепа, измерение параметров, синтезирование объемных параметров по полученным данным, изготовление имплантата, определяет показания и противопоказания к операции, малотравматичный доступ к повреждённому участку, кроме этого также способствует сокращению послеоперационных осложнений в 2,4 раза, таких как нарушение чувствительности в области иннервации подглазничного нерва (на 12,9%), асимметрии лица (на 11%), диплопии (на 16,7%), энофтальм (на 13,3%) и др. При оценке эффективности предложенных методов хирургического лечения изолированных переломов нижней стенки глазницы в 90,6% случаев установлены хорошие результаты со стойкой положительной динамикой.

УДК 616-089.11

ВЕДУЩИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ПО

СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ НА ПАТОГЕНЕЗ. ОБЗОР

К.А. Привалова¹, М.А. Носова², А.Н. Шаров³, С.М. Ризаева⁴, Е.С. Михайлова⁵

*¹Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

*²Самарский Государственный медицинский университет, Самара, Российская
Федерация*

*³ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА», Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

*⁴Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент,
Узбекистан*

*⁵Санкт-Петербургский Государственный университет, Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

Аннотация. Рецессия десны - актуальная и широко распространённая стоматологическая проблема. Встречаемость рецессий десны составляет от 45,5% до 99,3%; с возрастом частота и степень рецессий десны значительно выше. Существует множество этиологических факторов, приводящих к рецессии, но первичные причины их возникновения изучены недостаточно. В литературе, например, нет классификации этиологических факторов по степени их влияния, нет чёткого понимания первичных причин, вызывающих рецессии с одинаковым дизайном у пациентов с различным набором фенотипических признаков. Научный интерес представляет определение ведущих причин возникновения рецессий десны, определяющих образование рецессий независимо от вторичных сопутствующих факторов и условий жизни; привычек, образа жизни и среды обитания.

Цель исследования - определить перечень ведущих причин рецессий десны как главных этиологических факторов влияющих на патогенез.

Материалы и методы. Анализ литературных научных данных; методы декомпозиции, интеграции и определения причинно-следственных связей.

Результаты. Генетически детерминированные этиологические факторы являются первичными и ведущими в образовании рецессий десны у людей, независимо от их условий и образа жизни. Все остальные факторы могут способствовать или препятствовать развитию патологического процесса, но не являются первичной причиной его образования.

Заключение. Понимание истинной этиологии такой частой патологии как рецессии десны позволяет точнее врачу-хирургу спланировать лечение

рецессий независимо от сложности, степени и количества вовлечённых в патологический процесс зубов, а также добиться большего процента успешного лечения с минимальным риском осложнений. Целесообразно продолжить исследование вопроса этиологии рецессий десны для разработки классификации этиологических факторов и более глубокого понимания практической значимости причин по степени их влияния на патогенез.

Ключевые слова: рецессия десны, этиология рецессии десны, первичные этиологические факторы, фенотипическое планирование.

THE PRIMARY CAUSES OF GINGIVAL RECESSIONS ACCORDING TO THE DEGREE OF INFLUENCE ON PATHOGENESIS. REVIEW

К.А. Privalova¹, М.А. Nosova², А.Н. Sharov³, S.M. Rizaeva⁴, E.S. Mikhaylova⁵

¹*St. Petersburg's first State medical University of I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russian Federation*

²*Samara State Medical University, Samara, Russian Federation* ³*DENTAL SHOP*

«HAMOMILLA», St. Petersburg, Russian Federation ⁴*Tashkent's State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan*

⁵*St. Petersburg's State University, St. Petersburg, Russian Federation*

Abstract

Gum recession is an actual and widespread dental problem. The incidence of gum recessions ranges from 45.5% to 99.3%; with age, the frequency and degree of gum recessions are significantly higher. There are many etiological factors leading to a recession, but the primary causes of their occurrence have not been sufficiently studied. In the literature, for example, there is no classification of etiological factors according to their degree of influence, there is no clear understanding of the primary causes of recessions with the same design in patients with a different set of phenotypic features. The scientific interest is the determination of the primary causes of gingival recessions, which determine the formation of recessions regardless of secondary factors and living conditions; habits, lifestyle and habitat.

The purpose of the study is to determine the list of the primary causes of gingival recessions as the main etiological factors affecting pathogenesis.

Materials and methods. Analysis of scientific literature, methods of classification and structuring; methods of decomposition, integration and determination of cause-and-effect relationships.

Results. Genetically determined etiological factors are primary and leading in the formation of gingival recessions in humans, regardless of their conditions and lifestyle. All other factors may contribute to or prevent the development of the pathological process, but are not the primary cause of its formation.

Conclusion. Understanding the true etiology of such a frequent pathology as gingival recession allows the surgeon to plan the treatment of recessions more accurately, regardless of the complexity, degree and number of teeth involved in the pathological process, as well as to achieve a higher percentage of successful treatment with minimal risk of complications. It is advisable to continue the study of the etiology of gum recessions in order to develop a classification of etiological factors and a deeper understanding of the practical significance of the causes according to the degree of their influence on pathogenesis.

Keywords: gingival recession, etiology of gingival recession, primary etiological factors, phenotypic planning.

Актуальность. Рецессия десны (РД) - распространённая и актуальная стоматологическая проблема. Частота встречаемости рецессий составляет в среднем 65%; с возрастом абсолютные цифры встречаемости рецессий десны имеют большие значения [1]. Рецессия десны – это убыль мягких тканей десны в апикальном направлении, проявляющееся клинически оголением корня зуба, повышенной чувствительностью и эстетическими дефектами, также может сопровождаться абразиями твёрдых тканей зуба. Наиболее частые жалобы при обращении: чувствительность в области рецессии и эстетические дефекты [2]. Причинами рецессий десны в различных источниках называют множество факторов: от дегисценции и тонкого биотипа десны до «перечистки» зубов и курения, в более ранних источниках выделяют также высокий тип улыбки, бактериальную пленку и другие [3, 4, 5]. В значительном количестве источников ортодонтическую патологию выделяют как ведущую причину рецессий десны, а также её коррекцию несъёмными ортодонтическими аппаратами. В частности, у 12-22% людей после ортодонтического лечения несъёмными конструкциями возникают множественные рецессии десны. 87% пациентов имеют рецессию десны хотя бы на одном зубе после ортодонтического расширения челюсти или удаления зубов [3, 6, 7]. В литературе не встречается данных, что из всех предложенных причин рецессий десны является ведущими факторами, первично вызывающими образование рецессии во всех случаях, независимо от прочих условий и индивидуальных особенностей пациента.

В литературе встречаются примеры структурирования причин рецессий, но все

классификации носят разрозненный характер и не имеют системного подхода к ранжированию значимости для патогенеза [8].

В отечественной и зарубежной научной литературе чёткой классификации этиологических факторов рецессии десны не встречается. В большинстве источников первичная причина рецессии десны – дегисценция костной ткани, однако её природа также остаётся не исследованной: была она генетически определена или появилась в результате травматического воздействия.

Уже имеется собственный опыт анализа комплекса фенотипических показателей для выбора стратегии и тактики лечения рецессий десны. Подход показала сравнительно более высокие стабильные клинические результаты, особенно в сложных ситуациях [9].

Уже имеется опыт компенсации исходных состояний и статусов пациента с рецессиями десны для достижения лучшего клинического результата хирургического лечения. Фармакотерапевтическая коррекция позволяет превентивно улучшить кровоснабжение мягких тканей, их состояние во время хирургической операции устранения рецессии и добиться более высоких клинических показателей (толщины и ширины прикрепленной десны) [10].

Научный интерес представляет изучение первичных ведущих причин возникновения рецессий десны, этиологических факторов имеющих наибольшее значение в патогенезе.

Цель исследования - определить перечень ведущих причин рецессий десны как главных этиологических факторов влияющих на патогенез.

Материалы и методы

В качестве прототипа системы этиологических факторов использована разработанная таблица Фенотипического планирования (Носова М.А., Шаров А. Н., 2013г). (**Таблица 1**).

Таблица включает три группы показателей, в разной степени влияющих на образование рецессий:

1. Факторы влияющие на выбор хирургической части плана лечения:

- **Конституция.** Пациенты с разной конституцией имеют разную склонность к образованию рецессий десны: пациенты гиперстенической и нормостенической конституции менее склонны к образованию рецессий десны за счёт сравнительно большего объёма и плотности всех видов тканей, вовлечённых в патологический процесс: костной, соединительной, мягких тканей десны. К базовой классификации имеет смысл добавить ещё один тип - пациенты с выраженными атрофическими процессами, у кого риск возникновения рецессии максимальный. У таких людей рецессий возникают в раннем возрасте,

даже в хороших условиях окружающей среды и при отсутствии негативных сопутствующих факторов. - **Тип кости.** Четыре типа костной ткани в зависимости от соотношения компактной и спонгиозной формаций имеют разные кровоснабжение и механические качества. Наибольшую предрасположенность к образованию рецессий имеют первый (с преобладанием компактной формации, плотный, кортикальный) и четвёртый (практически полностью из спонгиозной формации, рыхлый, порозный) типы кости: первый тип за счет меньшего питания мягких тканей и меньшего количества клеток, четвёртый - за счет низких механических свойств. - **Объём кости.** Многие авторы выделяют дегисценцию как ведущий этиологический фактор. Само по себе наличие дегисценции (по разным авторам: лизис, утрата или отсутствие костной массы, костный дефект), не даёт понимания её происхождения. Мы считаем, что разумно выделить первичную дегисценцию - как настоящий этиологический фактор и вторичную: в результате травмы, дистопии зубов, ятрогенного воздействия в результате ортопедического и/или ортодонтического лечения, утраты объёма костной массы за счет жевательной перегрузки, - фактора способствующего усугублению рецессии, но не формирующего рецессию первично. Анатомически первичная дегисценция в норме часто бывает на клыках верхней челюсти, почему, например, при множественных рецессиях клык чаще всего является центральным зубом рецессии имеющим самые худшие клинические показатели по всем параметрам: глубины рецессии, ширины прикрепленной десны, размеру зубо-десневого кармана.

Таблица 1. Показатели фенотипических статусов пациента (Носова М.А., Шаров А.Н., 2013)

- **Объём десны.** Биотип десны сильно влияет на образование рецессии. Так при тонком биотипе (толщина прикрепленной десны апикально и латерально менее 1 мм); а также при плотной структуре десны за счёт меньшего количества эластических волокон при нормальном количестве коллагеновых, - образование рецессий имеет максимальный риск по сравнению с другими фенотипическими вариантами. Низкая упругость объёма десны и высокая её плотность сочетанно способствуют миграции десны апикально. Есть исследование посвящённое изучению соотношения количества разных видов клеток у людей с разным биотипом десны, подтверждающее это мнение [5].

- **Точки прикрепления мышц.** В нескольких областях скелета черепа и челюстей слизисто-мышечные тяжи (анатомические контрфорсы) могут создавать натяжение под слизистой, что способствует развитию рецессий десны. Например, это зоны в проекции корней боковых резцов - клыков верхних челюстей, вторых премоляров - вторых моляров нижних челюстей. Аналогично вплетение слизисто-мышечных тяжей в область уздечек верхней и нижней губ вызывает натягивание мягких тканей и вызывает развитие рецессий

Важные фенотипические показатели Important phenotypic indicators	Конституция (Черноруцкий М.В., 1927) Body type (M.V. Chernorutsky, 1927)	Тип кости (Lechkolm и Zarb, 1983) Bone type (Lechkolm and Zarb, 1983)	Объём кости Bone volume	Объём десны (биотип) Gingival biotype	Точки крепления мышц Muscle attachment sites	Форма зубного ряда Dental arch form	Форма/размер зубов Tooth form/size	Межальвеолярное расстояние Vertical dimension	Гигиенические индексы Hygiene indices
Значения и статусы Values and statuses	Гиперстения Hypersthenic	1	Первичная дегисценция Primary dehiscence	Очень толстый (более 3 мм) Very thick (more than 3 mm)	Определяются по анатомическому атласу. При тонком биотипе пальпирование м Muscle attachment sites are determined by the anatomical atlas. Palpation is used if the gingival biotype is thin	Выраженная зубо-челюстная аномалия, сужение верхнечелюстной дуги, в дистальных участках множественная скученность зубов, дистопия, тортоаномалия Severe malocclusion, narrowing of the arch of the maxilla, multiply crowding is the distal area, dystopia, torsion	Зубы крупные, треугольной формы Large triangulated teeth	Прикус перекрестно-травматический Cross-traumatic bite	IG - 6,1 (HYG)
	Нормостения Normosthenic	2	Вторичная дегисценция Secondary dehiscence	Толстый (2-3 мм) Thick (2-3 mm)					ИК - 6,4 (KI)
	Астения Asthenic	3	Атрофия в пределах нормы The atrophy is within normal limits	Средний (1-2 мм) Medium (1-2 mm)					GI - 7,0
	Атрофия Tissue loss	4	Исключающая хирургическое вмешательство атрофия The atrophy excludes surgery	Тонкий (менее 1 мм) Thin (less than 1 mm)	Слизисто-мышечные тяжи на нижней челюсти фронтальном участке и справа в дистальном участке (в 4-ом сегменте) Musculomucosal frenae are on the mandibula in the frontal area and on the right side in the distal area (in the 4th segment)	Коэффициент ВОЗ (1980) - 1 WHO coefficient (1980)			
Комментарий: зачем это учитывать или на что влияет показатель Comments: why should this be taken into account or what does the indicator	Влияет на склонность к атрофии и потенциал регенерации It affects the predisposition to the atrophy and regeneration potential	Влияет на выбор плана зубосохраняющей операции It affects the choice of the tooth-preserving surgery	Влияет на прогнозируемую атрофию кости и десны после проведённой операции It affects the anticipated bone and soft tissue loss after the	Влияет на выбор протокола операции и пластического материала для изменения биотипа десны It affects the choice of the surgical protocol and graft material to	Влияет на напряжение слизисто-мышечных тяжей и дизайн слизисто-надкостничного лоскута It affects the tension of the musculomucosal frenae and design	Влияет на способ фиксации пластического материала и мобилизации слизисто-надкостничного лоскута It affects the technique for the graft suturing and	Влияет на необходимый размер пластического материала и выбор метода одонтопластики It affects the graft size and the choice of tooth recharging	Влияет на наличие суперконтактов и определяет послеоперационную перегрузку по прикусу It affects occlusal supracontacts and determines post-operative occlusal	Влияет на послеоперационное состояние, риск воспаления, отдаленный результат It affects the post-op condition, risk of inflammation

за счет сжатия пародонтального комплекса и миграции соединительно-тканного прикрепления.

2. Факторы влияющие на ортопедическую или ортодонтическую часть плана лечения. Особого значения в этиологии первичного формирования рецессии десны как патологического процесса эти факторы не имеют, но могут усугублять развитие рецессии: увеличивать класс по Миллеру, уменьшать высоту межзубного сосочка, уменьшать толщину и ширину прикрепленной десны, увеличивать размер зубо-десневого кармана. Это форма зубного ряда, форма и размер зубов, межальвеолярное расстояние. Анатомические особенности этих структур не способны самостоятельно вызвать рецессию десны, без генетически детерминированной предрасположенности со стороны первой группы влияющих факторов. Также персональные особенности факторов второй группы могут наоборот сдерживать степень и сложность рецессии десны, компенсируя тяжесть патологического процесса.

3. Факторы, определяющие гигиенические статусы на различных сроках лечения. Гигиенические индексы принятые международными организациями, регламентирующими и стандартизирующими протоколы и порядки лечения, дают понимание исходного статуса пациента, его гигиенической культуры, ближайших и отдаленных перспектив состояния полости рта и соответственно результата лечения. Конечно, плохая гигиена, недостаточный уход на зубами и дёснами способствуют развитию рецессий десны, но не вызывают их самостоятельно. Хронические воспалительные заболевания пародонта усугубляют степень и состояние патологии, но для образования рецессий десны плохой гигиены как единственного ведущего этиологического фактора недостаточно. При этом профессиональная и гигиена и поддержание результата ежедневным использованием ирригатора, зубной щётки, пасты и других средств останавливает дальнейшее развитие рецессии и даже может при начальной степени обращать процесс вспять за счёт механического стимулирования пародонта, улучшения его питания и кровоснабжения.

Результаты и обсуждение

На основании предложенного прототипа выполнен анализ этиологических факторов рецессий десны по степени их первичного ведущего влияния на формирование патологического процесса. Все факторы предлагается распределить на 3 группы: основные или первичные, сопутствующие (положительные и отрицательные) и факторы риска (условия окружающей среды). Первичными всегда будут факторы определённые генетически и имеющие чёткие дифференцируемые фенотипические признаки: конституция,

тип кости, объём кости, объём десны (биотип) и анатомические контрфорсы. Сопутствующие факторы и риски усугубляют уже существующий процесс или компенсируют его частично или полностью в зависимости от степени, но не могут самостоятельно вызывать образование рецессии десны. Так например форма зубной дуги, форма зубов, межальвеолярное расстояние могут способствовать появлению рецессии или наоборот сдерживать патологический процесс при наличии генетически детерминированных предпосылок. Факторы риска (условия окружающей среды): привычки, гигиена полости рта, условия жизни и труда, качество воды, пищи, воздуха и прочие компоненты также совокупно влияют на образование рецессий десны, не вызывая её появления при этом самостоятельно. Очевидно, что в настоящее время все три группы факторов будут иметь место в общей этиологии рецессий десны, в разной степени динамически влияя на патогенез.

Выводы

Оценка фенотипических статусов пациента позволяет лучше понять вклад каждого из этиологических факторов в формировании рецессии десны у каждого конкретного пациента, определить их первичность и степень влияния. Понимание истинной этиологии рецессий десны позволяет ещё до лечения оценить возможность устранения травматического воздействия на ткани, вовлечённые в патологический процесс, индивидуально разработать план лечения: определить стратегию, тактику, количество этапов, ведение пациента, фармакотерапевтическую поддержку, хирургические методы, - для достижения максимально возможного положительного стабильного в долгосрочной перспективе клинического результата, с минимальными рисками осложнений. Имеет смысл продолжать анализ источников литературы для разработки единой классификации этиологических факторов рецессий десны по степени их участия в патогенезе, предпосылки для которой сформированы в настоящем исследовании.

Источники литературы

1. Леус П.А., Казеко Л.А. Особенности клинических проявлений рецессии десны. Минск, 1993:232 с.
2. Носова М.А., Березина Д.Д., Волова Л.Т., Шаров А.Н., Трунин Д.А., Постников М.А. Эффективность применения аллогенной *dura mater* для превентивного хирургического лечения образования одиночных и множественных рецессий десны перед ортодонтическим лечением несъемной ортодонтической техникой: клиническое исследование. Пародонтология.

2021;26(4):317-326. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2021-26-4-317-326>

3. Постников М.А., Винник А.В., Рахимов Р.Р., Костионова-Овод И.А., Винник С.В. Современные аспекты этиопатогенеза рецессии десны. Аспирантский вестник Поволжья. 2022;22(4):27-32. doi: 10.55531/2072-2354.2022.22.4.27-32

4. Heasman P.A., Holliday R., Bryant A., Preshaw P.M.. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S237-55. doi: 10.1111/jcpre.12330. PMID: 25495508.

5. Саркисян В.М., Зайратьянц О.В., Панин А.М., Панин М.Г. Морфологические особенности десны разных биотипов. //Пародонтология. - 2012. -Т. 17. -№ 1. - С. 26-29.

6. Jati A.S., Furquim L.Z., Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. 2016 Jun;21(3):18-29. doi: 10.1590/2177-6709.21.3.018-029.oin. PMID: 27409650; PMCID: PMC4944726.

7. Улитовский С.Б., Шевцов А.В. Изучение распространенности заболеваний пародонта у ортодонтических пациентов. Пародонтология. 2020;25(1):37-41. doi: 10.33925/1683-3759-2020-25-1-37-41

8. Dominiak M., Gedrange T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. Adv Clin Exp Med. 2014;23:6:857-863. doi: 10.17219/acem/27907

9. Носова М.А., Волова Л.Т., Шаров А.Н., Трунин Д.А., Постников М.А. Хирургическое лечение множественных рецессий десны с комбинированным применением аутотрансплантата и аллогенной лиофилизированной dura mater: клинический случай. Пародонтология. 2021;26(2):125-136. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2021-26-2-125-136>

10. Носова М.А., Шаров А.Н., Волова Л.Т. Патент РФ на изобретение № 2631416 от 21.09.2017. «Способ медикаментозной поддержки пациентов при выполнении костно-пластических операций».

Сведения об авторах

Привалова Ксения Андреевна, Клинический ординатор кафедры хирургической стоматологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова; адрес: Российская Федерация, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6, тел. +7(911)7929519; e-mail: kseniaprivalova969@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5908-6839>

Носова Мария Александровна, врач-стоматолог, хирург, пародонтолог, имплантолог Санкт-Петербургского Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника No 40 для творческих работников»; адрес: Российская Федерация, 191025, г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 86, тел. +7(921)9210583; e-mail: mshanosova2013@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8667-7850>

Шаров Алексей Николаевич, провизор, магистр экономики, частный научный исследователь, Генеральный директор общества с ограниченной ответственностью «Стоматологический магазин «РОМАШКА»; адрес: Российская Федерация, 191011, г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 46, тел. +7(964)3421612; e-mail: me@sharovalex.ru ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6426-3035>

Ризаева Севара Миргулямовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, Директор стоматологической клиники «Crystal Dental Light», Ташкент, Узбекистан. E-mail: Rizaeva_sevara@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7864-5624>

Михайлова Екатерина Станиславовна, доктор медицинских наук, доцент, выполняющий лечебную работу кафедры терапевтической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета, Генеральный директор клиники «Классика»; адрес: Российская Федерация, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9, тел. +7(921)9406088; e-mail: e.michailova@spbu.ru <https://orcid.org/0000-0002-0835-7253>

**ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОГО КОЖНО-
ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРФОРАНТЕ МЕДИАЛЬНОЙ
ИКРОНОЖНОЙ АРТЕРИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Буцан Сергей Борисович, Гадлевская Альфия Айратовна,
Салихов Камиль Саламович, Большаков Михаил Николаевич**
Федеральное государственное бюджетное учреждение национальный
медицинский исследовательский центр «Центральный научно-
исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

Минздрава России, г. Москва

Dr.gaybadullina@mail.ru

В настоящее время лечение пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области является актуальной проблемой современной реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. В течении последних десятилетий ежегодно увеличивается количество пациентов с дефектами челюстно-лицевой области, обусловленное обширностью вмешательств при радикальном удалении злокачественных опухолей, осложнениями лучевой терапии, тяжестью образующихся посттравматических дефектов, тяжестью огнестрельных ранений и осложнений раневого процесса [1, 4, 5 7, 9].

На сегодняшний день в арсенале хирургов имеется различное количество лоскутов, которые активно используются: лучевой, локтевой, переднелатеральный лоскут бедра и другие [3, 10, 8]. Однако, учитывая, повышенный травматизм, неизгладимый ущерб со стороны донорской зоны при формировании лоскутов, а также уникальность клинических случаев, которые представлены дефектами различной формы и объемом разрабатываются новые способы реконструкции.

Одним из направлений развития реконструктивной челюстно-лицевой хирургии является применение перфорантных лоскутов, характеризующихся минимальным донорским ущербом [2,6].

Цель: усовершенствование хирургического лечения, больных с дефектами мягких тканей челюстно-лицевой области, путем применения реваскуляризируемого кожно-фасциального лоскута на перфоранте медиальной икроножной артерии.

Материалы и методы: в период за 2019-2022гг., было выполнено анатомо-топографическое исследование на 50 нижних конечностях 32 нефиксированных трупах, в рамках которого была выполнена оценка ангиоархитектоники перфоранта медиальной икроножной артерии, определена средняя площадь кровоснабжения голени перфорантом медиальной икроножной артерии, путем ее наливки в области подколенной артерии, определена средняя толщина лоскута.

Клиническая часть работы была проведена в отделении челюстно-лицевой хирургии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, проведены реконструктивно-пластические операции у 15 пациентов с дефектами челюстно-лицевой области, различной этиологии с использованием реваскуляризируемого кожно-фасциального лоскута на перфоранте медиальной икроножной артерии. Всем пациентам на этапе предоперационной подготовки проводилась МСКТ-ангиография сосудов головы, шеи и нижних конечностей, с целью оценки расположения и диаметра сосудов, ультразвуковое дуплексное

сканирование нижних конечностей, с целью оценки скорости кровотока, диаметра сосудов.

С целью оценки функциональных нарушений со стороны донорской зоны была использована игольчатая электронейромиография медиальной икроножной мышцы, которая проводилась до операции и 12 месяцев спустя.

Результаты и обсуждения: по данным анатомического исследования в области средней трети голени расположено 2-3 перфоранта. Перфоранты расположены в проекции медиальной головки икроножной мышцы, на 8,0-12,0см ниже от подколенной складки. Длина сосудистой ножки варьировала от 10,90 см до 16,10см. Выявлено, что средняя толщина кожно-фасциального слоя на уровне перфорантных сосудов (толщина лоскута) в среднем составляла у мужчин – $8,39 \pm 1,892$ мм, у женщин $8,05 \pm 1,495$ мм. Наиболее тонкий слой встречался у женщин (2,95мм), максимальные значения встречались у мужского пола (14мм). Диаметр медиальной икроножной артерии на выходе её из подколенной составил $2,1 \pm 0,14$ мм, у женщин $2,3 \pm 0,12$ мм. Диаметр наиболее крупного перфорантного сосуда на уровне собственной фасции голени составил $0,6 \pm 0,29$ мм, у женщин $0,5 \pm 0,15$ мм. Во всех случаях в состав сосудистой ножки входили 1 артерия и 2 коммитантные вены. Путём катетеризации и наливки медиальной икроножной артерии, в области отхождения ее от подколенной, выполняли оценку площади кровоснабжения перфорантом медиальной икроножной артерии. Средняя площадь окрашивания составляла около 118см^2 .

В ходе проведённого клинического исследования прооперировано по представленному методу 15 пациентов в возрасте от 23 до 64 лет (из них 7 мужчин (46,67 %) и 8 (53,33%) женщин), средний возраст составлял 42,7 лет. Этиологическими факторами развития мягкотканых дефектов челюстно-лицевой области являлись: доброкачественные (44%) новообразования, травматическое повреждение (31%) и злокачественные (25%) новообразования.

Во всех проведенных реконструктивно-пластических операциях отмечается минимальный ущерб со стороны донорской зоны. Результаты игольчатой электронейромиографии икроножной мышцы показали, что спонтанной активности мышцы не наблюдалось во всех клинических случаях. Статистический анализ результатов игольчатой электронейромиографии икроножных мышц показал, что после формирования лоскута не отмечалось достоверных признаков ($p \leq 0.05$) снижения электроактивности медиальной икроножной мышцы донорской конечности.

Рана в области формирования лоскута была закрыта местными тканями во всех случаях. Послеоперационный период протекал гладко. У всех пациентов оценку жизнеспособности проводили при помощи портативной доплерографии.

Вывод: Использование реваскуляризируемого кожно-фасциального лоскута на перфоранте медиальной икроножной артерии является одним из наиболее перспективных и эффективных методов устранения дефектов мягких тканей челюстно-лицевой области, который характеризуется минимальным ущербом со донорской зоны, хорошим эстетическим и функциональным результатом, с последующей реабилитацией, соответствуя тенденциям развития реконструктивной микрохирургии.

Список литературы

1. Буцан С. Б. Комплексная реабилитация больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области с применением костных аутотрансплантатов: дис. ... д-ра мед. наук.: 14.01.14, 14.01.17 / Буцан Сергей Борисович. – М., 2021. – 441 с.;
2. Буцан С.Б. Опыт устранения мягкотканых дефектов средней зоны лица лоскутом на перфоранте медиальной икроножной артерии / С.Б. Буцан, К.С. Салихов, М.Н. Большаков, А.А. Гадлевская, А.С.Добродеев С. Г. Булат//Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2022. - №. 3. – С. 31-42
3. Вербо, Е. В. Пластическое устранение комбинированных дефектов нижней зоны лица реваскуляризованными аутотрансплантатами: автореф. Дис-...канд.мед.наук:14.00.21//Вербо Елена Викторовна.– М.,1998.– 28с
4. Вербо Е.В. Возможности применения реваскуляризованных аутотрансплантатов при пластическом устранении комбинированных дефектов лица: дис. ... д-ра мед. наук.: 14.00.21, 14.00.27 / Вербо Елена Викторовна. – М., 2005. – 352 с.
5. Гилёва, К.С. Применение реваскуляризованного надкостнично-кортикального бедренного лоскута при устранении ограниченных костных дефектов челюстно-лицевой области: дис. ... канд. мед. наук.: 14.01.14 / Гилёва Ксения Сергеевна. – М., 2013. – 202 с.
6. Blondeel P. N. et al. (ed.). Perforator flaps: anatomy, technique, & clinical applications. – CRC press, 2013
7. Chalmers RL, Rahman KM, Young S, et al. The medial sural artery perforator flap in intra-oral reconstruction: A Northeast experience. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2016;69:687–693

8. Ensaf F, Babl M, Conz C, et al. The efficacy of color duplex sonography in preoperative assessment of anterolateral thigh flap. *Microsurgery* 2012;32:605–610
9. Every J. et al. Microvascular reconstruction of head and neck defects in the elderly // *ANZ Journal of Surgery*. – 2021. – Т. 91. – №. 5. – С. 969-974
10. Sasaki K, Nozaki M, Aiba H, Isono N (2000) A rare variant of the radial artery: clinical considerations in raising a radial forearm flap. *Br J Plast Surg* 53:445

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, И.А.Эшмаматов, Л.А.Умарова (302 Б БС)
Ташкентский Государственный стоматологический институт

По оценкам экспертов, ежегодно в мире устанавливается более 2 миллионов зубных имплантатов, и цифра эта имеет неуклонную тенденцию к росту [В.А.Кlinge (2012)]. Безусловно популярность дентальной имплантации

На наш взгляд, связана с совершенствованием имплантационных систем. Между тем, в настоящее время отмечена устойчивая тенденция роста частоты осложнений в области установленных имплантатов в ближайшие и отдаленные сроки [М.Ф.Букаев, 2013]. Необходимо отметить, что внедрением в стоматологическую практику метода дентальной имплантации появилась возможность расширить показания к применению несъемных протезов [В.А.

Загорский, 2013; М.Р.Казанский, 2012; Р.В. Мартиросян и соав, 2015; Д.А Шилов, Е.В Жданов, 2010; Smith D.E., Zarb G.A. 2012]. Вышеуказанное диктует необходимость изыскания более эффективных способов устранения окклюзионных дефектов у соматических больных [Г.Г.Ашуров, М.Ш.Сумский, 2015].

Следует указать, тот факт, что существующие методы устранения окклюзионных дефектов с применением дентальных имплантатов во многом не адаптированы для соматических больных.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме применения зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты исследователями ближнего [Р.Ш.Гветадзе и соав. 2012, Ф.Ф.Лосев и соав, 2013;

Albouy J.P., Abrahamsson I., Persson L.G. 2012; Cavallaro J., Greenstein G. 2013; Fugazzotto P.A. 2014], клинико-эпидемиологические и социологические аспекты организации ортопедической стоматологической помощи у соматических больных с использованием дентальных имплантатов остаются практически не изученными. Следует отметить, что применение внутрикостных имплантатов не всегда дает стойкий и гарантированный результат у больных с неблагоприятным соматическим фоном [Barrowman R.A., Grubor D., Chandu A. 2015; С.В.Кузнецов, М.С.Маркина, 2013; В.Н.Царев и соав., 2012]. Необходимо отметить, что с возрастом уменьшается репаративный потенциал кости в связи с истощением пула клеток-предшественников костной ткани, снижением синтеза коллагена и неколлагеновых белков. В результате формирования костной ткани, соединяющей имплантат с костной тканью ложа, происходит медленно, что повышает риск развития воспалительных осложнений в периимплантационной области [В.А.Маланчук, 2011].

В результате анализа фоновых соматических заболеваний за последние 10-15 лет [Д.Р.Чартановой и соав. 2012, С.В.Кузнецова и соав. 2012] у больных с вторичной адентией было установлено, что в структуре соматической патологии преобладала бронхиальная астма, инфаркт миокарда, хронические формы ИБС и хронические заболевания почек. При этом, расширение перечня профилактических мероприятий в предимплантационном периоде у данного контингента больных с вторичной адентией способствовало повышению безопасности и результативности дентальной имплантации, так как, именно сопутствующие соматические патологии, оставляют неблагоприятные отпечатки на состоянии органов и тканей полости рта, наиболее часто приводят к гемодинамическим нарушениям на микроциркуляторном уровне пародонта. При этом авторы установили, что для уменьшения риска неудачных исходов при применении имплантатов у лиц с общесоматической патологией весьма важными являются обследования общего состояния здоровья этой категории с участием в диагностическом процессе врачей смежных специальностей.

По мнению [Насонова В.А., Насонов Е.Л., 2008; Желябина ОВ, Елисеев МС., 2019;] поражения опорно-двигательного аппарата для подагры характерно наличие висцеральных проявлений, одним из которых является уратная нефропатия.

Литература

1. .Алимский А.В., Курбанов Р.Р. Оценка мотивации населения к ортопедическому лечению на основе метода дентальной имплантации // MAESTRO. 2012. № 2. С. 83-85.
2. Ашуров Г.Г., Султанов М.Ш. Обоснование социологической стратегии организации имплантологической помощи у стоматологических пациентов // Вестник Таджикского национального университета. Душанбе, 2015. № 1/3 (164). С. 262-264.
3. Букаев М.Ф. Недостаточное количество костной ткани для дентальной имплантации // Стоматолог-практик. 2013. № 4. С. 28-29.
4. Вельдякова Л.В., Никольский В.Ю. Ортопедическое лечение больных с отсутствием зубов при помощи коротких дентальных имплантатов с пористой поверхностью // Стоматология. 2012. № 2. С. 41-45.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ФОНЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ

З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Фозилов М.М., М.Зокирова (303 А БС)

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Среди защитных факторов ротовой полости особое место занимают антимикробные пептиды (АМП). Это небольшие молекулы, содержащие от 12 до 50 аминокислотных остатков, способные убивать клетки микроорганизмов. Большинство известных в настоящее время АМП обладают широким спектром антимикробной активности, действуя против грам-положительных и грам-отрицательных бактерий, а также дрожжей и некоторых вирусов. Кроме того, получены убедительные доказательства, что ряд АМП обладает антиканцерогенной активностью, а также является иммуномодуляторами. Белки смешанной слюны обеспечивают антимикробную защиту, путем связывания бактерии и лизируя микробные стенки. Они также могут отвечать за противогрибковые и противовирусные свойства слюны. В настоящее время стало ясно, что в ротовой полости АМП не только уничтожают патогенные микроорганизмы, но и участвуют в поддержании нормальной микрофлоры.

В настоящее время полости рта обнаружены следующие виды АМП: а- и р-дефензины, гистатины, адреномедуллин и кателицидины человека, источниками которых являются слизистая оболочка ротовой полости, слюнные железы и нейтрофилы. Выделяемые слизистой оболочкой р-дефензины,

кателицидин, адреномедуллин, а также антимикробный белок кальпротектин дополняют защитную функцию антимикробных факторов слюнных желез, лизоцима, иммуноглобулинов и гистатинов. В последнее время доказано, что дефензины в слюне появляются из эпителиальных клеток полости рта. В связи с этим закономерным является исследование в ротовой жидкости белков-медиаторов воспаления-дефензина, в качестве информативных показателей отражающих состояние слизистой оболочки полости рта при молекулярно-деструктивных поражениях зубочелюстной системы.

Список использованной литературы

1. Khadjimetov A.A., Rizaev J.A., Akramova Sh.A. The role of the system of hemostasis of blood and saliva in the development of the inflammatory process in the periodontium in patients with cardiovascular pathology.//European journal of molecular & clinical medicine. - London, United Kingdom. – 2020. –Vol.07. –P.3636-3645.
2. Khadjimetov A.A., Rizaev J.A., Akramova Sh.A., Khaidarov A.M., Nazarov Z.Z. The role of vascular endotelium in the development of peri-implantitis in patients with periodontitis with combined pathology of the cardiovascular system.//Journal of Research in Health science. - Islamic Republic of Iran. -2020. – Vol.5-6. –P.53-65.
3. Khadjimetov A.A., Rizaev J.A., Akramova Sh.A., Khaidarov A.M. Diagnostik and therapevtic approaches for identification of inflammatory and destructive process occurring in the peri-implant zone in patients with combined periodontal pathology //European journal of molecular & clinical medicine. - London, United Kingdom. – 2020. –Vol.07. –P. 1737-1744.
4. Казеко Л.А. Возможности диагностики заболеваний периодонта с использованием противомикробных пептидов слюны и десневой жидкости // Современная стоматология. - 2016. - №1. - С.11-16.
5. Пантелеев П. В., Болосов И. А., Баландин С. В., Овчинникова Т. В. Строение биологические функции Р-шпилечных антимикробных пептидов. Журнал «АКТА НАТУРЭ»-2015. - Т. 7. - № 1 (24). - С.37-47.
6. Ali AdemBahar, Dacheng Ren. Antimicrobial Peptides//Pharmaceuticals (MDPI). - 2013. - Vol.6 (12). - P.1543-1575.
7. Alexandre L. Pereira, Gilson C. Franco, Sheila C. Cortelli.. Influence of Periodontal Status and Periodontopathogens on Levels of Oral Human P-defensin-2 in Saliva // Journal of Periodontology.-2013. - V.84. - №1. - P.1445-1453.
8. NagihanBostanci, Georgios N.Belibasakis. Antimicrobial peptides. PorphyromonasGingivalis: An Invasive and Evasive Opportunistic Oral Pathogen//

FEMS Microbiology Letters. - 2012. - V.333. - № 1. - P.1-9.

9. Bechinger B. Detergent-like Properties of Magainin Antibiotic Peptides: A 31P Solid-State NMR Spectroscopy Study// Biochimica et BiophysicaActa. - 2005. - V.1712. - №1. - P.101-108.

ДИСФУНКЦИЯ ГЛОТАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.

Нигматова И.М¹, Рахматуллаева Н.Р.²

Ташкентский государственный стоматологический институт¹

ТМА Ургенчский филиал²

Актуальность исследования. На формирование зубочелюстной системы огромное влияние оказывают неправильные приемы искусственного вскармливания, которое впоследствии могут отразиться на формировании функций глотания и жевания.

Если ребенка после года еще кормят через соску, то формирование функции жевания задерживается. При осмотре такого ребенка выясняется, что язык располагается между зубами верхней и нижней челюсти рот открыт. При глотании заметны сокращения мышц при ротовой области. Глотание так и остается инфантильным.

Цель исследования. На основании анатомо-функциональных данных изучить частоту встречаемости, особенности формирования зубочелюстной системы у детей при нарушениях глотания и разработать рекомендации по профилактике зубочелюстных аномалиях.

Материал и методы. В исследование включено 156 пациентов от 4-9 лет. Мальчики 81 девочки 75 обратившиеся в Ташкентский Государственной Стоматологический институт на кафедру «Ортодонтия и зубной протезирование» в период 2016 по 2019. Всем пациентам был проведен внешний осмотр и осмотр полости рта с занесением данных медицинскую карту ортодонтического пациента также среди родителей проводилось анкетирование для выяснения анамнеза жизни пациентов (данные о вредных привычках, длительности грудного вскармливания, типе питания)

Результаты исследования. В ходе исследования выявлен, что из 156 пациентов инфантильный тип глотания встречался у 49 детей. У 38 пациентов с инфантильным типом глотания отмечалось также ротовое, либо смешанное с преобладанием ротового типа дыхания.

Различные виды ЗЧА обнаружены у 45 пациентов с инфантильный тип глотания. Среди пациентов с инфантильным тип глотания у 5 детей были выявлены вредные привычки. Большинство пациентов с инфантильным тип глотания в анамнезе имела преимущественно искусственное вскармливание.

Вывод. Инфантильный тип глотания у детей 4-9 лет встречается в 31,41 % случаев. У подавляющего количества пациентов с инфантильным глотанием имеются те или иные виды ЗЧА. Характер движения языка во время глотания оказывает прямое влияние на рост и развитие челюстно-лицевой системы и положение зубов в альвеолярных отростках челюстей.

Литература

1. Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. *Stomatologiya*, 1(4(77)), 70–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>
2. Нигматов, Р., Нигматова, И., Кадыров, Ж., & Холмирзаев, Р. (2020). ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ. *Stomatologiya*, 1(2(79)), 59–63. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1163>
3. [Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus](#) IM Nigmatova, ZR Khodzhaeva, RN Nigmatov - Scientific and practical journal" *Stomatologiya*, 2018
4. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Акбаров К.С., Арипова Г.Э., Кадиров Ж.М. и др. «Анализ по Болтону» (ABolton.exe) -Болтон бўйича тахлил (ABolton.exe) //IE – 2023.
5. И. М. Нигматова., Р. Н. Нигматов. Ортодонтик аппаратлар.
6. Нигматова, И., Нигматов, Р., & Иногамова, Ф. (2018). Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями. *Stomatologiya*, 1(2(71)), 43–46. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1723>

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Хомидов М.А., И.Хайруллаева (303 А БС)

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Стоматологический статус является неотъемлемой частью здоровья человека, которое определяется как состояние органов и тканей полости рта, которая представляет ему возможность есть и общаться с другими индивидами, не испытывая дискомфорта и озабоченности. Между тем, появление дефектов зубных рядов или отсутствие зубов ведет к нарушению непрерывности зубного ряда, функциональной перегрузке сохранившихся зубов, развитию вторичных деформаций зубочелюстной системы, что, в свою очередь, приводит к нарушению функций жевания и речи, а также способно снизить социальную активность человека. Поэтому медико-социальные аспекты имплантологической стоматологической помощи и комплексное обоснование тактики ортопедического лечения при функциональных нарушениях почек, в частности при бессимптомной гиперурикемии по-прежнему остаются актуальными. Несмотря на актуальность проблемы, существующие методы устранения окклюзионных дефектов с применением дентальных имплантатов во многом не адаптированы для соматических больных. Отсутствуют научно - обоснованные материалы по определению нуждемости больных бессимптомной гиперурикемией (БГУ) в имплантационной стоматологической помощи.

Необходимо отметить, что значение БГУ в развитии дисфункции эндотелия изучено недостаточно. С одной стороны, по данным ряда авторов, сама по себе МК является антиоксидантом. В некоторых работах утверждается, что с ней связано до 60% антиоксидантной активности крови. В тоже время, существует достаточное количество публикаций, в которых утверждается о прямо противоположных свойствах МК, в частности, о наличии прямой зависимости между уровнем МК и уровнем оксидативного стресса. Указанные противоречия, возможно, связаны с нелинейностью физиологических эффектов мочевой кислоты, изменчивостью её свойств, способностью модифицировать свойства антиоксиданта и приобретать прооксидантную активность [Grassi, D, 2013]. Полиморфность эффектов МК может быть обусловлена структурными изменениями продуцирующего МК фермента, то есть с преобразованием его оксидоредуктазной формы в оксидазную, что влечёт за собой активацию синтеза активных форм кислорода.

Список литературы:

1. Prevotellanigrescens and Porphyromonasgingivalis are associated with signs of carotid atherosclerosis in subjects with and without periodontitis / Yakob M., S^er B., Meurman J. H. et al. // J Periodontal Res. - 2011. - Vol. 46. - P. 749-55.
2. Role of periodontal bacteria in cardiovascular disease / Kuramitsu H. K., Qi M., Kang I. C. et al. // Ann periodontal. - 2001. - Vol. 6. - P. 41-7.
3. Silvestre FJ. Cardiovascular disease versus periodontal disease: Chronic systemic infection as a link / Alonso- Gonzбlez R., Prnez-Her^ndez A., Silvestre-Rangil J. et al. // J ClinExpDent. - 2011. - Vol. 3. - e476.
4. The link between periodontal disease and cardiovascular disease: How far we have come in last two decades? / Prasad Dhadse, DeeptiGattani and Rohit Mishra // J Indian SocPeriodontol. - 2010 Jul-Sep. - Vol. 14 (3). - P 148-154.
5. Grassi, D. Chronic Hyperuricemia, Uric Acid Deposit and Cardiovascular Risk / Grassi D., Ferri L., Desideri G. et al. // Curr Pharm Des. – 2013– V.19(13).
6. Patterson, R.A. Prooxidant and antioxidant properties of human serum ultrafiltrates toward LDL: important role of uric acid / Patterson R.A., Horsley E.T., Leake D.S. // J Lipid Res. – 2003. – V. 44(3).
7. Ruilope, L. Prevention of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes: what do we know? / Ruilope L., Izzo J., Haller H. et al. // J ClinHypertens (Greenwich). – 2010. – V. 12(6).
8. Khosla, U.M. Hyperuricemia induces endothelial dysfunction / Khosla U.M., Zharikov S., Finch J.L. et al. // Kidney Int. – 2005. – V.67.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Йулдошев А.А.С., резидент 1-го курса магистратуры по направлению стоматология Андиганского государственного медицинского института
 Научный руководитель: **Тешабоев М.Ф.**, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Андиганского государственного медицинского института

Актуальность проблемы. Полная вторичная адентия встречается у людей возрасте 70 и старше лет, но даже в возрасте 50 лет 15% людей также нуждаются в протезировании. Пожилой возраст определяет особенности ортопедического лечения, которые могут вызвать трудности из-за снижения активности механизмов адаптации организма (Э.Я.Варес, 2002). Важным этапом в совершенствовании протезирования беззубых больных явилось использование метода дентальной имплантации.

Цель исследования. Повышение эффективности протезирования пациентов с полной вторичной адентией съёмными протезами с опорой на дентальные имплантаты.

Материалы и методы исследования. В ходе работы было проведено комплексное стоматологическое и лабораторное обследование 100 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет с полной вторичной адентией, которые протезировались полными съёмными протезами с опорой на имплантаты с различными вариантами фиксации. Дизайн предполагал проведение двухэтапного исследования. На первом этапе проведен сравнение эффективности различных методов снятия оттисков с беззубых челюстей. На втором этапе исследовано влияния площади протезного ложа изготовленных ортопедических конструкций. По виду изготавливаемых съёмных протезов с опорой на дентальные имплантаты исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа - пациенты, которым проводили протезирование с кнопочными фиксаторами с опорой на 2 или 3 имплантата; 2-я группа - пациенты, которым проводили протезирование на балке с опорой на 4 имплантата.

Результаты исследования. В результате сравнительного анализа жевательной эффективности пациентов в обеих группах выяснилось, что съёмные протезы с опорой на имплантаты обладают большими функциональными показателями, чем традиционные полные съёмные протезы. Показатели диаметра измельчённого материала у исследуемых групп до протезирования составило $5,57 \pm 0,089$ мм. Уже в первый месяц после установки протезов у исследуемых групп выяснилось более лучшие показатели диаметра измельченного тестового материала: ($4,75 \pm 0,49$ мм) - 1-я группа и ($4,37 \pm 0,041$ мм) - 2-я группа, при этом пациенты второй группы пережёвывали материал лучше, чем пациенты первой группы. После целого года ношения протезов различия качества показателей жевания при сравнении показателей в обеих группах стали минимальными и статистически недостоверными. В абсолютных значениях диаметр частиц через 1 месяц после начала ношения съёмными протезами с опорой на кнопочных фиксаторах уменьшился на 0,82 мм (14,6%), а при ношения съёмного протеза на балке на 1,09 мм (19.3%), при этом через год диаметр частиц уменьшился на 1,29 мм (или 23%) в первой группе пациентов, и на 1,47 мм - (26%) во второй группе пациентов.

Выводы. Установлено, что после ортопедического лечения съёмными протезами с опорой на имплантаты на основании комплексного анализа состояния жевательной функции пациентов с полной вторичной адентией улучшаются результаты основных показателей жевания, а также оказывает

существенное влияние на рост показателей качества жизни пациентов старшей возрастной группы с полным отсутствием зубов.

НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТОМ ПРИКУСОМ

Нигматова И.М., Аралов М.Б., Ахмедова З.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Актуальность проблемы. При работе с ребенком, страдающим органической дислалией, и открытым прикусом логопед сталкивается преимущественно с последствиями анатомических деформаций артикуляционных органов, проявляющимися в нарушении как артикуляции отдельных звуков, различных звуковых групп, так и четкости речи в целом. Преобладает мнение, что логопедические занятия эффективны лишь после устранения дефектов периферического речевого аппарата при помощи ортодонтического лечения.

Цель исследования - выявить взаимосвязь логопедических и ортодонтических аспектов дислалии у детей с открытым прикусом.

Методы исследования. Нами было обследовано 104 детей в возрасте 6-9 лет. И подразделены на 3 группы. 1-я группа 22 детей только логопедическая, лечение осуществлялось целенаправленного логопедического воздействия; 2-гр 38 детей только ортодонтическая, лечение проведено врачом-ортодонтом и 3-я 42 детей гр. комплексное лечение ортодонта с логопедом. Исследование велась вместе с логопедом в течение 6 месяца. Для 3-й группы были разработаны индивидуальные планы коррекции звукопроизношения для каждого ребенка и даны рекомендации относительно ортодонтического лечения и хирургической коррекции при укорочении уздечки языка или верхней губы, при том укороченная уздечка языка или губы ограничивают их моторику при зубочелюстных аномалиях подвижные органы артикуляции (язык, губы) приспособляются к неправильному прикусу - таким образом закладываются искаженные артикуляционные стереотипы (например, к смещению свистящих и шипящих в речи). У 13 детей с открытым прикусом и дикцией речи использовали современную пластинку Murri 1- пластинка помогала контролировать положение языка при помощи проволочной заслонки. Во время постановки логопедом звука заслонка пластинки мешает ребенку прокладывать язык между зубами. У 11 детей использовали пластинку Murri 2- поместив пластинку в ротовую полость ребенок сразу начинает катать бусинку языком по

твердому небу, стимулируя тонус язычной мышцы. У 18 детей применяли трейнер Infant для устранения межзубного сигматизма, активной тренировки мускулатуры, выработки правильного положения языка в покое и при глотании. Аппараты не требуют постоянного ношения. Под контролем родителей 20-30 минут тренировки и во время логопедического занятия эффективнее. При комплексном лечении ортодонта с логопедом у детей за 4 месяца вырабатывается правильное верхнее положение языка, исключается прокладывание языка между зубными рядами, формируется умение определить место положения кончика языка в полости рта, вырабатывается смыкание губ и восстанавливается носовой тип дыхания - нормализуется форма неба и носовых ходов, подготавливается артикуляционная основа для устранения дефектов звукопроизношения, улучшаются органы артикуляции, растягивается подъязычная связка, укрепляется тонус артикуляционных мышц.

Вывод. Комплексный подход подразумевает устранение причины и лечения последствий-только как результат ортодонтического лечения будет устойчивым. Именно поэтому иногда в ортодонтическом лечении не обойтись без логопеда.

Литература.

1. Нигматов, Р., Нигматова, И., Акбаров, К., & Раззаков, У. (2019). КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ. *Stomatologiya*, 1(4(77)), 70–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1499>
2. Нигматов, Р., Нигматова, И., Кадыров, Ж., & Холмирзаев, Р. (2020). ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ. *Stomatologiya*, 1(2(79)), 59–63. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1163>
3. [Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus](#) IM Nigmatova, ZR Khodzhaeva, RN Nigmatov - Scientific and practical journal" *Stomatologiya*, 2018
4. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Акбаров К.С., Арипова Г.Э., Кадилов Ж.М. и др. «Анализ по Болтону» (ABolton.exe) - Болтон бўйича тахлил (ABolton.exe) //IE – 2023.
5. И. М. Нигматова., Р. Н. Нигматов. Ортодонтик аппаратлар.
6. Нигматова, И., Нигматов, Р., & Иногамова, Ф. (2018). Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными

аномалиями. Stomatologiya, 1(2(71), 43–46. извлечено от
<https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1723>

ОСАНКА РЕБЁНКА И ВИДЫ ПРИКУСА.

Нигматов Р. Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О, Сайдиганиев С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Актуальные проблемы: Экспериментальные и клинические исследования показывают высокую взаимосвязь состояния шейного отдела позвоночника с положением нижней челюсти и окклюзии в аспекте развития функциональных нарушений в этих областях. В результате неправильного положения окклюзионной плоскости, гравитационные силы и тонус жевательных мышц находятся в состоянии дисбаланса, что приводит к дестабилизации всей системы с развитием мышечного гипертонуса, изменением осанки, дегенерации жевательной системы и развитием хронического болевого синдрома.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики детей 6-12 лет с аномалиями зубочелюстной системы с учётом функционального состояния мышц челюстно-лицевой области и осанки.

Задача исследования: Изучить влияние осанки на формирование лицевого отдела черепа у детей с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы исследования: Проведённое исследование 122 детей от 6 до 12 лет с зубочелюстными аномалиями показало что патология опорно-двигательного аппарата и аномалии зубочелюстной системы формируется уже дошкольном возрасте и усугубляются в процессе роста. Цели направленного исследования ЛФК с учётом биомеханических особенностей и нарушений опорно-двигательного аппарата позволяет добиться существенного улучшения общего состояния организма и избежать ошибок при комплексном лечении не только дефектов осанки и сколиозов, но и аномалии окклюзии детям зубочелюстными аномалиями требуется внимания со стороны не только врачей ортодонтот, но и врачей ортопедов, о чём свидетельствуют выявленные деформации осанки.

Результаты исследования: Результат исследования способствует не только совершенствованию диагностики нарушения зубочелюстной системы аномалия зубных рядов, но и правильному рациональному выбору способа их исправления в зависимости от возраста степень изменения осанки функциональный состояние мышц. У 22% детей с дистальной окклюзией зубных рядов изменение осанки проявляется выраженным поясничным лордозом. У 16% детей диагностированы сколиозы различной степени (

предсколиозное состояние, сколиоз 1, 2 степени), у 12% грудной кифоз, у 33% сочетанные нарушения осанки, 17% детей нуждаются в коррекции осанки.

Вывод: У детей с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата выявлены аномалии окклюзии в период прикуса молочных зубов преобладает вертикальные нарушения окклюзии период сменный зубов саггитальным аномалии окклюзии.

Литература:

1. <https://scholar.google.ru/scholar?oi=bibs&cluster=5001019303665885231&btnI=1&hl=ru>
2. <https://scholar.google.ru/scholar?oi=bibs&cluster=17249821252627762832&btnI=1&hl=ru>
3. <https://scholar.google.ru/scholar?oi=bibs&cluster=9743477424714717332&btnI=1&hl=ru>
4. <https://scholar.google.ru/scholar?oi=bibs&cluster=10383129774644560755&btnI=1&hl=ru>

«КАРИКЛИНЗ» - ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Абдуазимова Л.А., Абданбекова К.Р., Ганиев Ш

Ташкентский Государственный Стоматологический институт

Город Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Кариес молочных зубов, как и прежде, остается актуальной задачей в детской стоматологии. От того, как пройдет знакомство ребенка с врачом, зависит его отношение к любому лечению и во взрослом возрасте. В большинстве случаев иссечение патологически измененных тканей зуба в наших клиниках производится хирургическим путем с помощью бормашины.

Целью данного исследования является усовершенствование методов атравматического иссечения твердых тканей зубов у детей при помощи набора гелей «Кариклинз» российского производителя «ВладМиВа».

Материал и методы исследования: Набор гелей и инструментов «Кариклинз», используется нами как новый способ химического препарирования твердых тканей зуба. В комплект «Кариклинз» входят два шприца с разными гелями последовательного применения. Первым делом производится удаление мягкого кариозного распада вычищающим инструментом из набора «Кариклинз» (после снятия нависающих краев бором). После этого на пораженный дентин на 30-60 сек.

наносится гель № 1. Этот гель предназначен для растворения деградированных минеральных компонентов дентина. Гель № 1 растворяет нестойкие кальцийфосфаты, оксиапатиты и доходит до склерозированного дентина. Далее активность геля № 1 резко падает. Необходимо смыть гель и разрыхленные минеральные массы. Затем наносится гель № 2, который предназначен для удаления коллагеновых волокон. Гель № 2 наносится на 30-60 сек. После промывания полости обработанная поверхность будет выглядеть матовой и шероховатой. Проверить полость на наличие размягченного дентина можно с помощью кариесиндикатора «Колор-тест № 2», хотя не всегда его применение на пигментированном дентине бывает достаточно информативным. Набор гелей «Кариклинз» удобен в применении для детей, плохо идущих на контакт, что является распространённой проблемой в нашем обществе. При дальнейшей работе с применением гелей дети, как правило, ведут себя спокойнее, давая в полном объеме осуществить все необходимые манипуляции. Время работы с бормашиной значительно сокращается.

Результаты и обсуждение. Согласно нашим исследованиям, среднее время, затрачиваемое на лечение кариеса 1 временного зуба, в 1-й группе составило 12-16 мин; во 2-й — 7-9 мин. Продолжительность лечения 1 зуба традиционным способом составила в среднем 15 мин, а методом химикомеханического препарирования — 13 ± 4 мин. При лечении зубов традиционным методом отсутствие боли отмечено при лечении 5,1% зубов, незначительная и слабая боль — 59,4%, сильная и очень сильная боль — 35,5% случаев. Использование метода химикомеханического препарирования с использованием препарата «Кариклинз» статистически значимо менее болезненно в сравнении с традиционным лечением. При этом отсутствие боли выявлено во 2-й группе при лечении более половины как временных, так и постоянных зубов (59,2%). Незначительная и слабая болезненность ощущалась в 40,8% случаев. Сильный болевой синдром не отмечен ни в одном случае.

Выводы. Следует отметить, что применение препарата «Кариклинз» увеличивает адгезию пломбировочного материала, поскольку отпадает необходимость удалять смазанный слой, который образуется в результате стирания тканей зуба алмазными борами. Смазанный слой затирается бором в дентинные каналы, при этом он препятствует адгезии композитов и стеклоиномерных цементов, и поэтому в большинстве случаев существует необходимость его удаления.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кобилджонов Ж. Клинический ординатор I курса ТГСИ

*Научный руководитель: Аббасова Д.Б., старший преподаватель кафедры
Детской терапевтической стоматологии*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

В настоящее время при изучении полости рта у детей с хронической болезнью почек (ХБП) большое влияние уделяется на оценку слизистой оболочки полости рта, пародонта и гигиенического индекса. ХБП это тяжелое хроническое соматическое заболевание, приводящим к инвалидности детей. Тяжесть степени высокое особенно в детском возрасте. В растущем организме усилено происходят метаболические, иммунные процессы и процессы интоксикации. Постепенная снижения функций почек сопровождается нарушением функции в различных органах и системах организма, в том числе и со стороны полости рта. С болезнью ХБП пациенты часто обращали внимание на сухость полости рта, изменение вкуса и неприятный запах изо рта. Особенности этих клинических проявлений зависит от функционального состояния почек, влияние фармакокинетики и процедуры гемодиализа явились предпосылкой для изучения особенностей стоматологического статуса у детей с ХБП в терминальной стадии, находящихся на гемодиализе.

Цель работы. Изучение стоматологического статуса полости рта у детей с хронической болезнью почек, находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в течение 2022-2023 гг. у 36 больных, находившихся на стационарном лечении в Национальном Детском Медицинском Центре г. Ташкента.

Под нашим наблюдением находилось всего 36 детей, из которых 12 детей программном гемодиализе (1 группа), 12 детей были с ХБП (2 группа) в возрасте с 6 лет до 12 лет (средний возраст $10,5 \pm 1,7$ лет). Среди наблюдавшихся больных было мальчиков $41,5 \pm 6,7\%$ и девочек $58,5 \pm 5,6\%$.

В работе проводилось изучение стоматологического статуса. Для оценки стоматологического статуса определяли состояние слизистой оболочки полости рта, языка. Для оценки состояния зубов применяли показатели, рекомендуемые комитетом экспертов ВОЗ.

Результаты и обсуждение. При обследовании полости рта у детей с ХПН, находящихся на лечении гемодиализом, мы принимали во внимание субъективные ощущения детей в полости рта. Дети с хронической почечной недостаточностью, находящиеся на программном гемодиализе (1 группа), в ряде случаев предъявили жалобы на появление на фоне ксеростомии: на сухость красной каймы губ в $73,1 \pm 6,2\%$ случаев, во 2 группе детей в $46,7 \pm 9,1\%$ случаев ($p < 0,05$, различия достоверны), в группе контроля в $6,7 \pm 3,4\%$ случаев ($p < 0,001$, различия достоверны); в 1 группе сухость слизистой оболочки полости рта составила $84,6 \pm 5,0\%$ случаев, во 2 группе в $53,3 \pm 9,1\%$ случаев ($p < 0,001$, различия достоверны), в группе контроля в $3,3 \pm 3,3\%$ случаев ($p < 0,001$); чувство жжения в полости рта в 1 группе $19,2 \pm 5,5\%$ случаев, во 2 группе детей в $13,3 \pm 6,2\%$ случаев ($p > 0,05$, различия не достоверны); кровоточивость десен в 1 группе встречалась в $30,8 \pm 6,4\%$ случаев, во 2 группе в $23,3 \pm 7,7\%$ случаев ($p > 0,05$, различия не достоверны), в группе контроля $6,7 \pm 3,4\%$ случаев ($p < 0,05$, различия достоверны); неприятный вкус во рту в 1 группе отмечался в $57,7 \pm 6,7\%$ случаев, во 2 группе детей в $43,3 \pm 9,1\%$

случаев ($p>0,05$, различия не достоверны), в контрольной группе жалобы на чувство жжения в полости рта и неприятный вкус во рту отсутствовали.

Слизистая оболочка полости рта была бледной в группе детей с ХПН, находящихся на гемодиализе (1 группа) в $65,4\pm 6,6\%$ случаев, в группе детей в стадии компенсации (2 группа) в $60,0\pm 8,9\%$ случаев ($p<0,05$, различие недостоверно), в группе контроля - $3,3\pm 3,3\%$ случаев ($p<0,001$, различие достоверно); гиперкератоз отмечался в 1 группе детей в $19,2\pm 5,5\%$ случаев, во 2 группе детей - в $16,7\pm 6,8\%$ случаев ($p<0,05$, различие достоверно); отечность языка отмечалась в 1 группе детей, в $61,5\pm 6,7\%$ случаев, во 2 группе детей - в $53,3\pm 9,1\%$ случаев ($p>0,05$, различие недостоверно); обложенность языка в 1 группе детей - в $78,8\pm 5,7\%$ случаев, во 2 группе детей - в $73,3\pm 8,08\%$ случаев ($p>0,05$, различие недостоверно), в группе контроля явления гиперкератоза, отечности и обложенности языка не наблюдались.

Состояние тканей пародонта изучали при помощи пародонтального индекса КПИ. Данное исследование позволило установить, что у детей с ХПН, находящихся на гемодиализе, распространенность заболеваний пародонта составляет $92,3\%$ случаев, во 2 группе детей - в $80,0\pm 7,3\%$ случаев ($p>0,05$, различие недостоверно), результат в контрольной группе составил $56,7\pm 9,1\%$ случаев ($p<0,05$, различие достоверно) (таблица 2). Интенсивность поражений тканей пародонта у детей с ХПН, находящихся на гемодиализе, $2,89\pm 0,01$, во 2 группе детей этот показатель составил $2,19\pm 0,08$ ($p<0,05$, различие достоверно), в контрольной группе показатель составил $1,27\pm 0,02$ ($p<0,05$, различие достоверно).

Выводы. Выявлена высокая распространенность стоматологических заболеваний у детей с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, частые жалобы на появление на фоне ксеростомии сухости красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, чувства жжения в полости рта и неприятного вкуса во рту. Изменения в полости рта зависят от функционального состояния почек, влияния фармакокинетики и процедуры гемодиализа.

Результаты, полученные при изучении стоматологического статуса у детей с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, могут повысить эффективность разработки лечебно-профилактических мероприятий у данной группы больных и свидетельствуют о необходимости разработки лечебно-профилактических мероприятий с целью повышения эффективности комплексной профилактики и лечения стоматологических заболеваний.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО И РЕЦИДИВНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Махсумова С.С., Икромхужаева У.Б., Каримбоев О

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

umidabakhromovna@gmail.com

Актуальность. Впервые, в 1914 году W.Black обратил внимание на патологический процесс, возникающий на границе пломбы с твердыми тканями зуба, и дал ему название - кариозный инсульт. Чуть позднее, в 1947 году E.Muller-Stand, а в 1967 году и E.Rechenbach, определили новый патологический процесс, возникающий между стенкой кариозной полости и пломбировочным материалом, как вторичный кариес. Более точное определение в 1968 году вторичному и рецидивирующему кариесу дал W.Wannenmacher. По его мнению, рецидивирующий кариес - это патологический процесс, возникающий под пломбой в результате неполного удаления некротизированного дентина со стенок кариозной полости, вторичный кариес - это патологический процесс, который возникает вокруг пломбы из-за неплотного прилегания пломбировочного материала к твердым тканям зуба и образования микрощели.

Цель работы: Определить критерии диагностики вторичного и рецидивного кариеса, разработать рациональные подходы их профилактики у лиц с высокой интенсивностью поражения зубов.

Материалы и методы. В первую группу (сравнения) вошли 42 человека, которым было наложено 92 пломб из светоотверждаемого материала “Denfill” без каких-либо воздействий на стенки кариозной полости и пломбу. Во второй группе 39 пациентам было наложено 87 пломб из этого же материала с дополнительным пост пломбировочным фторированием бесцветным лаком пломб и прилегающей к эмали. Третью группу составили 37 пациентов, которым наложено 82 пломб из материала “Estelite Sigma” с предварительным глубоким фторированием стенок кариозной полости “ФторЛюкс” фторирующий лаком. Четвертой группу составили 37 пациентов, которым наложено 79 пломб из материала СИЦ с предварительным глубоким фторированием стенок кариозной полости” Фторлаком” Это же мероприятие было проведено у них и после пломбирования, но уже с целью глубокого фторирования эмали, прилегающей к пломбе.

Результаты исследования. Критерий вторичного кариеса (появление кариозной полости рядом с пломбой) по результатам нашего исследования существенно чаще диагностировался в первой и второй группах только спустя год после наложения пломб. В третьей и четвертой группах через год этот показатель вторичного кариеса не имел достоверного увеличения (98% против 100%, $p > 0,05$ – в третьей группе; 99% против 100%, $p > 0,05$ – в четвертой группе).

Выводы. Через 12 месяцев после лечения кариеса при применении глубокого фторирования риск развития вторичного кариеса снижается до 3% вместо 6%, а рецидивного – до 12% вместо 24%; при применении фтора, соответственно: до 2% вместо 5% и до 11% вместо 23%. При этом срок “службы” пломб увеличивается в 4 раза. Установлено, что “вторичный” и “рецидивный” кариес – это разные по локализации и клинике процессы.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А., Набиева М

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Город Ташкент, Узбекистан

Актуальность: лечения гипертрофического гингивита у подростков обусловлена высокой распространенностью и интенсивностью заболевания. Определение распространенности и интенсивности гипертрофического гингивита, гигиенического состоянии полости рта у детей является одним из основных моментов в реализации программы первичной, вторичной профилактики стоматологических заболеваний.

Цель и задача: Комплексный подход в профилактике и лечение гипертрофического гингивита у подростков 13-15 лет.

Материалы и методы: Исследование, проведенное нами среди 25 учащихся школ разных районов города Ташкента в возрасте от 13-15 лет показало, что 61,9% обследованных выявлен интактный пародонт, в 38,1% случаях имели место те или иные виды патологии тканей пародонта, при этом гипертрофический гингивит диагностировался в 11,3% случаях (3 человека). Большинство обследованных подростков с ГГ имели вертикальную резцовую дизокклюзию, тесное положение зубов и аномалии положения отдельных зубов.

Учитывая полиэтиологический характер гипертрофического гингивита в определении индивидуального плана диагностики, профилактики и лечение необходимо использовать комплекс мероприятий, направленных на выявление, устранение или ослабление воздействия этиологического фактора, патогенетическую и симптоматическую терапию, с привлечением не только пародонтологов, но и ортодонт, хирургов и терапевтов-стоматологов. Участие врачей общей практики (педиатров, оториноларингологов, эндокринологов, неврологов, психиатров) может служить основанием для оценки общего статуса, а также выбора рациональной терапии, способствующей нормализации взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз- половые железы в период гормональной перестройке организма.

Выводы: Таким образом, планирование, проведение лечебных мероприятий и диспансеризация пациентов должна осуществляться комплексно, действия стоматологов и врачей общей практики должны быть направлены на устранение или уменьшение влияния симптомокомплекса, способствующего развитию патологического процесса. А установленный уровень распространенности гипертрофического гингивита еще раз подтверждает актуальность проблемы и может быть использован в качестве исходных материалов для осуществления долговременного мониторинга и пародонтологического статуса подростков.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.

Хатамова У.Х., Мирзаев Х.Ш., клин.ординатор 2 курса, кафедры детской терапевтической стоматологии ТГСИ.

Научный руководитель: Абдуллаев Ж.Р., к.м.н., доценткафедры детской терапевтической стоматологии, Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Введение: Большое внимание последние годы уделяется изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей раннего возраста.

Уровень заболеваемости кариесом, особенно у детей раннего возраста, остается высоким. По данным ВОЗ, уже в возрасте одного года у некоторых детей в 15% случаях обнаруживаются пораженные кариесом зубы, к трем годам распространенность кариеса у детей достигает 46%, к шести годам - 96%).

У детей, родившихся от матерей с поздним токсикозом беременности, и находящихся под наблюдением стоматолога на протяжении 3-х лет, отмечена более высокая распространенность и интенсивность кариеса по сравнению с детьми, матери которых имели физиологическую беременность.

Не последнее место, в возникновении кариеса зубов отводится характеру вскармливания грудного ребенка. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, раньше начинается и более интенсивно протекает поражение зубов кариесом. Ведущую роль в изучении уровня здоровья полости рта имеет количественная характеристика поражения зубов кариозным процессом, определяемые с помощью различных индексов. Одним из основных индексов является интенсивность поражения зубов кариесом. С этой целью, для сменного прикуса, применяется определение количественных значений КПУ+кп, где К и (к)-количество постоянных и молочных кариозных зубов, П и (п)-количество постоянных и молочных пломбированных зубов, У-количество удаленных постоянных зубов.

Для временных зубов рассчитывается показатель кариозных и пломбированных зубов временного прикуса, хотя это не отражает действительную картину интенсивности кариеса, так как удаленные молочные зубы в связи с осложненным кариесом не учитываются. Поэтому определение распространенности и интенсивности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста с учетом удаленных молочных зубов вследствие осложненного кариеса (индекс КПУ+кпу), является своевременным и целесообразным, чтобы усилить меры профилактики кариеса молочных зубов и повысить уровень стоматологической помощи детям раннего и дошкольного возраста.

Цель работы: Оценить возрастную структуру стоматологических заболеваний у детей, определить объем профилактических мероприятий и улучшить качества лечения кариеса зубов у детей раннего и дошкольного возраста.

Задачи исследования

1. Изучить интенсивность и распространенность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста, с учетом удаленных молочных зубов вследствие осложненного кариеса (индекс кпу).

2. Выявить взаимосвязь интенсивности и распространенности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста с учетом влияния факторов риска и наличия общесоматической патологии.
3. Провести сравнительную оценку гигиены полости рта в возрастном аспекте.
4. Разработать программу профилактики кариеса на фоне общесоматической патологии.

Результаты и обсуждения

Полученные результаты исследования позволили провести сравнительный ситуационный анализ заболеваемости кариесом у детей раннего и дошкольного возраста с заболеваниями центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и гипохромной формой железодефицитной анемии, и распространенности и интенсивности кариеса.

Проведен анализ и разработана программа профилактики кариеса у детей раннего и дошкольного возраста с общесоматической патологией.

Проведение ситуационного анализа интенсивности и распространенности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста, а так же изучение влияния факторов риска, позволяет прогнозировать интенсивность и распространенность кариеса. Выявление взаимосвязи факторов риска, наличие общесоматической патологии на развитие кариеса, позволяет разработать четкую систему профилактических мероприятий стоматологических заболеваний у детей раннего и дошкольного возраста.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ДОШКОЛЬНИКОВ СЕЛЬСКОГО РЕГИОНА ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Зокирхонова Ш.А., Садыкова Л.Д., Тошмурадова М

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Кариес зубов в раннем детском возрасте является чрезвычайно активной формой болезни, приводящей к разрушению временных зубов у детей с первых лет жизни. Несмотря на многочисленные методы профилактики, лечения, а также продолжающиеся в этом направлении научно-практические работы кариес зубов, особенно, у детей дошкольного возраста во всем мире, остается одним из самых распространенных заболеваний. Известно, что временные зубы имеют большое значение в жизни растущего организма детей. Временные зубы с острым и осложненным кариесом становятся причиной развития острых и хронических одонтогенных воспалительных процессов.

Цель исследования. Учитывая высокие показатели заболеваемости кариесом зубов, основной целью исследования явилось изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов.

Материалы и методы. Нами были сравнительно изучены распространенность и интенсивность поражения кариесом зубов у детей, находящихся в детских

дошкольных учреждениях Кибрайского и Зангиатинского районов Ташкентской области. Всего было проанализировано 243 детей. В обоих дошкольных учреждениях районов все обследованные дети были распределены по возрастам на 4 группы: 1-группа - в возрасте трёх лет; 2-группа - в возрасте четырёх лет; 3-группа - в возрасте пяти лет и 4-группа - в возрасте шести лет. Сравнительно были анализированы результаты распространенности, индекс интенсивности кариеса, а также локализация и структура поражения кариесом зубов в зависимости от возраста детей и групповой принадлежности в указанных регионах.

Результаты и обсуждения. Распространенность кариеса у дошкольников Кибрайского района находилась в пределах $69,52 \pm 0,57 - 78,70 \pm 0,43$ % при интенсивности - $2,33 \pm 0,05$ и $4,75 \pm 0,05$. В то же время индекс интенсивности кариеса зубов, у детей Загиатинского района, колебалась от $2,45 \pm 0,03$ до $4,88 \pm 0,05$ при распространенности от $70,23 \pm 0,15$ до $80,85 \pm 0,37$ %. Показатели распространенности и индекса интенсивности кариеса зубов у детей младших групп, как в Кибрайском, так и в Зангиатинском районах, имеют сравнительно низкие значения, чем в старших группах. Уже к 5-6 годам, у этих детей кариесом поражается около 80% зубов, при высокой интенсивности. Тем не менее, эти данные, в целом соответствуют средним показателям по республике. Анализ индекса интенсивности кариеса зубов у обследованных детей свидетельствует, что в первой и второй группах обследованных детей уровень интенсивности можно расценивать как «умеренный» (от $2,83 \pm 0,25$ до $4,12 \pm 0,24$), а в третьей и четвертой группах детей интенсивность кариеса имеет «высокое» значение. Выявлено, что у обследованных детей наиболее чаще всего поражаются кариесом моляры и премоляры, несколько реже - верхние резцы, еще реже кариес развивается в резцах нижней челюсти.

Заключение. Эпидемиологическим изучением кариеса зубов у дошкольников двух районов Ташкентской области показано, что: а) наибольшая распространенность кариеса ($73,54 \pm 0,70 - 80,85 \pm 0,37$ %) отмечается среди детей 5-6 летнего возраста, наименьшая ($69,52 \pm 0,57 - 70,23 \pm 0,15$ % - среди детей 3 лет; б) по локализации преобладают полости по II классу Блэка; в) по структуре поражения преобладает моляры; г) по глубине поражения преобладает средний кариес; д) по показателю кариеса значительно преобладают кариозные зубы, что обуславливает высокую нуждаемость детей в стоматологической помощи.

Экспериментально установлено, что наблюдаемые закономерности и изменения, связанные с распространенностью и интенсивностью кариеса зубов у детей дошкольного возраста, более ярко выражается в дошкольном учреждении Зангиатинского района.

**ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИ ВАКИЛЛАРИНИНГ ФРОНТАЛ – ВЕРТИКАЛ
ПРОПОРЦИЯ ЦЕФАЛОРМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.
М.Қ.Кўчқарова, Маматкулов Ш.А. Магистр - Сатимов Ш.М.**

*Илмий рахбар: Болалар терапевтик стоматологияси кафедраси доценти -
Муртазаев С.С.*

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси

Мавзунинг долбзарлиги: хозирги даврда ортодонтия соҳасида анча олдинга силжишлар кузатилмоқда. Шу жумладан фронтал рентгенограмма-фронтал цефалометрия борасидаги фикрларни ўзгаришига, юксалишига ва бу борада изланишлар олиб борилишига сабаб бўлмоқда. Ортодонтлар кўпчилик холларда сагитал йўналишда изланишлар олиб боришган ва ён цефалометрияни ўз амалиётларида қўллашади, аммо ён цефалометрияда кўндаланг йўналишдаги кўрсаткичларни аниқлашнинг имкони йўқ. Яъни юз-жағ соҳасининг трансверзал йўналишдаги аномалияларини ташхислашда ва даволашни режалаштиришда ён цефалометрия бизга етарлича маълумот бераолмайди. Айнан юқориги ва пастки жағларнинг кўндаланг йўналишдаги ўлчамларини- кўрсаткичларини аниқлашда бизга фақатгина фронтал цефалометрия ёрдам бераолади. Ортодонтларни қийнаб келаётган муаммолардан бири бўлган юқориги жағни кенгайтирувчи аппаратларнинг натижасини аниқлаш учун зарур бўлган кўрсаткичлар ҳам фақатгина фронтал цефалограммада аниқлаш мумкинлиги исботланди. Фронтал эстетика -юз симметриклиги, кулгу чизикларининг симметриклигини баҳолаш жараёнида нафақат юқориги ва пастки жағлар, тишлар,лабларнинг аҳамияти катта,балки бурун суяклари,қирралари ва нафас олиш органларининг ҳам аҳамиятини муаллифлар ўз тадқиқотлари давомида кўрсатиб беришган. Яъни юзнинг ўрта комплекси нафас олиш системаси ва пастки жағнинг холати билан ҳам боғлиқлиги ўз исботини топган.

Текширувнинг мақсади: Ўзбек популяциясининг нормал физиологик прикусли вакилларининг фронтал цефалограммасида бош ва юз суякларининг “фронтал-вертикал пропорцияси” кўрсаткичларини аниқлаш, ўзаро-жинслараро таққослаш.

Материал ва методлар: текширув жами 75 нафар (45 эркак ва 30та аёл) физиологик нормал прикусли ўзбек популяциясининг вакилларида олиб борилди. Уларда фронтал цефалограммада бош ва юз суякларининг фронтал ва вертикал йўналишдаги кўрсаткичларинининг пропорцияси аниқланади.

Шахсий олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Ўзбек популяцияси вакилларининг **фронтал-вертикал пропорцияни аниқлаш мақсадида қўлланилган кўрсаткичларни ўзаро жинслараро таққосланганда олинган натижалар 1-жадвалда келтирилган бўлиб, ҳар бир кўрсаткични муҳокама қилинди.** Эркакларнинг Cg-ANS кўрсаткичи $59,29 \pm 0,67$ мм.ни ва аёлларнинг Cg-ANS кўрсаткичи $56,33 \pm 0,38$ мм.ни ташкил қилади. Бу кўрсаткичлар ўзаро таққосланганда ишончли фарқлар аниқланди ($P < 0,05$). Эркакларнинг Cg-Me кўрсаткичи $120,53 \pm 0,96$ мм.га ва аёлларнинг Cg-Me кўрсаткичи $114,58 \pm 0,071$ мм.га тенг эканлиги жадваллардан маълум. Улар ўзаро таққосланганда, аёлларнинг Cg-Me кўрсаткичига нисбатан эркакларнинг Cg-Me кўрсаткичи ишончли фарқмавжудлиги аниқланди ($P < 0,05$). Эркакларнинг ANS-Me кўрсаткичи $61,8 \pm 0,58$ мм.га ва аёлларнинг

ANS-Ме кўрсаткичи $57,43 \pm 0,61$ мм.га тенг эканлиги жадваллардан кўриниб турибди. Эркаклар ва аёлларнинг ANS-Ме кўрсаткичлари ўзаро таққосланганда, аёлларнинг ANS-Ме кўрсаткичига нисбатан эркакларнинг ANS-Ме кўрсаткичи ишончли фарқ мавжудлиги аниқланди ($P < 0,05$). Эркакларнинг ANS-A1 кўрсаткичи $25,36 \pm 0,42$ мм.га ва аёлларнинг ANS-Ме кўрсаткичи $26,23 \pm 0,47$ мм.га тенг эканлиги аниқланди. Ўзбек популяцияси вакилларининг Эркаклар ва аёлларининг ANS- A1 кўрсаткичлари ўзаро таққосланганда, аёлларнинг ANS- A1 кўрсаткичига нисбатан эркакларнинг ANS- A1 кўрсаткичида ишончли фарқлар аниқланмади ($P > 0,05$). Эркакларнинг B1-Ме кўрсаткичи $38,98 \pm 0,46$ мм.га ва аёлларнинг B1-Ме кўрсаткичи $32,95 \pm 0,36$ мм.га тенг эканлиги жадваллардан кўришимиз мумкин. Эркаклар ва аёлларнинг B1-Ме кўрсаткичлари ўзаро таққосланганда, аёлларнинг B1-Ме кўрсаткичига нисбатан эркакларнинг B1-Ме кўрсаткичи ишончли фарқ мавжудлиги аниқланди ($P < 0,05$).

Фақатгина B1-Ме кўрсаткичида иккала жинс вакилларида ҳам Ўзбекларнинг ўртача B1-Ме кўрсаткичига нисбатан ишончли фарқлар мавжудлиги аниқланди ($P < 0,05$).

ХУЛОСА

1. Cg-Ме кўрсаткичи аёлларда $114,58 \pm 0,071$ мм; эркакларда $120,53 \pm 0,96$ мм га тенг бўлиб, ўзаро таққосланганда $5,95 \pm 0,89$ мм фарқ мавжудлиги аниқланган ($P < 0,05$). Фронтал-вертикал пропорция кўрсаткичларининг тахлили ўтказилаётганда жинсга боғлиқликни эътиборга олиш лозим.

2. Ўзбек популяцияси вакиллари аёллар ва эркакларнинг ўртача фронтал – вертикал пропорция кўрсаткичларига нисбатан аёлларнинг Cg-Ме кўрсаткичида 3,42 мм ва B1-Ме кўрсаткичида 3,49 мм фарқ, эркакларнинг B1-Ме кўрсаткичида 2,54 мм фарқ мавжудлиги аниқланди ($P < 0,05$). Ўзбекларда айнан Cg-Ме ва B1-Ме кўрсаткичи тахлили ўтказилаётганда жинсга боғлиқ ҳолда тахлил ўтказиш тавсия қилинди.

СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Утешева И.З. Ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии

Адылова Ф.А. Ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии

Ахмедов Лутфулло студент 505гр. БС.фак. ТГСИ

Ташкентский Государственный Стоматологический институт, Узбекистан.

Актуальность: По данным ВОЗ, распространенность воспалительных заболеваний пародонта достигает 80-100% в разных возрастных группах, при этом, хронический генерализованный пародонтит наиболее распространен. Вместе с тем, особенности течения воспалительных заболеваний пародонта, в зависимости от степени тяжести туберкулезной инфекции окончательно не установлены. Полость рта является своеобразной экологической системой, тесно взаимодействующей как с внутренней средой организма, так и с внешними факторами. Возникновение и интенсивность патологических

процессов напрямую связаны с качественным и количественным составом микрофлоры зубного налета и бляшки. У пациентов с активными формами туберкулеза в составе микрофлоры полости рта может обнаруживаться микобактерия туберкулеза, что, в свою очередь, влияет на микробиоценоз полости рта, и на современном этапе здравоохранения приоритетом является изучение состояния полости рта при различных заболеваниях, в том числе туберкулезной инфекции.

Методы исследования: До конца не изучены особенности течения стоматологической патологии на фоне туберкулезной инфекции, динамика показателей местного иммунитета и микробиоценоза полости рта. До настоящего времени отсутствует комплексная оценка стоматологического статуса в зависимости от местного иммунитета и микрофлоры полости рта. В связи с этим, актуальность данного исследования определяется вышеизложенными проблемами, а неизученные вопросы являются основанием для формирования цели и задач работы. У больных туберкулезом легких с бактериовыделением в мокроте, микобактерия туберкулеза также обнаруживается в слюне и содержимом кариозных полостей, при более детальном исследовании в НРЛ можно будет провести более расширенные методы диагностики молекулярно-генетическими методами исследований. Лечение и профилактика кариеса зубов не оказывает существенного влияния на снижение количества возбудителя туберкулеза в слюне и содержимом кариозных полостей. Уменьшение количества возбудителя туберкулеза и прекращение его обнаружения в слюне, и содержимом кариозных полостей происходит только после эффективной химиотерапии туберкулеза легких с прекращением бактериовыделения в мокроте. Своевременное лечение кариеса зубов, использование специального противокариозного профилактического комплекса у больных туберкулезом лёгких также способствует повышению эффективности лечения туберкулёза легких в виде сокращения сроков исчезновения общей слабости через два месяца лечения у 79,6% больных, увеличении массы тела к окончанию стационарного лечения у 71,2% больных, рассасывании инфильтративных изменений к концу стационарного лечения у 75,2% больных на фоне проводимой специфической противотуберкулезной химиотерапии. Так же необходимо учитывать особенность изменения слизистой полости рта у больных с ЛУ-ТБ и ЛЧ-ТБ.

Результаты и выводы: Среди больных туберкулезом легких стоматологу необходимо проводить постоянную санитарно — просветительскую работу, индивидуальные профилактические беседы по обучению личной гигиене полости рта, объяснять необходимость профилактики кариеса. Больным туберкулезом легких с целью профилактики кариеса зубов на фоне химиотерапии туберкулеза и лечения кариеса рекомендуется назначать специальный противокариозный профилактический комплекс состоящий, обязательные полоскания полости рта фторсодержащими ополаскивателями, обязательный прием поливитаминных комплексов, помимо витамина В,

которая широко применяется во фтизиатрической службе для профилактики побочных действий противотуберкулезных препаратов.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Утешева И.З. Ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии

Насырова С.З. студент 512гр. стом.фак. ТГСИ

Эсанов Адхам студент 502 Б Бс ТГСИ

Ташкентский Государственный Стоматологический институт, Узбекистан.

Актуальность. Вниманию 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 2020 по 2021 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 14 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 ррт), рекомендации по питанию. Санация полости рта у детского стоматолога.

БОЛАЛАРДА ЖАРОХАТЛИ СТОМАТИТЛАРДА «ВИНОГРАДНЫХ КОСТОЧЕК» МОЙИНИ ҚЎЛЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Махсумова С.С. Болалар терапевтик стоматология кафедраси доценти
Кодирова М.Т. Болалар терапевтик стоматология кафедраси ассистенти
Насирова С.З. ТДСИ 512-групп Стоматология факультети талабаси

ТДСИ, Болалар терапевтик стоматология кафедраси
Mahsumova60@bk.ru , Maftunakodirova517@gmail.com

Долзарблиги: Бугунги кунда болалароғиз шиллик қавати унинг болат 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 жароҳатли стоматитларни 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 шиллик қавати, ёноқлари ва ўтув бурма соҳасида жойлашган. Эрозиялар атрофи шиллик 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.

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

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

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

*Абдурахманова С.А студент-302 б группы факультета Детской
Стоматологии ТГСИ*

*Научный руководитель: Маткулиева С.Р., ассистент кафедры профилактики
стоматологических заболеваний*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Цель исследования: разработать комплекс лечебных мероприятий при различных поражениях слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим вирусным гепатитом С.

Методы исследования. Для решения задач и достижения целей исследования в работе были использованы общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, вирусологические, стоматологические и статистические методы исследования. Объектом исследования явились 112 детей с установленным диагнозом хронический вирусный гепатит С и наличием патологии слизистой оболочки полости рта, которые получали лечение в отделении Республиканского педиатрического института в период 2019-2021.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

Результаты исследования являются теоретической базой для разработки современных стоматологических подходов к лечению, профилактике и прогнозированию развития заболеваний слизистой оболочки полости рта детей, больных ХВГС.

Полученные данные могут быть использованы учреждениями практического здравоохранения для планирования и осуществления лечебно-профилактических стоматологических мероприятий у детей, больных ХВГС. На основании изучения терапевтической эффективности патогенетических (Пантестин Дарница) и противовирусных (Виферон суппозитории и Виферон гель) препаратов предложена новая схема комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с ХВГС. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. во всем мире насчитывался 71 млн человек с хронической HCV-инфекцией и в 2015 г. зарегистрировано 399 тыс. смертей, главным образом от цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы. Кроме того, ежегодно регистрируется около 1,75 млн новых случаев заражения. В 2016 г. ВОЗ наметила глобальные цели и стратегию в области здравоохранения по вирусным гепатитам на 2016–2021 гг. и приоритетные меры для достижения цели по ликвидации вирусного гепатита как угрозы для общественного здравоохранения к 2030 г. Устранение было определено как снижение распространенности хронической HCV-инфекции на 90% и смертности на 65%. ХГС у детей в 72% случаев имеет

бессимптомное течение, которое лишь у 36,4% пациентов характеризуется нормальными значениями АЛТ и у 38,8% минимальной вирусной нагрузкой. Спонтанная элиминация ВГС в раннем детском возрасте (0–3 года) происходит у 7,8% детей, инфицированных трансплацентарно, имевших раннюю гиперферментемию. В Узбекистане проведено 2 крупных исследования по изучению стоматологических нарушений при вирусных гепатитах. Исследование Йулдошхановой А.С. (1996 г.) было посвящено изучению различных аспектов кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим гепатитом и энтероколитом.

ВЫВОДЫ: Удельный вес заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с ХВГС составил 46,3%. Превалирующей патологией является ксеростомия (90,2%), географический стоматит (69,6%), рецидивирующий герпетический стоматит (41,1%) и хронический гиперпластический кандидоз (21,4%). На частоту формирования патологии СОПР у детей с ХВГС влияют давность инфицирования ВГС, концентрация вируса в крови, степень фиброза печеночной ткани и степень активности хронического вирусного процесса в печени. Помимо негативного влияния на основные стоматологические показатели (цвет слизистой оболочки полости рта, цвет и рельеф языка и др.), наличие хронической ВГС-инфекции способствует развитию гипосаливации, повышению вязкости слюны, а также повышает риск формирования плохого уровня гигиены полости рта почти в 7 раз (OR=6,9; CI-95%).

НОВЫЙ СПОСОБ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРАДОНТИТА

Каримова Н.О., Каримова С.К. 301 гр. бс.фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Рахматуллаева Д.У. доцент кафедры профилактики
стоматологических заболеваний*

Ташкентский Государственный стоматологический Институт, Узбекистан.

Актуальность. Независимо от причин, вызвавших изменения в пародонте и в организме целом, общая и местная терапия являются неотъемлемыми звеньями мероприятий, направленных на получение благоприятного исхода. При проведении лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта необходим обоснованный выбор медикаментов. Наряду с имеющимися в арсенале лекарственными средствами возникает необходимость в новых, эффективность препаратов, которые были бы применены в этиотропной терапии пародонтита.

Цель. Этиотропное обоснование местного применения препарата Декасан при лечении различных клинических проявлений генерализованного пародонтита (ГП).

Материалы и методы. Исследование основывалось на результатах клинического и микробиологического обследований больных ГП от 25 до 45 лет. По клиническим особенностям течения ГП выделены две группы больных: I группа-пациенты с активно прогрессирующим течением патологического

процесса в периодонте; II – группа – пациенты, имеющие мало выраженные клинические признаки активности заболевания. Для оценки состояния тканей пародонта использовали общепринятые клинические исследования, а также пробу Шиллера-Писарева, индекс гигиены Грина-Вермильона (ОHI-S), индекс кровоточивости Мюлемана (SBI), индекс ПМА, пародонтальный индекс Рассела (PI). Лабораторными методами определяли микрофлору пародонтальных карманов и её чувствительность Декасану (действующее вещество -декаметоксин).

Результаты. Установлен и подтвержден лабораторными исследованиями высокий терапевтический эффект препарата Декасан при местной терапии ГП. Осложнений, побочных эффектов и случаев непереносимости препарата нами отмечено не было.

Вывод: Декасан оказывает местное противогрибковое, антибактериальное и противовирусное действие. Длительное использование не вызывает привыкания флоры, в процессе лечения препаратом повышается чувствительность антибиотиков резистентных микроорганизмов к антибиотикам.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ АНЕМИЯ.

*Абдуманнанов Д.Р. ассистент кафедры профилактики
стоматологических заболеваний.*

*Научный руководитель: Даминова Ш.Б. д.м.н. профессор, заведующий
кафедры профилактики стоматологических заболеваний.*

Резюме. Малоподвижный образ жизни, интенсивное развитие отраслей промышленности, связанных с возникновением различных вредных для человека производственных факторов, изменение образа жизни людей явилось результатом повышения уровня распространенности заболеваний кроветворной системы, в частности увеличилось число лиц с анемиями, что может стать причиной развития тяжелых патологических изменений в органах и тканях полости рта.

Актуальность. Патогенетически обусловленные изменения в тканях ротовой полости согласно результатам лишь единичных исследований, проведенных в этой области, встречаются в частности при любых формах лейкозов, на всех стадиях заболевания, значительно отягощая общее состояние и качество жизни больных, при этом, вследствие выраженной гиперплазии и инфильтрации, рыхлые десна почти полностью закрывают коронки зубов. В результате распространения некротического процесса на соседние участки слизистой оболочки полости рта при остром лейкозе могут возникать обширные язвы, покрытые серым налетом, на миндалинах, в ретромолярной области. Так, при исследованиях состояния органов и тканей полости рта

беременных женщин с железодефицитной анемией наиболее выраженные изменения были выявлены в твердых тканях зубов, тканях пародонта и слизистой оболочке полости рта. Была установлена положительная корреляционная связь поражаемости зубов кариесом с железодефицитной анемией [1,2,4].

Цель исследования. Оптимизация лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с диагнозом анемия.

Материал и методы исследований. В клиническом блоке проведена сравнительная оценка эффективности использования в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта отечественного препарата «Солидент», представляющего собой многокомпонентную жидкую лекарственную форму. Были проанализированы данные комплексного стоматологического обследования и результаты лечения 45 гематологических больных с ВЗП (в возрасте от 15 до 25 лет). В группы наблюдения включены пациенты с диагнозом гингивит и пародонтит легкой степени тяжести, которые были разделены на три группы в зависимости от применяемых препаратов. В контрольной группе - обучение рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов; в комплексной терапии пародонтита в качестве местного противовоспалительного препарата в первой основной группе больных использовали «Солидент», во второй группе - антисептическая обработка полости рта осуществлялась раствором хлоргексидина. Всем пациентам до начала консервативного лечения были проведены: профессиональная гигиена полости рта, санация и устранение факторов, травмирующих пародонт.

Результаты исследования и их обсуждение. Поскольку обильный зубной налет, мягкие и твердые зубные отложения являются одним из ранних признаков патологических изменений в околозубных тканях, то гигиенические индексы представляют собой достаточно объективную информацию для оценки динамики развития воспалительного процесса в тканях пародонта и эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Индекс гигиены у пациентов с в первой контрольной группе снизился от $3,75 \pm 0,11$ до $2,33 \pm 0,10$, во второй - от $3,77 \pm 0,07$ до $2,15 \pm 0,04$, в третьей основной группе также произошло снижение данного индекса с $3,74 \pm 0,06$ до $2,28 \pm 0,05$. Подобная тенденция в изменении гигиенического индекса наблюдалась у всех обследуемых пациентов. Т.е. проведение лечебно-профилактических мероприятий отразилось на клинических и лабораторных показателях уже на начальных этапах - через 30 дней после начала исследования. Показатели клинических, гигиенических и пародонтальных индексов снизились как в основных, так и контрольной группах ($p < 0,05$). Наши исследования показали, что при использовании растительного лекарственного препарата «Солидент» для улучшения экологической ситуации в полости рта исследуемых больных положительная динамика индексных показателей сохраняется и в более отдаленные сроки исследований. Значения пародонтального индекса, определяющего глубину патологического процесса в околозубных тканях,

более выражено снизились в группе гематологических больных, получавших в качестве лечебно-профилактического средства новый биологически нейтральный препарат. Так если до начала терапевтических мероприятий значение вышеуказанного индекса составляло примерно $2,90 \pm 0,114$ то уже в первый месяц проводимых исследований показатели резко снизились и составили после лечения $1,43 \pm 0,064$ ($p < 0,05$).

Заключение. На основании анализа результатов клинических исследований и полученных при этом данных и материалов можно констатировать факт высокого уровня распространенности и интенсивности различных форм и степеней тяжести воспалительных заболеваний тканей пародонта при гематологических заболеваниях, которые коррелируют с формой и особенно с длительностью течения исследуемой общесоматической патологией. Не санированная полость рта, очаги хронической одонтогенной инфекции негативно сказываются на процессах восстановления функциональных нарушений в организме и на качестве жизни больных с заболеваниями кроветворной системы.

Использованная литература

1. Ниязова М.С. Железодефицитная анемия у молодежи, метаболические нарушения в крови и их лечение / М.С.Ниязова //- Душанбе. - 2014. - № 1. - С. 97-100.
2. Петрова Т. Г. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных лимфомами в динамике противоопухолевого лечения / Т.Г. Петрова, М.В. Юрьева, Т.И. Пospelова [и др.] // Российский стоматологический журнал. - 2008. - № 5. - С. 41-44.
3. Петрова Т.Г. Влияние полихимиотерапии на микрофлору полости рта больных лимфопролиферативными заболеваниями / Т.Г. Петрова // Институт стоматологии. - 2018. - Т. 38, № 1. - С. 92-94.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва //- М., МедиаСфера,- 2006 - 312 с.
5. Шехтман М.М. Железодефицитная анемия и беременности / М.М. Шехтман, А.П. Никонов // Гинекология.- 2014. С. 4-16.
6. Шамаль М.В. Особенности течения хронического периодонтита на фоне дефицита железа / М.В. Шамаль //- Екатеринбург. - 2011. - С.144-149.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Научный руководитель к.м.н доцент Абдуазимова Л.А.

*Ординатор 1 курса факультета детской терапевтической стоматологии
Азимжоновна Н.*

Студент 5 курса факультета детской стоматологии Мажидов Шахзод.

Индивидуальная гигиена полости рта является неотъемлемой частью профилактики основных стоматологических заболеваний и предусматривает оптимальное удаление мягкого зубного микробного налета с поверхности зубов и десен. К сожалению, оптимальное удаление не означает полное удаление налёта. Гигиенический уход за зубами – технически сложная задача. Это связано с тем, что зубные отложения малодоступны прямому воздействию: они лежат на криволинейных, вогнутых и выпуклых поверхностях зубов с различными радиусами кривизны (зубная дуга, каждая поверхность зуба), в узких ретенционных пунктах (фиссурах, межпроксимальных пространствах), покрывают участки зубов, тесно прилежащих к другим органам и тканям.

Начинать дружбу с зубной щеткой нужно с момента прорезывания самого первого зуба. Конечно, малышам чистить зубки должны родители, но с 6-7 лет дети вполне могут справиться с этой задачей самостоятельно. Гигиена полости рта у детей включает в себя ежедневную чистку зубов два раза в день: утром и вечером. Чистить зубы необходимо не позднее 30 минут после приема пищи. Дело в том, что сразу после еды в ротовой полости повышается кислотность, и зубная эмаль немного размягчается. Вечером же зубы чистить лучше непосредственно перед сном. Зубы нужно чистить правильно – разные поверхности требуют чистки разными движениями:

Жевательную поверхность зуба нужно чистить движениями «вперед-назад», ориентируя щетку поперек зубного ряда;

Щечную (обращенную к щекам и губам) поверхность чистят круговыми движениями, массируя при этом десны;

Язычную (обращенную к языку) поверхность также чистят круговыми движениями, уделяя особое внимание передним зубам, где чаще всего образуется камень;

Небную (обращенную к небу) поверхность чистят круговыми движениями, расположив щетку вертикально.\

К предметам гигиены полости рта относятся детские зубные щетки и зубные пасты. Чтобы ребенок чистил зубы регулярно и с удовольствием, зубная щетка должна ему нравиться – быть удобной, красивой и не сильно жесткой. Для самых маленьких нужна зубная щетка с длинной ручкой, двумя рядами щетины длиной в 2 см и узкой головкой. Детям, осваивающим самостоятельную чистку зубов, щетку следует выбирать с объемной ручкой и небольшой головкой. Пасты нужно выдавливать немного, примерно с ноготь мизинца малыша.

Уход за полостью рта детей 4–6 лет осуществляют дети и взрослые совместно с помощью щетки и пасты. Роль родителей – контролировать и направлять ход процедуры, завершить чистку зубов. Щетка должна иметь мягкую щетину. Рекомендуют начинать чистку зубов ребенка с прорезавшихся первых постоянных моляров. Подбор зубной пасты должен осуществлять врач-стоматолог с учетом возраста ребенка, состояния его зубов и десен, содержания фтора в питьевой воде конкретного района. Врач может оценить качество чистки зубов и откорректировать гигиенические навыки ребенка Дети

младшего школьного возраста (7–10 лет) уже самостоятельно чистят зубы, но родители должны постоянно поддерживать мотивацию, контролировать процесс чистки зубов щеткой и при необходимости (если до сих пор не научили) качественно завершать его собственноручно. Продолжительность чистки зубов должна составлять не менее 3 минут. Использование жидких средств гигиены полости рта показано детям, которые умеют контролировать акт глотания.

KARIES TARQALISHINI OLDINI OLISHDA STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTİKASINING O'RNI

Bolalar stomatologiyasi fakulteti

405-guruh talabasi

Zokirjonova G.X.

zokirjonovagulsanam@gmail.com

Stomatologik kasalliklar profilaktikasi kafedrasida o'qituvchisi, PhD

Isaxojayeva H.K.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Dolzarbli: Stomatologik kasalliklarni davolash bilan bu kasalliklarni oldini olib bo'lmaydi. Ushbu kasalliklarni kamaytirishning asosiy yo'l iularning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlar yuqori saviyada amalga oshirishdir. Bu holatni maktabgacha yoshdagi bolalarda sut tishlarida karies kasalligini tarqalishini va asoratlanishini 20ta bolalar(10ta qiz bola-50%,10ta bollar-50%) tekshiruvdan o'tkazildi.

Tadqiqotmaqsadi: Ko'p faktorli tahlil asosida bolalarda sut tishlarining karies kasalligi bilan kasallinishi va asoratlanishini sabablari hamda klinik- laborator tashxislarni o'zaro bog'liqlik darajasini o'rganish orqali sut tishlarining karies bilan kasallanishini oldini olish.

Material va uslublar: Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti Stomatologik kasallaiklar profilaktikasi kafedrasida 20 ta bolada stomatologik kasalliklarni oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar amalga oshirib kelinmoqda. Barcha bolalarning ota-onalariga tishlarni to'g'ri yuvish, har 6 oyda professional og'iz bo'shlig'i gigiyenasini amalga oshirish va bundan tashqari bolalar uchun tish pastalarining tarkibida Ca, F elementlarining borligiga e'tibor qaratish kerakligi, tish cho'tkalarini to'g'ri tanlash kerakligi haqida, bolalarning to'g'ri ovqatlanish ratsionidan foydalanish kerakligi haqida ma'lumot berildi. Bu tadqiqot 2 bosqichda amalga oshiriladi. Birinchi bosqichda bolalarning ota-onalarining dastlabki gigiyenik bilim va ko'nikmalari darajasini aniqlash maqsadida so'rovnoma o'tkazildi. Hamma bolalar stomatologik ko'rikdan o'tkazildi, tishlarini professional og'iz bo'shlig'i gigiyenasi amalga oshirildi, BJSST tavsiyasiga ko'ra karies tarqalish ko'rsatkichi (%) aniqlandi. Bolalarda og'iz bo'shlig'ining gigiyenik holati Y.A. Fyodorovva V.V. Volodkina

(1971) usuli bo'yicha gigiyenik indeks (GI) ko'rsatkichi yordamida baholandi. Ikkinchi bosqichdagi giyenik darslar o'tkazilgandan keyin 6 oy o'tgach, egallagan bilim va ko'nikmalarini aniqlash maqsadida so'rovnoma o'tkazildi. Bolalarda og'iz bo'shlig'i gigiyenik holati gigiyen ikindeks yordamida aniqlandi.

Natijalar va muhokama: Birinchi bosqichda o'tkazilgan og'iz bo'shlig'ini gigiyenik holatida 40% bolalardagina qoniqarli holat aniqlandi, qolgan bolalarda, ya'ni 60% ida sut tishlarining karies kasalligi bilan kasallanishi va ularning asoratlanishini ko'rish mumkin. Ikkinchi bosqichda ota-onalarning, bolalarning bilimlari oshirilgandan keyin 70% bolalarda og'iz bo'shlig'i gigiyenasini yaxshilanganligini ko'rishimiz mumkin, qolgan 30% bolalarda karies kasalligiga chalinishning sekinlashgani aniqlandi.

Xulosa: Birinchi bosqichda o'tkazilgan tadqiqot natijasi shuni ko'rsatdiki, ota-onalarda, bolalarda stomatologik kasalliklar profilaktikasi, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi, tishlarni to'g'ri parvarishlash haqida ma'lumotlarning yetarli emasligi va bilim salohiyatining pastligi aniqlandi. Gigiyenik darslar o'tkazilgandan keyin, ma'lumotlar yetkazilgandan so'ng 6 oy o'tgach bolalarning og'iz bo'shlig'i gigiyenik holati dinamikada ijobiy tomonga o'sganligi aniqlandi.

OPTIMIZATION OF OUTPATIENT SURGICAL DENTAL CARE FOR PATIENTS ON PROLONGED ANTITHROMBOTIC THERAPY

Mukhtorov S.M. student of group 201 of the dental faculty of TSDI

Scientific supervisor: Shavkieva M.M. Assistant of the Department of Pediatric Therapeutic Dentistry

Tashkent State Dental Institute

Tashkent city, Republic of Uzbekistan

Relevance of the topic. Recently, dental surgeons increasingly have to deal with patients receiving long-term antithrombotic (antiplatelet and/or anticoagulant) therapy due to mechanical prosthetic heart valves, atrial fibrillation, angioplasty with stenting of various organ vascular pools, who have recovered from Coronavirus, etc. As a rule, these are elderly patients with a "bouquet" of somatic diseases who simultaneously consume several drugs for a long time. According to the literature, among the older age group, the latter make up 70-80% (Rodina S.T., 2015). The perioperative management of these patients can be problematic, as they most often require interruption of antithrombotic therapy before surgery. On the one hand, the cessation of anticoagulant and antiplatelet therapy leads to an increased risk of thromboembolic complications. On the other hand, against the background of taking anticoagulants and antiplatelet agents, the likelihood of hemorrhagic complications is increased.

In this situation, recommendations for each patient should be individual: it is necessary to maintain a balance between the effectiveness of antithrombotic therapy

and its safety, minimizing the incidence of both hemorrhagic and thrombotic complications. The strategic goal of perioperative antithrombotic therapy is to minimize the risk of bleeding while maintaining the minimum required antithrombotic potential after tooth extraction.

From these positions, the prevention of the risk of prolonged bleeding during tooth extraction in patients taking antiplatelet drugs is an important and urgent problem in the practice of a dentist-surgeon. To improve the quality of administration and optimize the treatment of such patients, it is advisable to evaluate the possibility of using laser radiation at certain stages of the tooth extraction operation, since it has a number of advantages, among which are a pronounced anti-inflammatory effect, normalization of blood circulation, fibrino-thrombotic properties, acceleration of wound healing and etc.

To achieve the goal, the following tasks were set:

1. To study the features of the dental health of patients who are on prolonged anticoagulant therapy and who applied for planned outpatient surgical dental care over the past 5 years
2. To identify the factors of the blood coagulation system associated with the risk of bleeding in the oral cavity during the operation of tooth extraction in this contingent.
3. To assess the possibility of using laser radiation at certain stages of the tooth extraction operation to prevent primary bleeding in the oral cavity in the examined patients who are on prolonged anticoagulant therapy and who applied for planned outpatient surgical dental care.

EFFICIENCY OF USE OF ANTISEPTIC DRUG IN CHILDREN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS

Mukhtorov S.M. student of group 201 of the dental faculty of TSDI

*Scientific supervisor: Shavkieva M.M. Assistant of the Department of Pediatric
Therapeutic Dentistry*

Tashkent State Dental Institute

Tashkent city, Republic of Uzbekistan

Relevance of the topic. Chronic catarrhal gingivitis is a problem of modern dentistry due to its high prevalence, tendency to progression and multilateral impact on the dental system and the body as a whole. This is especially true in young patients, since patients are not always ready to pay due attention to their dental health, and timely treatment that has not been carried out leads to the involvement of more extensive periodontal tissues in the process. The high prevalence of inflammatory periodontal diseases among children, the laboriousness and lack of radical methods of treatment and the lack of effectiveness of the existing system for the prevention and treatment of periodontal diseases dictate the need to search for new methods of early diagnosis and a differentiated approach to the treatment of this pathology. Currently, in dental practice, many drugs are used that have an anti-inflammatory effect.

The analysis of literature sources shows the ambiguity of the results of the use of various methods of treatment and prevention of chronic gingivitis. Therefore, it is expedient to develop and study the effectiveness of Hepilor in children in the treatment of chronic catarrhal gingivitis. The drug Hepilor is a solution for rinsing the mouth, has an antibacterial and antifungal effect, has an analgesic, antipyretic and anti-inflammatory effect. The drug acts on gram-positive and gram-negative strains of microorganisms, on aerobes (staphylococci, streptococci, actinomycetes) and anaerobes (fusobacteria, prevotella, porphyromonas, treponema) in dental plaques. At the same time, it disrupts their growth and development. The active components of the drug Hepilor linger on the oral mucosa, and their gradual release provides a prolonged therapeutic effect. Purpose of the study: The purpose of this study was to increase the effectiveness of the treatment of chronic catarrhal gingivitis in children of puberty by using the drug Hepilor.

Materials and methods of research

The work was carried out on the basis of the department and in the clinic of Children's Therapeutic Dentistry of the TSSI. Were examined 55 children aged 12 to 18 years with a diagnosis of chronic catarrhal gingivitis. All participants in the study underwent professional hygiene (removal of dental plaque, supra- and subgingival calculus, polishing of old fillings). The subjects were divided into 2 groups. The first used traditional and the second complex (Hepilor drug) treatment.

Results

1. As a result, an algorithm for diagnostics and complex treatment using Hepilor was developed;
2. The use of the drug Hepilor reduced the time of regeneration of inflamed tissues (5-6 days);
3. The inclusion of Hepilor in the complex treatment of chronic hepatitis C in children is 3 times more effective than in the comparison group.

Conclusion.

Thus, after receiving the results of a study of the periodontal and oral mucosa in adolescent children with manifestations of lesions of a different nature, it showed maximum efficiency.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Косимов А.А. Клинический ординатор 1 курса кафедры ортопедической стоматологии

*Научный руководитель. Акбаров А. Н. Профессор, доктор наук.
Заведующий кафедрой Факультетской ортопедической стоматологии
Ташкентский Государственный стоматологический институт.*

Актуальность. Современная концепция диагностики и лечения кариеса зубов предполагает как можно более раннее выявление очагов деминерализации или деструкции эмали и неинвазивное или малоинвазивное восстановление утраченных тканей. В связи с этим, разработка методов, обеспечивающих не только констатацию наличия процесса разрушения

твердых тканей зубов, но и позволяющих оценить степень его воздействия в количественном эквиваленте, является актуальной проблемой терапевтической стоматологии.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики и лечения начальных форм кариеса зубов путем объективной оценки степени деминерализации эмали методом спектрофотометрии.

Материал и методы. Степень деминерализации эмали зубов определяли, используя спектрофотометр VITA EasyShade, путем анализа следующих ее оптических параметров: светлота, насыщенность, цветовой тон и прозрачность. В качестве объекта исследования использовали 50 интактных, удаленных зубов. На высушенную поверхность каждого зуба наносили 37% ортофосфорную кислоту с целью искусственного воссоздания ситуации очаговой деминерализации эмали. Измерения оптических параметров эмали спектрофотометром VITA EasyShade проводились через каждую минуту в течение 10 мин. В исследовании приняли участие 35 добровольцев в возрасте от 15 до 35 лет с диагнозом «очаговая деминерализация эмали зубов» и флюороз зубов. В зависимости от глубины поражения эмали процессом деминерализации были использованы 3 метода лечения: ToothMousse, ROCS Medical Minerals, Профилак, а также метода инфильтрации ее структуры препаратом Icon. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. При измерении спектрофотометром VITA Easyshade участка интактной эмали получен усредненный показатель светлоты эмали 79, выраженный в единицах измерения. После экспозиции 37% ортофосфорной кислоты на поверхности эмали в течение 1 мин показатель светлоты увеличивался в среднем на 3 единицы, а глубина поражения соответствовала 0,5 мм или 500 мкм. После 4-минутной экспозиции 37% ортофосфорной кислоты на эмали усредненный показатель светлоты был равен 83 единицам, что соответствует глубине поражения эмали в 1 мм или 1000 мкм. По истечению 6 мин кондиционирования эмали была достигнута эмалево-дентинная граница, где показатель светлоты был в диапазоне 84—84,5 единиц. Показатель насыщенности повышался, тогда как показатель цветового тона (H) понижался по сравнению с исходными данными, но незначительно, что позволило использовать изменения показателя светлоты в качестве объективного критерия оценки степени деминерализации эмали. После проведенного лечения реминерализующими гелями была отмечена стабилизация процесса деминерализации эмали, основанная на показателях ее светлоты, замеренной до и после лечения. После проведения процедуры инфильтрации эмали препаратом Icon показатели светлоты (L) в среднем уменьшались на 2 единицы.

Вывод. Созданная объективная шкала оценки степени (глубины) очаговой деминерализации эмали, основанная на усредненных числовых значениях параметров ее светлоты (L), может использоваться для диагностики кариеса эмали. Спектрофотометрический метод является объективным способом при

дифференциальной диагностике очаговой деминерализации эмали и флюороза. Для стабилизации и уменьшения глубины очаговой деминерализации эмали зубов целесообразно отдавать предпочтение методу инфильтрации кариса.

TEETHING SYNDROME A NEW LOOK AT AN OLD PROBLEM.

Isakhodjaeva H.K., Malikov S.T., Saidrakhmonov S.S.

ANNOTATION. Neonatal records and the time of first deciduous tooth eruption were recorded in 120 infants - aged 5 to 36 months, both sexes. The data were analyzed taking into account biological age and age after conception, or adjusted age, which is gestational age plus chronological age of the infant in the month of first milk tooth eruption. The results showed that, taking into account chronological age, teething in premature infants and very low birth weight infants is significantly delayed.

INTRODUCTION. The time of formation, calcification and eruption of primary teeth, like any biological process, is subject to several individual changes. In preterm infants, this process can be disrupted by malnutrition, exposure to certain drugs and traumatic oral manipulation. The moment of eruption of primary teeth in premature newborns has not been precisely established. Research shows that childbirth is an incentive for teething and that teething times in premature babies are the same as in term babies. Currently, several factors are known to cause premature birth: too young mothers, low socioeconomic levels, intrauterine malnutrition, cardiopathy, Rh incompatibility, antecedent placenta, rubella, diabetes, multiple births, smoking abuse, among others. Premature birth is the most common cause of low birth weight.

MATERIALS AND METHODS. In the present study, we used a sample of 120 healthy children aged 5 to 36 months, both sexes, with at least one erupted tooth, who were under normal care in the pediatric department of the RSNPMC Tashkent, Uzbekistan. Infants were selected from among those who attended the outpatient clinic accompanied by their parents or responsible for them. Data were collected from outpatient records, or medical history. The researcher also examined the babies and spoke with their parents. Infants were cataloged according to gestational age as premature and term infants (according to WHO) 22 and according to birth weight as adequate birth weight (equal to or greater than 2,600 g), low birth weight (less than 2,600 g) ... and very low birth weight (below 1.500 g). For data analysis, biological age, age after conception, or corrected age (gestational age + chronological age of the infant in the month when the first tooth erupted) were also taken into account.

RESULTS AND DISCUSSION. Much effort has been made to expand knowledge of teething, not only the chronology and sequence of teething, but also the reasons that can interfere with teething. The literature suggests that factors such as race, gender, and physical development may affect teething. Since premature birth and low birth weight can affect physical development in general, it is possible that it can also affect dental development. Premature babies are not yet fully developed at birth. Their chronological age does not match their correct biological age. In the present study, the age of preterm infants was adjusted for preterm birth to achieve meaningful

comparisons with term infants. Many authors have suggested that nutritional factors and other complications associated with preterm labor, such as infants requiring continuous mechanical ventilation, contribute to delayed eruption of the first teeth, found no significant correlation between intubation time and delayed eruption.

FINDINGS

1. In accordance with the chronological age of premature babies, there is a delay in the eruption of the first milk tooth in comparison with full-term babies. When the adjusted age was used, there were no significant differences between groups;
2. Given the chronological age, very low birth weight infants (less than 1500 g) showed a significant delay in the eruption of the first deciduous tooth compared to low-birth-weight infants and infants with normal birth weight.
3. No significant correlation was found between the sex of infants and the eruption of the first deciduous tooth when considering chronological age and corrected age.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ

Даминова А.Б. студентка 501, а гр. ффакультета ДС. ТГСИ

Научный руководитель: Хабиров Н.Л., Д.м.н. профессор, заведующий кафедры госпитальной ортопедической стоматологии.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: в настоящее время в мире наблюдается увеличение числа социально значимых неинфекционных заболеваний, в том числе стоматологических заболеваний, что представляет собой значительную проблему для здравоохранения, однако в значительной степени этот рост можно предотвратить за счет мер первичной профилактики. Состояние здоровья полости рта является составной частью общего здоровья и важной составляющей качества жизни человека. По данным ВОЗ, половина мирового населения (3,58 млрд человек) страдают болезнями полости рта, особенно кариесом зубов и пародонтозом. Принципы ведения здорового образа жизни (ЗОЖ) закладываются в молодом возрасте, поэтому очень важно, чтобы именно на этом жизненном этапе проходило обучение и приверженность к ЗОЖ. Особая роль в выполнении этой важной задачи отводится медицинским работникам. Профессиональное образование должно так сформировать личность врача, чтобы он не только пропагандировал здоровый образ жизни, но и сам являлся примером ответственного отношения к своему здоровью. Таким образом, вузы являются важной платформой для проведения обучения ЗОЖ. Предполагается, что студенты медицинских факультетов обладают более обширными знаниями о ЗОЖ по сравнению с немедицинскими специальностями. Однако во многих исследованиях не было продемонстрировано, что эти знания более способствуют ведению ЗОЖ. Принципы своевременной гигиены полости рта и правильного питания среди студентов медицинских факультетов являются еще более важными, так как они в будущем станут врачами, а студенты, игнорирующие необходимость ведения

ЗОЖ, не смогут эффективно стимулировать к этому пациентов, а значит, не смогут обеспечить адекватную профилактику и приверженность пациентов к лечению, что нивелирует многие успехи здравоохранения. Все это обусловило актуальность проведение данного исследования.

Цели: сравнительная оценка уровня знаний гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области их практического применения среди студентов медицинских специальностей в отношении здорового образа жизни и состояния полости рта.

Методы и материалы: анкеты ОНIP-14, SF-36, стоматологические индексы: распространенности и интенсивности кариеса (КПУ), уровня гигиены полости рта по индексу Green J.C., Vermillion J.R. (1964), РМА, СРI, диспансерные карты здоровья.

Результаты: в результате проведенного исследования состояния стоматологического здоровья у 80 % студентов одной возрастной группы, определено снижение уровня гигиены ротовой полости, отмечена тенденция к росту показателей КПУ, РМА и СРI. На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты немедицинских специальностей осуществляют нерегулярную индивидуальную гигиену ротовой полости, а также недостаточно информированы о современных дополнительных предметах и средствах гигиены. Имеют место рост количества вредных привычек (курение), а также низкая мотивация к здоровому образу жизни среди студенческой молодежи. Таким образом, очевидна необходимость разработки и внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний в студенческой среде, которая включает мотивацию здорового образа жизни, исключение вредных привычек, сбалансированное питание с исключением легко ферментируемых углеводов, своевременное лечение зубов, регулярное проведение профессиональной гигиены, обучение рациональной индивидуальной гигиене ротовой полости, а также диспансеризацию. В дальнейшем эти знания используют в практическом здравоохранении и тем самым внесут свой вклад в формирование здоровой нации.

Список литературы:

1. Кобякова О. С. и др. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд на проблему //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18. – №. 4. – С. 92-98.
2. Клемин В. А. и др. Пропедевтика ортодонтии: учебное пособие/Под ред. ВА Клёмина. – 2015.
3. Хабилов Н. Л. и др. Влияние съемных пластиночных протезов на микробиоценоз полости рта //Medicus. – 2016. – Т. 6. – №. 12. – С. 82-5.
4. Ирсалиев Х. И., Нигматов Р. Н., Хабилов Н. Л. Ортопедик стоматология //Тошкент: ILM/ZIYO, 2011.–304 б. – 2006.
5. Салимов О. Р., Хабилов Н. Л., Касымов А. Ш. Микробиология полости рта у больных, страдающих пузырчаткой //Врач-аспирант. – 2009. – Т. 29. – №. 2. – С. 133-139.

6. Хабилов Н. Л., Ирсалиева Ф. Х. Состояние микроциркуляции в тканях пародонта при протезировании искусственными коронками из разных конструкционных материалов //Врач-аспирант. – 2010. – Т. 39. – №. 2.2. – С. 268-274.
7. Хабилов Н. и др. Диоксид циркония-один из современных стоматологических материалов //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 107-110.
8. Хабилов Н., Хабибова Н. РОЛЬ АДГЕЗИВНЫХ МОЛЕКУЛ В РАЗВИТИИ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 3 (76). – С. 32-36.
9. Хабилов Н. и др. Сравнительный анализ биоматериалов, предназначенных для остеозамещения //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 52-56.
10. Хабилов Н., Сафаров М., Дадабаева М. Проблемы зубного протезирования у больных сахарным диабетом //Stomatologiya. – 2016. – Т. 1. – №. 2-3 (63-64). – С. 140-148.
11. Гульмухамедов П., Хабилов Н., Бобоев К. Необходимость генетических исследований в стоматологии //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 3 (68). – С. 91-94.
12. Хабилов Н. Л., Нунова Ш. Н., Нунов Н. Б. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей школьного возраста Бухарской области //Российская стоматология. – 2016. – Т. 9. – №. 1. – С. 60-61.
13. Khabilov N. L. et al. Comparative analysis of biomaterials intended for osteoarthritis //Journal of Medicine Innovations. – 2021. – Т. 1. – С. 72-77.
14. Димитрова А. Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ. – 2015.

IN VITRO ТЕСТИРОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ В УЗБЕКИСТАНЕ

Гулямов Д.Т., Мансуров Ф.Т.

Целью этого исследования invitro было определение противомикробного активность различных зубных паст в отношении некоторых микроорганизмов, а именно Streptococcusmutans ,Lactobacillusrhamnosus и Candidaalbicans. Всего было обследовано пять зубных паст. Для исследования были выбраны зубные пасты Galaxy (А), Лесной бальзам (Б), LavadaseptSplat (В), TourciaNugaBest (Г), Aquafresh (Д).

Антибактериальную активность оценивали по ингибированию зоны методом луночной диффузии в агар. Микроорганизмы культивировали на 15 форм. Диско-диффузионный метод был использован для тестирования противомикробных активности, стерильные бумажные диски были приготовлены из каждого испытуемые материалы (1 г зубной пасты, смешанной с 5 мл воды). Вода служил контролем. Зоны ингибирования вокруг дисков были измерены в мм через 24 часа. Среднее значение и стандартные отклонения рассчитаны зоны ингибирования. Все зубные пасты показали

некоторые ингибирование (зона ингибирования от 0,9 до 2 мм) против *S. mutans* и *L. rhamnosus*, но не против *S. albicans*. Когда по сравнению с контролем (вода) все зубные пасты показали значительное различие ($p < 0,05$) против *S. mutans*, и ни одно из них не отличалось от контроль против *S. albicans*. В случае *L. rhamnosus* только зубные пасты А, Г и Д показали значительную разницу с контролем. Кроме того, ни одна из исследованных в настоящее время зубных паст не показала противомикробное действие на *S. albicans*. Против кариесогенных видов, есть небольшая активность, актуальность которой должна быть в дальнейшем исследованы в естественных условиях. Роль действия зубных паст на микрофлору полости рта необходимо исследовать *in vivo* для клинического применения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИРОВАНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Гулямов Д.Т., Хакимов А.Ш.

Введение. Для диагностировании окклюзионного кариеса были предложены количественная система оценки световой флуоресценции QS-occlusal и Международная система обнаружения и оценки кариеса ICDAS2. Целью данного исследования было сравнить способность QS- occlusal и ICDAS 2 оценить изменения в структуре зуба в окклюзионной поверхности.

Материал и методы. При клинических осмотрах 389 зубов без реставраций и герметиков для фиссур были осмотрены в клинических условиях. Окклюзионную поверхность выбранных моляров делили на 3 отдела: дистальный, центральный, мезиальный. Дистальный отдел включает дистальную ямку, центральный отдел — центральную ямку, а мезиальный отдел — мезиальную ямку. Для оценки кариесного статуса каждый участок оценивали индивидуально с помощью шкал QS- occlusal и ICDAS 2 в соответствии со стандартными протоколами. QLF-изображения очищенной окклюзионной поверхности моляров были получены с помощью устройства QgrayPen (AIOBIO, Южная Корея). Для сохранения одинакового ракурса изображений при съемке использовались W-блоки. Кариозные поражения оценивали и анализировали по изображениям QLF с окклюзионной поверхности зубов. Последовательно проводился сравнительный анализ корреляций между баллами и кариозными поражениями по изображениям.

Результатом исследования стали баллы ISDAS2 0-136, 1-68, 2-370, 3-137, 4-140, 5-153, 6-4 балла-трещины, где при QS- occlusal 0-652, 1- 315, 2-163, 3-35 баллов - трещины. Как представлено ниже, результаты QS – occlusal система оценки показали намного более низкие баллы по сравнению с системой оценки ISDAS-2.

Вывод. Из проведенных исследований можно сделать вывод, что QLF-технологии дают значительно более достоверную информацию о кариозном процессе и QS- occlusal оценочную систему легче использовать в обычной стоматологической практике. Эти преимущества помогают практикующим

стоматологам оценить оценку состояния кариеса жевательной поверхности и составить правильный протокол лечения, а также снизить риск осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОТБЕЛИВАНИЯ СИСТЕМОЙ ДЛЯ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ, СОДЕРЖАЩЕЙ 15% ПЕРОКСИДА ВОДОРОДА С ИЛИ БЕЗ СВЕТОВОЙ АКТИВАЦИИ

Хасанов Э.Т. ассистент кафедры профилактики стоматологических заболеваний

*Даминова Ш.Б. заведующая кафедрой стоматологических заболеваний,
д.м.н., профессор*

Ташкентский государственный стоматологический институт

В этом клиническом исследовании оценивалось влияние световой активации на эффективность отбеливания и безопасность системы для офисного отбеливания, содержащей 15% гель перекиси водорода.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 33 пациента со световой активацией ($n = 17$, экспериментальная группа) и без световой активации ($n = 16$, контрольная группа) с использованием отбеливающего геля Zoom2 (15% H_2O_2 , DiscusDental) в течение всего времени лечения (45 мин). Визуальные и инструментальные измерения цвета были получены с использованием шкалы оттенков VitapanClassical и Shadepilot (DeguDent) при скрининговом тесте, после отбеливания, а также через 1 и 3 месяца после отбеливания. Данные были проанализированы с использованием t-критерия, повторного измерения ANOVA.

Результаты. Белый гель Zoom2 вызывал значительные изменения оттенка как в экспериментальной, так и в контрольной группе, когда оттенок до лечения сравнивали с цветом после отбеливания. Однако разница в оттенках между двумя группами не была статистически значимой ($p > 0,05$). Через 3 мес после отбеливания рецидива оттенка зубов не выявлено. Частота преходящей чувствительности зубов составила 39,4%, при этом различий между двумя группами не было.

Выводы: Применение световой активации с системой белого геля Zoom2 не привело ни к дополнительным эффектам отбеливания, ни к более пагубным последствиям.

Список литературы:

1. Натансон Д. Отбеливание витальных зубов: чувствительность и особенности пульпы. JAmDentAssoc 1997;128 (Приложение):41S-44S.
2. Лук К., Тэм Л., Хьюберт М. Влияние световой энергии на отбеливание зубов перекисью. J AmDentAssoc 2004; 135:194-201.
3. Suyama Y, Otsuki M, Ogisu S, Kishikawa R, Tagami J, Ikeda M, Kurata H, Cho T. Влияние источников света и активируемого видимым светом

фотокатализатора диоксида титана на отбеливание. Дент Матер Дж. 2009; 28:693-699.

4. Нонами Т., Ишибаши К., Исибаши Т., Кондо О. Отбеливание фотокатализатора TiO₂: Часть 1. Изменение цвета и микроструктурные изменения при отбеливании. Jpn J ConservDent 2021; 44:37-43.

5. Эрнандес Дж.М., Гарсия Л.А., Зейферт Б.Х., Гарсия Р., Зерменьо Б.Б., Дель Анхель Т., Куэто А. Синтез и характеристика наночастиц N-TiO₂. Анатаса 2018; 21: 1-5

ИЗМЕНЕНИЕ АНАЛИЗОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Каршиев Шохрух Чориевич

Научный руководитель: профессор Абдуллаев Ш.Ю

Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии

Совершенствование методов лечения больных с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области остается актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии. Практическому врачу чрезвычайно важно иметь объективные критерии оценки активности заболевания и степени вызываемых им изменений в организме больного. Это может сопровождаться изменениями общих и биохимических показателей крови. Выраженность этих изменений зависит от тяжести и распространенности патологического процесса. В доступной литературе мы не встретили работ, касающиеся изменению показателей крови которые позволили бы выяснить наиболее информативные из них для оценки состояния больных с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области. В день поступления общий анализ крови и биохимические исследования проведены у 11 больного (10 мужчин и 1 женщина) с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области (хроническими остеомиелитами верхней челюсти и поражением придаточных пазух носа и решетчатого лабиринта) с давностью заболеваний от 3 до 5 месяцев, в возрасте от 30 до 60 лет. При поступлении после соответствующего обследования пациентам под общим обезболиванием проводили секвестроэктомию с гайморотомией и эндоскопической ревизией решетчатого лабиринта, лобных и основных пазух. Проведены общий и биохимические анализы крови

Анализ полученных данных показал что содержание лейкоцитов у одного больного отмечалось повышение до $10.07 \cdot 10^9/\text{л}$, а содержание палочкоядерных нейтрофилов было увеличена до 21%, у двух больных было отмечено повышения сегментоядерных нейтрофилов от 78-80%, концентрация моноцитов было снижена у одного больного до 1%. У трёх больных наблюдался снижение содержания лимфоцитов до 13%, что свидетельствуют о наличии воспалительного процесса в организме. Концентрация гемоглобина

были снижены до 102 г/л, которая означает подавление функции синтеза гемоглобина. При изучение гематокрита наблюдался снижение его содержания от 30 до 36.52%. При дальнейших изучениях показателей крови у четырёх больных было отмечено повышение концентрации тромбоцитов от 343 до $498 \cdot 10^9/\text{л}$, что является признаком наличия воспалительного процесса, а у одного больного было отмечено снижения до $114 \cdot 10^9/\text{л}$, которая свидетельствует о поражение печени сопровождающиеся снижением синтеза фибриногена и нарушением коагуляционной системы.

Отмечено увеличение скорости оседания эритроцитов у пяти больных от 12 до 23 мм/ч.

При исследовании биохимических показателей крови у семи больных отмечено увеличения содержания сахара в крови от 9.9 до 26.6 ммоль/л. У одного больного впервые постковидном периоде было обнаружена стойкое повышение содержания сахара крови в пределах от 9.9 до 14.4 ммоль/л. При исследовании печёночных ферментов у двух больных было отмечено содержания аспартатаминотрансферазы от 36.8 до 49.5 U/L, которая свидетельствует о поражении сердечной мышцы, у одного больного было отмечено повышения концентрации общего билирубина до 20.6 мкмоль/л, что свидетельствует о влияния воспалительного процесса на ферментативную функцию печени у обследованного больного. При исследовании концентрации креатинина у одного больного наблюдался незначительное повышение концентрации его до 98.0 мкмоль/л.

При исследовании показателей коагулограммы было отмечено повышение А.Ч.Т.В (активированное частичное тромбопластиновое время) от 42.4 до 44.3 сек у двух больных и у одного больного наблюдался повышение МНО (международное нормализованное отношения) до 1.58 характеризующие нарушений внутренних и внешних путей свертываемости крови.

У всех исследованных больных со стороны иммуноферментных анализов и анализов на экспресс-тест на ВИЧ и реакция Вассермана изменения не наблюдались.

Таким образом у больных с хроническим постковидным остеомиелитом и поражением придаточных пазух носа наблюдался повышения уровня палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов, тромбоцитов, СОЭ, сахара, АСТ, общего билирубина, креатинина, А.Ч.Т.В. и МНО, при этом было отмечено снижение концентрации лимфоцитов, моноцитов, гемоглобина, гематокрита и фибриногена. Эти обстоятельства имеет важное практическое значения для разработки своевременного определения тяжести состояния больных более эффективной патогенетически обоснованной комплексной терапии, а также для определения тяжести течения и прогноза заболевания.

Литература

1. Болдырова М.Н. Вирус SARS-CoV-2и другие эпидемические коронавирусы: патогенетические и генетические факторы развития инфекций. Иммунология. 2020; 41 (3):197-205.
2. Гайнитдинова В.В., Авдеев С.Н., Мержоева З.М., Берикханов З.Г.-М.,

Медведева И.В. Опыт применения N-ацетилцистеина в комплексном лечении среднетяжелов COVID-ассоциированной пневмонии. Пульмонология. 2021; 31 (1): 21-29.

3. Махмутова В.Р., Гембицкая Т.Е., Черменский А.Г., Титова О.Н. Анализ случаев COVID-19 у взрослых больных муковисцидозом в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Пульмонология. 2021;31 (2): 189-196.

4. Мещеряков Н.Н., Белевский А.С., Кулешов А.В. Легочная реабилитация пациентов, перенесших короновирусную инфекцию COVID-19 (клинические примеры). Пульмонология 2020; 30 (5): 715-722.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ СУКАЧЕВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Досматов Исломбек

Научный руководитель: **Боймуродов Шухрат Абдужалилович**, д.м.н.

Ташкентская медицинская академия, отделение пластической хирургии,
Узбекистан

Актуальность: Прогения является одним из наиболее тяжелых форм деформаций лица, характеризующаяся увеличением нижней челюсти с выступанием подбородка и нарушением прикуса. Тем самым наблюдается функциональные и морфологические нарушения нижней челюсти и больные сталкиваются с серьезными нарушениями в работе челюстного аппарата. Особенно это встречается у людей молодого возраста [1]. По разновидности различают ложную прогению и истинную прогению[3]. При истинной прогении увеличения нижней челюсти обусловлено ее чрезмерным развитием. При ложной прогении размеры нижней челюсти нормальные и аномалия возникает за счет недоразвития верхней челюсти.

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения метод Сукачева при деформации нижней челюсти.

Материалы и методы: В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии г.Ташкента, в отделении пластической хирургии под нашим наблюдением находились 30 больных с прогенией. Из них 15 были с истинной прогенией и также 15 больных с ложной прогенией. В период с сентября 2021 года до марта 2022 года. С целью излечения всем больным был проведен Оперативный метод Сукачева двухсторонняя вертикальная остеотомия. Предварительно на пациента был установлен брэкит. Под эндотрпхкальным наркозом через нос производится кожный разрез 4-5см от угла нижней челюсти 2 см, рассекаются мягкие ткани и производится остеотомия от полулунной вырезки до нижнего края угла нижней челюсти, устанавливается средний фрагмент в правильном положении. После проводится декортикация с наружной стороны большого фрагмента и с внутреннеймалого фрагмента по толщине наслоения фрагментов. Фиксацию фрагментов осуществляют с помощью двух имплантов и шурупами и межчелюстной тягой, и резиновыми шинами.

Результаты и обсуждения: в после операционном периоде мы общались с больными и у которых были такие симптомы как онемения губ, дрожание губ, боль, отеки, мы консультировались с невропатологом и были проведены различные физиотерапии, после которых вышеперечисленные симптомы отсутствовали.

Заключение: Оперативное лечение было успешно проведено и был достигнут эстетический, косметический результат, и больные тоже были довольные с результатом. И можно считать, что оперативный метод Сукачева двухсторонняя вертикальная остеотомии действительно эффективен по сей день.

Литература:

1. Тулеуов А. Т., Айдаров Г. Ж., Мусатов В. В. Опыт лечения истинной прогении в условиях отделения ЧЛХ ВКГ МО РК //Наука о жизни и здоровье. – 2014. – №. 2. – С. 116-120.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области: 3-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицинская литература, 1999. — 456 с.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей / под ред. Н. М. Александрова: 2-е изд., перераб. и доп.—Л.: Медицина, 1985. 448 с.
4. Сукачев В. А. Атлас реконструктивных операций на челюстях. — М.: Медицина, 1984. 120 с.

ПЕРЕЛОМЫ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Рузиев Шахбоз Алишерович, Клинический ординатор 1 курса Кафедры заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии

Научный руководитель: профессор Абдуллаев Ш.Ю, кафедра заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Высокий удельный вес возникающих серьезных осложнений в виде деформаций лица и челюстей, а также развитие анкилозов височно-нижнечелюстного сустава обуславливает актуальность проблемы лечения высоких переломов нижней челюсти.

Особое место занимают высокие и внутрисуставные переломы с вывихом или раздроблением головки нижней челюсти в связи возникновении сложного комплекса патологических изменений во всех тканях ВНЧС, тяжелых нарушений функции нижней челюсти и эстетики лица.

Мыщелковое возвышение часто поражается при переломах челюстно-лицевого комплекса, составляя 20-35% переломов нижней челюсти. Его частота и характер переломов зависят от различных причин, при этом наиболее часто встречаются дорожно-транспортные происшествия (45%), езда на велосипеде (17,61%), физическая агрессия (20,12%) и падения (17,27%)

Цель исследования: обоснование критериев установления диагноза и лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти, в зависимости от возраста и осложнений.

Материалы и методы: Для проведения исследования были использованы данные пациентов (246 пациентов с различными травмами ЧЛО, 30,8% из них (76) с диагнозом перелом мышечного отростка) кафедры челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института.

Результаты. В клинике челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института в период с 2019 по 2023 год выполнено 93 операции у больных с переломами МО нижней челюсти. Показанием к хирургическому лечению являлись переломы со смещением отломков, вывихом суставной головки, высокие оскольчатые и внутрисуставные переломы.

Результаты хирургического лечения у больных с переломами МО нижней челюсти с применением минипластин, показало удовлетворительные результаты в отдаленные сроки наблюдения у более 90% больных.

Максимальное число осложнений (40,5%) отмечалось у больных лечившихся традиционным методом – с использованием проволочных лигатур.

Исходя из выше изложенного поиск и разработка новых щадящих методов лечения, которые уже ведутся, является актуальной проблемой.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В ПРИАРАЛЬЯ

Махкамова М.М. студентка 2 курса стоматологического факультета КМИ

Научный руководитель: **Муратбаев А.Б.** ассистент кафедры стоматологии

Каракалпакский медицинский институт, Узбекистан

ВРГН - порок развития, который возникает из-за нарушения морфогенеза плода вследствие воздействия на него различных экзогенных и эндогенных факторов на раннем этапе развития - 4-7-9 недель. Это и определяет взаимосвязь многочисленных клинических проявлений со стороны органов средней зоны лица, что, как известно, не всегда устранимо при первичной операции верхней губы и неба и наряду с возможностью развития послеоперационных деформаций и дефектов ограничивает возможность использования некоторых элементов первичного лечения [1, 2, 6].

Находясь на границе соприкосновения с внешней средой, эмаль все время подвергается сильному воздействию разнообразных факторов. Сохранение ее свойств и структуры возможно лишь в условиях удержания постоянного динамического равновесия эмали со слюной в результате физико-химического обмена ее компонентов с этой биологической жидкостью, что убедительно доказано опытами с радиоактивными изотопами. Поддержание такого равновесия происходит в результате двух процессов, растворимости эмали и ее минерализации. В нормальных условиях эти два разнонаправленных и

диалектически связанных процесса обуславливают постоянное динамическое равновесие эмали зубов с омывающей их средой - слюной [3, 4, 7].

В естественных условиях имеет место как процесс деминерализации или растворимости, так и процесс реминерализации. При этом различные ингредиенты эмали, особенно минеральные компоненты, переходят в слюну, а их место занимают поступающие из слюны кальций, фосфор и другие химические элементы. Постоянное поддержание этого равновесия при прочих равных условиях биологической среды организма и обеспечивают резистентности эмали к внешним раздражающим действиям, в том числе и кариесоустойчивость зуба. Таким образом, процессы ре- и деминерализации обеспечивают непрерывное обновление минеральных компонентов эмали зубов, главным образом, ее поверхностного слоя. С этим связано изменение некоторых свойств эмали в зависимости от состава слюны, особенностей минерального обмена в организме, факторов питания. С другой стороны, это обстоятельство открывает перспективу направленного воздействия на эмаль зубов с целью профилактики и лечения патологических процессов в ней [1, 6].

Проблема профилактики кариеса зубов тесно связана с проблемой формирования полноценной эмали. В этом отношении важным является период закладки и созревания зуба в полости рта после его прорезывания. Созревание эмали зубов - термин, широко распространённый в зарубежной литературе и меньше - в отечественной. [2, 4].

Под созреванием эмали подразумевается увеличение содержания кальция, фосфора, фтора и других компонентов и совершенствование структуры эмали в ближайшее время после прорезывания зуба [5, 8, 9].

Если все вышеизложенное рассматривать через призму врожденного порока развития лица и челюстей, особенно процесс созревания зуба в полости рта после его прорезывания, то в доступной литературе данных о таких исследованиях мы не нашли. Основываясь на этом решили изучить стоматологический статус детей с ВРГН. В связи с этим нами поставлено следующая задача: «Изучить взаимосвязь развития кариесогенной ситуации от форм ВРГН и динамику ее изменения после хейлопластики».

В основу работы положены результаты комплексного обследования и лечения 203 больного с врожденной одно- и двусторонней расщелиной верхней губы и неба, и с изолированной расщелиной губы и неба. По возрасту больные были распределены следующим образом: от 3 до 12 лет 191 детей, от 13-15 лет - 8 и от 16 и более 4 человека. Все пациенты находились на амбулаторном динамическом наблюдении при стоматологической поликлинике КМИ.

Для изучения стоматологического статуса были использованы следующие методы:

1. Определение гигиенического индекса (ГИ)
2. Определение папиллярио-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)
3. Определение интенсивности кариеса зубов - кп, КПУ+кп, КПУ
4. Определение кальция и фосфора в смешанной слюне

5. Определение содержания кальция и неорганического фосфора в биоптате эмали.

Контрольную группу составили данные 30 соматически здоровых детей показатели, которых совпадали с данными О.С. Йулдашхановой (1996).

На основании обследования стоматологического статуса у 120 пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба нами было выявлено, что распространенность кариеса равна $91,5 \pm 0,1\%$, то есть значительно чаще, чем у практически здоровых детей. В контрольной группе распространенность кариеса составила $86,3 \pm 0,12\%$.

У детей с ВРГН интенсивность поражения зубов кариесом в среднем составляет $4,05 \pm 0,85$, что резко отличается от показателей контроля ($1,95 \pm 0,12$), от первой ($1,95 \pm 0,2$) и второй групп ($2,82 \pm 0,6$). У детей третьей и четвертой группы данные показателей практически не отличаются ($4,05 \pm 0,4$ и $4,05 \pm 0,85$ соответственно), что объясняется однотипностью анатомических нарушений, отличие которых заключается только в объеме поражения.

При плохом и очень плохом гигиеническом состоянии полости рта показатель РМА значительно возрастает во всех группах обследованных больных детей с ВРГН. Так, если при хорошем гигиеническом состоянии РМА равнялся $15,2 \pm 1,1\%$, то при удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта значение РМА возросло до $19,7 \pm 1,2\%$, а при неудовлетворительном состоянии соответственно составляло $25,6 \pm 2,4\%$.

Полученные данные еще раз свидетельствуют о необходимости раннего восстановления анатомо-функциональной целостности верхней губы и герметичности полости рта в целом. Это обеспечит равномерного обмывания эмали всех зубов слюной, следовательно, способствует своевременному подключению местных защитных противокариозных механизмов.

Выявлено, что дети с ВРГН, особенно дети с отдалённых регионов республики, не придерживаются и не знают правил ухода за полостью рта. Эти данные свидетельствуют о плохой организации профилактической стоматологической помощи детям с ВРГН в рамках их диспансерного наблюдения.

У детей с ВРГН до хейлопластики создаётся повышенная кариесогенная ситуация за счёт загрязнения слюны содержимым носовой полости и неочищенным воздухом, значительным уменьшением содержания Са при резком увеличении количества цинка в элементном составе зуба и ухудшением гигиенического статуса полости рта. Все эти изменения находятся в прямой зависимости от тяжести порока и срока оперативного лечения.

Детские стоматологи, учитывая, что у детей с ВРГН создаётся повышенная кариесогенная ситуация в полости рта должны чаще (3- 4 раза в год) санировать их. Особенно в период ношения ортодонтических аппаратов. С применением современных средств гигиены и профилактики кариеса обучая детей и их родителей правилам гигиены.

Использованная литература

1. Боровая МЛ. Профилактика кариеса зубов у детей дошкольного возраста с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. к.м.и. — Мииск,2000.-18с.
2. Гаврилова О.А. Стоматологический статус и особенности гомеостаза полости рта у пациентов с ВРГН. // Стоматологические заболевания у детей: эпидемиология, профилактика, лечение. Сб. научных трудов.- М., 2000.-С.53-60.
3. Йулдашханова А.С., Даминова Ш.Б. Эффективность применения электроактивированных растворов у кариесрезистентных и кариесвосприимчивых детей // Российский стоматологический журнал. - 2002. - №5. - С.31-34.
4. Йулдашханова А.С., Султанова Г.С. Прогнозирование, профилактика и лечение кариеса зубов у детей // Российский стоматологический журнал. - 2002. - № 4. - С.34-36.
5. Махкамов М.Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба: Дис. ... д-ра. мед.наук.- М., 2002. 197 с.
6. Морозова Л.В., Васманова Е.В., Ломагин В.В., Хроменкова К.В. Особенности подходов к индивидуальной профилактике стоматологических заболеваний у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. -2002.- №3-4.-С.82-84.
7. Набатова Т. А. Роль стоматологического просвещения родителей в профилактике кариеса зубов у детей : Дисс. к.м.н. М, 2000.-118 с.
8. Ahluwalia M., S.R. Brailsford, E. Tarelli, S.C. Gilbert, D.T. dark, D. Beigston Dental caries, Oral Hygiene, and oral clirence in children with craniofacial disorders // J. Dent Res 83(2) 2004.-P.175-179.
9. Bastos Lagcs E. M., Marocs B., Pordeus I.A. Oral Health of Individuals With Clcfl Lip, Cleft Palate, or Both // Cleft Palate Craniofac J. 2004.-V.41.-P.59-63.

ИНДЕКС ХЕЛКИМО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Абдуллаева М. студентка 506группы стом фак. ТГСИ

Научный руководитель: профессор Якубов Р.К. кафедра детской челюстно-лицевой хирургии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность В настоящее время отмечается рост количества больных с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава. Патология в форме дисфункции с болевым синдромом ВНЧС является многофакторным комплексным расстройством, этиология которого связана с эмоциональным напряжением, потерей зубов, окклюзионными нарушениями, дисфункцией жевательных мышц, нарушением осанки, внутренними и внешними изменениями в структуре ВНЧС и различными сочетаниями этих факторов

Цель исследования состояла в том, чтобы оценить распространенность височно-нижнечелюстного расстройства (ВНЧС) с использованием индекса Хелкимо (анамнестический [Ai] и компонент клинической дисфункции [Di]) среди пациентов с болевым синдромом мышечно-суставной дисфункцией

Материалы и методы; Нами были обследованы 12 пациентов с болевым синдромом мышечно-суставной дисфункцией. Были оценены на наличие ВНЧС с использованием индекса Хелкимо (компоненты Ai и Di). Проведен описательный статистический анализ. Предварительно всем больным была проведена мультисрезовая компьютерная томография.

Результаты и обсуждение; Среди исследуемой группы у 12 были обнаружены ДВНЧС. Из обследованных пациентов у 10 женщин и 2

мужчин были симптомы. Из имеющихся признаков и симптомов у 7% студентов был обнаружен звук в височно-нижнечелюстном суставе, сопровождаемый болью у 3% и усталостью у 2% студентов. При клиническом осмотре у 8 больных было обнаружено ограниченное открывание рта, у 3 - наблюдалось запираение нижней челюсти, у 10 - девиация челюсти, у 3 - ригидность нижней челюсти. «Щелканье» отмечалось на стороне противоположной болезненной. Патологические изменения в виде деформации прикуса, латерогнатии отмечались у всех обследованных пациентов.

Заключение Подводя итог, можно сказать, что индекс Helkimo является обоснованным показателем для оценки ВНЧС в определенной популяции. Признаки и симптомы ВНЧС присутствовали у всех, При этом у 10 больных была диагностирована в той или иной степени гипоплазия нижней челюсти с структурными элементами ВНЧС, сопровождающиеся зубоальвеолярной деформацией .

**ТОЧНОСТЬ ВНУТРИРОТОВОЙ НАВИГАЦИИ В РЕАЛЬНОМ
ВРЕМЕНИ
ПО СРАВНЕНИЮ СО СТАТИЧЕСКИМ ПИЛОТНЫМ ПРОЕКТОМ,
СОЗДАННЫМ С ПОМОЩЬЮ САД/САМ НАПРАВЛЯЮЩИЕ ДЛЯ
СВЕРЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ:
ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO**

*Норчаева Мастура Дилмурод кизи, студент магистратуры 1 года
обучения, кафедры «Челюстно-лицевая хирургия»*

*Научный руководитель: Мукимов Одилжон Ахмаджонович PhD, к.м.н,
старший преподаватель кафедры «Хирургической стоматологии
и дентальной имплантологии»*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность темы: На сегодняшний день лечение больных с вторичной частичной адентией и дефектами челюстей позиционируется как один из актуальной проблемой функциональной стоматологии. Внутрикостные

имплантаты стали неотъемлемой частью стоматологии и значительно расширили спектр ортопедических возможностей.

В области имплантологии компьютерная хирургия стала популярным методом. Динамическая навигация визуализирует взаимосвязь между сверлами и важнейшими анатомическими структурами и отслеживает направление и глубину установки имплантатов в режиме реального времени во время операции. Это имеет различные преимущества, такие как снижение риска хирургического вмешательства и облегчение операции. Недавний метаанализ пришел к выводу, что платформа, вершина и угловое отклонение динамической навигации составляют 1,02 мм, 1,33 мм и 3,59°, что клинически приемлемо по сравнению со статической навигацией. Однако доказательств немедленной установки имплантатов с помощью динамической навигации по-прежнему мало. Немедленная установка имплантата пользуется все большим спросом из-за его очевидных преимуществ: сокращение времени лечения, меньшая хирургическая травма и отличные результаты лечения, использование динамической навигации облегчает начинающим клиницистам достижение точности, аналогичной точности опытных клиницистов. Кроме того, исследование на фантомах челюстей сравнило точность динамической навигации и навигации от руки, и результаты показали, что техника навигации значительно повысила точность.

Более того, первичная стабильность является еще одним ключевым элементом для успеха имплантации. Недостаток первичной стабильности может вызвать микродвижение имплантата, отрицательно повлиять на остеоинтеграцию, привести к фиброзной инкапсуляции и даже переимплантиту. Однако динамическая навигация является идеальным методом для управления углом и глубиной.

Таким образом совершенствование методов лечения дентальной имплантации на основе компьютерного ассистента является в настоящее время важной практической задачей.

Цель и задачи исследования.

Повысить эффективность конечного результата хирургического этапа дентальной имплантации путем внедрения статических компьютер-ассистированных навигаций.

Методы исследования:

1. Рентгенологический (КЛКТ, математический);
2. Фотопротокол;
3. Статистический.

Научная новизна исследования:

1. Доказана эффективность применения трехмерного компьютерного моделирования и изготовления индивидуального хирургического шаблона для планирования и лечения с применением дентальных имплантатов.

2. Впервые адаптированы инженерные программные продукты для проведения предоперационных математических расчетов в соответствии с принципами обратного планирования.

3. Впервые применен статический компьютер-ассистированный подход к планированию и проведению операции дентальной имплантации, позволяющий повышению точности установки имплантатов в хирургическом этапе.

Выводы.

Использование компьютерных навигационных технологий может способствовать значительному повышению качества. Предоперационное планирование осуществляется точно, а интраоперационная безопасность повышается, поскольку можно избежать повреждения нервов или соседних зубов.

ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦА ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

Мизомов Л. С., магистр 2-курса “Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии”

Научный руководитель: Азимов А. М., д.м.н кафедры “Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии”,

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Анализ литературы показал, что в диагностике и лечении одонтогенных воспалительных заболеваний за последние 10 лет достигнуты определенные успехи. Значительное число исследований направлено на изучение биохимических и иммунологических сдвигов, имеющих диагностическое значение, а также позволяющих прогнозировать течение одонтогенной инфекции и планировать лечение. Но вместе с этим недостаточно внимания удалено применению таких неинвазивных, абсолютно безвредных и информативных методов как термовизиография, Термография является достаточно информативным диагностическим методом при острых и обострении хронических воспалительных процессов мягких тканей и костей лица. Необходимо отметить, что диагностическая ценность этого метода в выявлении одонтогенных гайморитов и воспалительных заболеваний костей лица, заключается в том, что он позволяет определить наличие патологического процесса уже в начальных стадиях развития воспалительных изменений, тогда как проведенное параллельно рентгенологическое обследование может дать еще негативный ответ.

Цель исследования - изучить термографическую картину острого одонтогенного остеомиелита челюстей у взрослых больных.

Материалы и методы. Тепловизионное исследование применено нами в комплексном обследовании 7 взрослых больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюстей. Дистанционное термографические исследования осуществляли на термографе Hikvision DS-2TP21B-6AVF/W. Площадь комнаты для проведения исследований была 30 м², в комнате поддерживался оптимальный температурный режим 21-23°C и влажность 40-70%, двери и окна экранировались, исключалась возможность сквозняков и

дополнительных источников ПК излучения. Постоянство температурного режима поддерживалось с помощью кондиционера.

С целью адаптации больного и исследуемой области до начала исследований обнажали шею, снималась повязкой, удалялись дренажи. После 5-10 мин. пребывания в помещении больного усаживали на стоматологическое кресло в удобном положении, позволяющем расслабить мышцы. Любое беспокойное поведение больного может отразиться на качестве термограмм.

Для получения термограмм подчелюстной области и передней поверхности шеи исследование проводилось с запрокинутой назад головой. Поворотом головы влево и вправо проводилась термография в боковых проекциях. Необходимое положение головы удерживалось подголовником кресла.

Результаты и обсуждение. При остром остеомиелите зона повышенного инфракрасного излучения зависела от степени распространенности патологического процесса и его локализации.

При остеомиелите нижней челюсти термографическая картина также была представлена появлением зоны повышенной температурной активности. Площадь ее зависела от распространенности воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях. При остеомиелите нижней челюсти осложненной флегмоной в околочелюстных тканях зона повышенной температурной активности была более различной.

Разница температуры между патологическим очагом и симметричным участком в среднем равнялась $1,9 \pm 0,5^\circ\text{C}$. Площадь, и интенсивность тепловой радиации определялись распространенностью и локализацией воспалительного процесса. Высокий перепад температуры наблюдали при локализации патологического процесса на наружной поверхности челюсти в развитии абсцессов и флегмон в подчелюстной, щечной, околоушно-жевательной областях. У больных остеомиелитом с одонтогенными флегмонами даже при локализации гнойного очага в одной анатомической области на термограммах наблюдали обширную зону тепловой радиации.

Выводы. Инфракрасная термография может быть использована для диагностики, дифференциальной диагностики и прогностических исследований при различных заболеваниях челюстно-лицевой области. При остеомиелите с разлитыми флегмонах наблюдается зону резко повышенной тепловой радиации над несколькими анатомическими пространствами. Температурный перепад над гнойным очагом и симметричной здоровой стороной лица составлял до $2,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$. Инфракрасная термография является надежным, высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом. В подострой стадии остеомиелита на термограммах, проведенных через 10-12 дней после вскрытия околочелюстных гнойников, можно наблюдать в динамике уменьшение площади и интенсивности инфракрасного излучения, и судить о выздоровлении.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА. ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИРОТОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ.

*Нурмухамедова Зилолахон Сайфиддинхўжа қизи, студент магистратуры 1
года обучения, кафедры «Челюстно-лицевая хирургия»*

*Научный руководитель: **Файзиев Б.Р.**, к.м.н. кафедры Челюстно-лицевой
хирургии*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан
Актуальность.

Травматическое повреждение челюстно-лицевой области относится к числу наиболее распространенных травм с тенденцией к постоянному росту. По данным мировой литературы пациенты с переломами мышцелкового отростка составляют 10-40% от общего количества пациентов с переломами нижней челюсти. Такие травмы ограничивают работоспособность пациентов, снижают качество жизни, изменяют психику и поведение людей. Важное значение имеют функциональные нарушения, возникающие вследствие травм челюстно-лицевой области (ЧЛО). Основными причинами травматических переломов мышцелкового отростка нижней челюсти являются: бытовая травма, спортивная травма, дорожно-транспортные происшествия, нападения криминального характера.

Цель и задачи исследования.

Множество исследований направлено на изучение методов лечения переломов нижней челюсти. Главным принципом лечения является восстановление анатомической формы костей, возобновление функций мышц и обеспечение правильного соотношения зубных линий. От выбранного метода остеосинтеза зависит срок лечения, продолжительность и протекание реабилитационно-восстановительного периода, что существенно отражается на психологическом здоровье пациента.

Целью исследования является совершенствование лечения пациентов с переломами мышцелкового отростка нижней челюсти с применением усовершенствованных хирургических доступов.

Существуют два основных вида лечения переломов мышцелкового отростка нижней челюсти - консервативный и хирургический, которые применяются как изолированно, так и в различных комбинациях. Однако консервативные методы лечения далеко не всегда позволяют достичь правильной репозиции и консолидации фрагментов, а это, в свою очередь, ведёт к изменениям анатомической формы нижней челюсти, нарушению прикуса, что в дальнейшем, как правило становится причиной возникновения посттравматических внутренних нарушений ВНЧС. Следует отметить, что нарушение функции ВНЧС, может развиваться как в поврежденном, так и в неповрежденном суставе даже в случае одностороннего перелома мышцелкового отростка нижней челюсти.

Материалы и методы исследования.

Успехи хирургического лечения переломов мышцелкового отростка во многом зависят от рационального оперативного доступа к зоне перелома. Традиционным оперативным доступом при проведении остеосинтеза мышцелкового отростка нижней челюсти является поднижнечелюстной разрез, окаймляющий угол челюсти. Такой метод хирургического доступа совершенный и имеют немалое количество осложнений, длительные сроки реабилитации пациентов, а также необходимо отметить, что в результате такого подхода неизбежны эстетические нарушения на лице, которые являются причиной нарушения психики и социальной адаптации населения.

Результаты и обсуждения.

Применение лечения переломов нижней челюсти методом остеосинтеза внутри ротовым доступом позволяет сохранить целостность жевательной и крыловидной мышц и исключить повреждение лицевого нерва, снижает риск развития: остеомиелита, так как рана не сообщается с внешней средой; кровотечений, так как не происходит повреждение артерий и вен, проходящих в подчелюстной области. Оперативное лечение переломов нижней челюсти остеосинтезом внутри ротовым доступом сокращает срок функциональной и эстетической реабилитации пациентов, способствует скорейшему восстановлению трудоспособности после перенесенного лечения и позволяет решить социально-экономическую проблему.

Заключение.

Таким образом, применение методики внутриротового остеосинтеза мышцелковых отростков нижней челюсти позволило снизить травматизацию мягких тканей и мышечного аппарата, в результате чего происходит сокращение сроков реабилитации, скорейшее восстановление, максимальной ширины открывания рта и движений нижней челюсти у пациентов с переломами мышцелковых отростков нижней челюсти.

Применение внутриротового доступа при остеосинтезе исключает вероятность образования послеоперационных рубцов и эстетических деформаций а лице, способствует предупреждению механических повреждений ветвей лицевого нерва и как следствие развитие транзиторных невротических в результате проводимого оперативного вмешательства.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

*Абдурахмонов М.А Магистр кафедры Детская Терапевтической
Стоматологии*

Олимжорова Г.Г студент 206-А Дет.стом.фак ТГСИ

*Научный руководитель: Икрамов Г.А., доцент кафедры Детской
Хирургической Стоматологии*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан
Цель исследования. повышение эффективности лечения заболеваний
слизистой оболочки рта у пациентов с Covid-19.

Материалы и методы. Основан на литературных данных, анализе клинико-лабораторных результатов, обосновании выбора антисептических средств при оказании стоматологической помощи пациентам с Covid-19.. Проводились клинические и лабораторные, социологические исследования в процессе выполнения диссертационной работы. Статистическая обработка была осуществлена с помощью современных математических информационных программ

Результаты и обсуждения. Инфекционные болезни на протяжении многих столетий были и остаются наиболее опасными болезнями человеческого организма из-за их способности вовлечь в процесс большое число здоровых людей в течение короткого периода времени. Пандемии поражали цивилизации на протяжении всей истории человечества, причем самая ранняя известная вспышка произошла в 430 году до нашей эры. Так за всю историю человечества были следующие пандемии: Юстинианова чума (541-542 гг. нашей эры), Черная смерть или Бубонная чума (1346 - 1353 гг.), Оспа (XV-XVII века), Холера (1817-1823 гг.), Испанский грипп (1918-1919 гг.), Гонконгский грипп, или H3N2 (1968-1970 гг.), ВИЧ/СПИД (с 1981 года по настоящее время), Атипичная пневмония (2002-2003 гг.), Свиной грипп, или H1N1 (2009-2010 гг.), Эбола (2014-2016 гг.), Коронавирус, или COVID-19 (2019 год -настоящее время).

Тяжелый острый респираторный синдром (SARS) — это вирусное респираторное заболевание, вызванное коронавирусом, называемым SARS-ассоциированным коронавирусом (SARS-CoV) (Wong G et al., 2020). Впервые атипичная пневмония была зарегистрирована в Азии в феврале 2003 года (Machhi J et al., 2020). Болезнь распространилась в более чем два десятка стран Северной Америки, Южной Америки, Европы и Азии до того, как была сдержана глобальная вспышка атипичной пневмонии 2003 года (Kim D et al., 2020) SARS-CoV-2- вид вируса, состоящий из многих известных штаммов, связанных с коронавирусом ТОРС (SARS-CoV-1), которые обладают способностью заражать как людей, так и многих животных. Обладает относительно высокой устойчивостью в окружающей среде (Machhi J et al., 2020). К настоящему времени по данным ВОЗ больные атипичной пневмонией зарегистрированы в 28 странах мира (Zhou H et al., 2021).

Коронавирусная инфекция (COVID -19) представляет собой серьезную и угрозу для здоровья всего человечества. По состоянию на 10 мая 2022 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила о 6 272 439 случаев смертей от COVID-19 во всем мире. Механизм, связанный с распространением вируса и его взаимодействием с другими микроорганизмами в легких, до сих пор полностью не изучен (Kurtis F. Buddenetal., 2017). Вирус по структуре- крупная сферическая частица с луковичными поверхностными проекциями, образующие корону вокруг частицы на электронных микроснимках (Hui M., 2020). Основным резервуаром для коронавирусов (SARS-CoV-1 и SARS-CoV-2) являются летучие мыши (Lam T.T et al., 2020).

Микробиом полости рта является уникальной экосистемой, он включает бактерии, грибы, вирусы и археи (HaoXuetal., 2020). Состав микробиоты имеет большое значение в этиологии множества заболеваний полости рта. При этом необходимо учитывать тот факт, что происходит ассоциативное воздействие на органы и ткани полости рта нескольких представителей микрофлоры. Многие из них являются маркерами развития и утяжеления заболеваний СОР (HaoXuetal., 2020).

Заключение. По результатам комплексного стоматологического обследования пациентов с SARS-CoV-2 средней степени тяжести заболевания у 45,2±1,5% выявлены нетипичные болевыми синдромами в области интактных зубов. эрозивно-язвенные и афтозные элементы поражения у 47,4±2,4% и 28,0±1,8% соответственно, некротические поражения у 24,7±1,4%. Достоверные различия при $p < 0,05$. Симптом ксеростомии отмечался 70,48±3,7% пациентов, во многом это провоцировало затруднения глотания (у 42,86±2,1% пациентов).

Анализ использования лечебно-профилактических средств показал, что наиболее эффективным антисептическим средством при заболеваниях слизистой оболочки рта у пациентов с SARS-CoV-2 с наличием сочетанной инфекции полости рта является 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата.

МЕТОДЫ МОДИФИКАЦИИ ФЕНОТИПА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОКОЛОИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ КРАЕВОЙ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ

*Мирхусанова Р.С., базовый докторант кафедры госпитальной
ортопедической стоматологии ТГСИ*

*Научный руководитель: Шомуродов К.Э., заведующий кафедрой
челюстно-лицевой хирургии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Наряду с широко изученным значением объема костной ткани в зоне имплантации, критическая роль мягких тканей в эстетике и функционировании имплантатов также была в центре значительных дискуссий в последнее десятилетие. Также многочисленные методы модификации фенотипа мягких тканей вокруг имплантатов имеют свои особенности, характеризуются различными отдалёнными результатами.

Цель исследования. Анализ данных научной литературы и клинических исследований, посвящённых изучению фенотипов мягких тканей вокруг дентальных имплантатов и методов их модификации.

Материалы и методы. Научные публикации отечественных и зарубежных авторов, посвященные исследованию различных методов модификации фенотипа десны вокруг дентальных имплантатов и зависимости краевой костной резорбции от параметров мягких тканей.

Результаты и обсуждение. Согласно исследованиям большинства авторов, наличие по крайней мере 2 мм прикрепленной кератинизированной

десны (ПКД) действует как защитный фактор от периимплантных заболеваний. Кроме того, отсутствие ПКД вокруг дентальных имплантатов также было связано со снижением эстетической удовлетворенности пациента, что подчеркивает важность компонента мягких тканей для эстетики дентальных имплантатов.

Толщина слизистой оболочки (ТСО) также играет важную роль не только в эстетических результатах, но и в состоянии после имплантации. Данный показатель имеет основополагающее значение для предотвращения рецессии слизистой оболочки. Систематический обзор показал, что ТСО может также способствовать большей стабильности межпроксимальных краевых уровней кости. Основываясь на классическом исследовании Berglundh & Lindhe, толщина мягких тканей была исследована как один из важнейших факторов, влияющих на краевую потерю костной массы после имплантации.

Согласно исследованиям, полное покрытие костной тканью шероховатой поверхности имплантатов – залог их успешного и долгосрочного функционирования. Во избежание потери костной ткани в области имплантатов важно соблюдать правило формирования биологической ширины (в среднем её величина 3 мм). Также было определено, что в области имплантатов будет формироваться 3 мм десны в среднем в течение 1 месяца. Так, если изначальная толщина десны была 1 мм, то толщина десны сформируется за счёт резорбции кости на 2 мм. Из этого следует, что величина заглубления имплантата зависит от толщины десны.

В серии исследований, проведенных Linkevicius и соавт., было продемонстрировано, что тонкая слизистая оболочка околоимплантатной зоны, измеренная от костного гребня в апико-коронарном направлении, также называемая высотой надкостцово́й ткани (ВНТ), связана с большей краевой потерей костной массы (КПК), чем толстый фенотип мягких тканей. Эта группа также продемонстрировала, что увеличение ВНТ с помощью увеличения мягких тканей является эффективным методом минимизации потери костной массы после имплантации. Связь между тонким ВНТ и более высокой КПК, по-видимому, особенно верна для имплантатов, установленных на уровне костного гребня. Эффективность различных методик для увеличения фенотипа мягких тканей околоимплантатной зоны (ФМО), который включает ширину ПКД, ТСО и ВНТ, была тщательно исследована. Исторически сложилось так, что аутогенные трансплантаты мягких тканей (либо свободный десневой трансплантат [СДТ], либо соединительнотканый трансплантат [СТТ]) были первыми методами пересадки, которые были внедрены в практику из-за удовлетворительных результатов, показанных в области естественного зубного ряда. Тем не менее, заболеваемость пациентов и необходимость во втором хирургическом вмешательстве побудили к разработке и применению альтернативных источников замены трансплантатов, таких как бесклеточный дермальный матрикс (БДМ) или ксеногенный коллагеновый матрикс (ККМ).

Также перспективным является разработка менее инвазивных методов увеличения ПКД и изменения фенотипа мягких тканей околоимплантатной

зоны, которые связаны, в первую очередь, с минимальной травматизацией и достижением максимального результата.

Заключение. Возможные осложнения, ограниченность применения хирургических методов обуславливают необходимость разработки менее инвазивных и менее травматичных способов модификации фенотипа мягких тканей околоимплантатной зоны. Важным является изучение влияния неабляционного лазерного фототермолиза не только на ширину и толщину ПКД, но и на показатели гемодинамики и оксигенации тканей десны, которые влияют на результат последующего этапа формирования контура мягких тканей вокруг дентальных имплантатов с помощью формирователей десны.

Список литературы

1. Cohen, E.S. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery / E.S. Cohen. – Moscow: Practical Medicine, 2011. – 512 p.
2. Cochran, D. L., Hermann, J. S., Schenk, R. K., Higginbottom, F. L., & Buser, D. (1997). Biologic width around titanium implants. A histometric analysis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants in the canine mandible. *Journal of periodontology*, 68(2), 186–198.
3. Tavelli L, Barootchi S, Avila-Ortiz G, Urban IA, Giannobile WV, Wang HL. Peri-implant soft tissue phenotypemodification and its impact on peri-implant health: A systematic review and network meta-analysis. *JPeriodontol*. 2021;92:21–44.

THE FREQUENCY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

Shaeva R.G., doctor of the Department of Maxillofacial surgery of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center

Scientific supervisor: K.E. Shomurodov, Head of the Department of Maxillofacial Surgery Tashkent State Dental Institute

Relevance. Congenital cleft of the upper lip and palate (CCLP) occupies one of the leading places among all congenital malformations of a person and on average accounts for about 13% of cases. According to experts, on average, one child with cleft lip and palate is born for 600-1000 newborns [1, 3]. The number of patients with this pathology all over the world is constantly increasing both as an independent pathology and as part of a syndromic pathology. The urgency of the problem lies not only in the increasing frequency of the birth of children with cleft and the severity of this defect, but also with the difficulties of choosing the optimal method of surgical treatment [2].

The purpose of the study. Analysis of the frequency of postoperative complications depending on the method of plastic surgery of the CCLP.

Materials and methods. The case histories of children with CCLP operated in the department of pediatric maxillofacial surgery of the clinic of the Tashkent State Dental Institute (TSDI) for 2021-2022 were studied. Attention was paid to the structure of morbidity, the method of surgical elimination of the defect of the palate,

the structure and number of postoperative complications, the average length of stay in the department, as well as the number of additional surgical interventions to eliminate complications.

The research results were processed by the generally accepted method of variation statistics. A software package for biomedical research was used. The data were entered into specially compiled tables in the Microsoft Office Excel 2010 program for the Windows XP operating system, as well as the statistical software package Stat Soft Statistica v6.0.

Results and discussion. In the Department of Children`s Maxillofacial surgery of the TSDI clinic for 2021-2022, 262 children were operated on by various methods of uranoplasty. 110 (42%) children underwent surgery according to the method of L.E.Frolova. According to the method of M.I.Azimov (dissection of the soft palate with a horizontal incision and cross-stitching of the wound), 97 (37%) children were operated on, according to the method of Sommerlad B.C. - 30 (11.5%) children, and according to the method of Bardach J. – 25 (9.5%) children.

Of all the operated children, 33 (12.6%) had early local postoperative complications, and of these, 12 (4.6%) children required additional surgical intervention to eliminate complications. The average length of stay of patients in the department was 7.0 ± 2.5 days, in cases of complicated course of the postoperative period, the stay in the department lasted 10.5 ± 0.5 days and depended on the course of the wound process.

The structure of postoperative complications was dominated by cases of suture divergence, which are mainly associated with soft tissue deficiency and the design of the muco-periosteal flap (MPF). The analysis of the data showed that the divergence of the seams with the formation of the defect had a certain localization.

In L.E. Frolova's uranoplasty, postoperative complications were observed in 15 (13.6%) cases, and in M.I.Asimov's uranoplasty – in 8 (8.2%) cases. According to the Sommerlad B.C. method, out of 30 operated children, complications were noted in 5 (16.7%), according to the Bardach J. method. early complications after uranoplasty were observed in 4 (16%) cases.

The most frequent complications of operations according to the method of L.E. Frolova were noted in the area of the soft palate, the uvula and on the border of the hard and soft palate (line "A").

Many years of experience in the treatment of children with CCLP and a retrospective analysis of the results of uranoplasty indicates that not all types of early postoperative complications are taken into account by surgeons. There are such types of early postoperative complications as the divergence of the mucous membrane in the area of the hard or soft palate, frequent necrosis of the muco-periosteal flap (MPF).

These complications arise as a result of the development of a local inflammatory process and culminate in the formation of rough scars, which lead to limited mobility and shortening of the soft palate, to various types of deformities of the jaws.

Conclusions. Thus, based on the results of the study, the relevance of this problem requires the correct choice of the optimal surgical method, as well as its

timing, adequate orthodontic and speech therapy treatment to achieve a high level of rehabilitation of children with congenital cleft palate. Equally important is the tactics of forming the optimal design of the MPF in order to avoid divergence of sutures and subsequent inflammation of the surgical wound.

In addition, when providing timely targeted and qualified assistance in the postoperative period, it is necessary to take into account all types of early local complications after uranoplasty. Taking into account all risk factors, the problem of choosing the right tactics for surgical treatment of children with CCLP is relevant.

References

1. Azimov M. I., Shomurodov K. E. A technique for Cleft Palate Repair // Journal of research in health science. – 2018. – Т. 1. – №. 2. – С. 56-59.
2. Cleft Craft, Volume II: Bilateral and Rare Deformities / ed. Millard, Ralph D., Jr - Published by Little Brown & Co, U.S.A., 1977. – 922 с.
3. Sommerlad B.C. A technique for Cleft Palate Repair // Plast Reconstr Sur, 2003. – Vol. 112(6). – Pp. 1542-1548.

ОШИБКИ И ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЛИЦА И ШЕИ

Бабохужаев А.С. Докторант кафедры заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии ТГСИ

Научный руководитель: Абдуллаев Ш.Ю д.м.н., профессор, заведующий кафедрой заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии ТГСИ

Актуальность. Несмотря на успехи в изучении проблемы гнойной хирургической инфекции, лечение больных при флегмонах лица и шеи продолжает быть актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Общее количество острых воспалительных процессов, в том числе тяжелые формы заболеваний, часто развивающиеся на фоне системной воспалительной реакции сепсиса с тяжелыми, опасными для жизни осложнениями в виде контактного медиастинита, вторичного внутричерепного воспалительные процессы, септический шок, артериальная кровоточивость остается на высоком уровне. На сегодняшний день оперативное вмешательство на первичном гнойном очаге остается основополагающим в общем лечении. Однако операция на первичном гнойном очаге не всегда эффективный и может возникнуть необходимость повторной операции.

Цель: Изучение клинических проявлений и состояния гомеостаза у 117 больных флегмонами челюстно-лицевой области и шеи одонтогенного генеза, выявить ошибки и причины неэффективности первичной операции.

Материалы и методы. Нами было обследовано 117 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, исследования проводились на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института. Подавляющее большинство - 86 человек (73,5%) находились подвозраст до 60 лет включительно, от 61 года и старше 31 чел. (26,5 %), преобладали лица мужского пола - 70 чел., женщин было 47 (40,2%).

Фоновые заболевания, среди которых заболевания системы кровообращения и сахарный диабет преобладали сахарный диабет, были установлены у 32 больных (27,3%). Учитывая распространенность первичного воспалительного очага, все 117 пациентов были разделены на три группы. У 89 больных (76,0%), заболевание протекало с выраженными проявлениями общинфекционного синдрома, а у 16 из них в наиболее тяжелой форме - в варианте сепсиса (и местные проявления болезни). Наряду со стандартным клиническим исследованием (анализ жалоб, данные анамнеза, оценка общего состояния) проведен комплекс специальных лабораторных исследований, выбор которых был обусловлен целью и задачами работы, необходимостью получения оперативной информации с целью наблюдения за общим состоянием, определить тяжесть заболевания, развития показаний для повторного оперативного вмешательства и объективно контролировать эффективность комплексного лечения в целом. Для этих целей широко протестирована шкала Apache II. Лечение больных проводили согласно общепринятой комплексной программе, которая предусматривала возможность интенсификации лечебных мероприятий для всех основных компонентов в соответствии с динамикой клинических проявлений заболевания.

Полученные результаты. Анализ местных и общих клинических проявлений заболевания, оценка экспресс-показателей гомеостаза показали, что при госпитализации в больницу они, как правило, соответствовали установленной нозологической форме локализации воспалительного процесса. Показатель интегральной оценки тяжести состояния больного по форме выявлено, что у больных с местной формой гнойной инфекции общее количество баллов составило 5 условных единиц, соответствующих показателям характеристики состояния стабильной компенсации. У пациентов при флегмонах, развивающихся на фоне системной воспалительной реакции, общее количество баллов составило 14 условных единиц, что соответствовало состоянию неустойчивой компенсации. У пациентов с флегмоны, развивающиеся на фоне системной воспалительной реакции, общее количество баллов составляла 14 условных единиц, что соответствовало состоянию неустойчивой компенсации. (субкомпенсация). У больных с сепсисом, общее количество баллов составило 27, что соответствовало верхней границе показателей состояния неустойчивой компенсации, явно приближающейся. Как следует из представленных данных, при неблагоприятном течении болезни, первые сутки после операционного периода характеризуется отрицательной динамикой основных клинико-лабораторных проявлений болезни. Это отражается в возрастающей динамике и расширении круга местных и общих жалоб, оценка общего состояния больных и показатели шкалы Apache II.

Заключение. Неблагоприятное течение болезни у больных при флегмонах лица и шеи после начальный этап характеризуется нарастанием интенсивности и расширением спектра местных и общих жалоб, нарастание клинических проявлений местной воспалительной реакции и значительное увеличение балла по шкале Apache II. на этапах обследования и лечения больных - амбулаторно, в

приемном отделении и челюстно-лицевой стационар с дифференцированным выбором клинические и лабораторные методы исследования в соответствии с конкретной клинической ситуацией. Основные причины, предопределяющие неблагоприятное течение болезни после первичной операции являются ошибки в нозологическом и топическом диагнозе неадекватность проведенного оперативного вмешательства, распространенность воспалительного процесса и характер воспалительной реакции, а также недостаточный баланс общего комплексного лечения.

БОЛАЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ЙИРИНГЛИ ДЕСТРУКТИВ ОСТЕОМИЕЛИТИНИНГ МАҲАЛЛИЙ АСОРАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

*Мухторов Шахобиддин 2 курс магистратура талабаси, ТДСИ
Илмий раҳбар: Якубов Р.К. болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедрасининг
профессори,*

Ташкент Давлат Стоматология Институти

Мавзунинг долзарблиги. Юз – жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари ва уларнинг асоратларини диагностикаси ва даволаш болалар юз -юз жарроҳлиги ва болалар стоматологиясининг асосий муаммоларидан биридир. Азимов М.И. келтирган маълумотларга қараганда болаларда юз-жағ соҳасида учрайдиган яллиғланиш касалликларининг 70% и периостит, 12% и ўткир остеомиелитга, 18% и эса бошқа яллиғланиш касалликларига тўғри келади (2017й).

Болаларда одонтоген инфекциядан кейинги асоратлар боланинг органлари ва тўқималарининг нисбатан етук бўлмаганлиги, иммунитетнинг номукамаллиги, лимфа тўқималарининг кўплиги, тиш ва жағлар тузилишининг анатомио-физиологик ўзига хослиги, табиий ҳимоя тўсиқларининг осонлик билан зарарланиши ва микробларга юқори сезувчанлик каби бир қатор хусусиятларга эга. Кўпгина болаларда одонтоген яллиғланиш касалликларининг асосий сабаби вақтинчалик тишларнинг кариес билан зарарланишидир.

Тадқиқотнинг мақсади. Болаларда пастки жағнинг йирингли – деструктив остеомиелитнинг маҳаллий асоратларини эрта ташхислаш усулларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материалари. Пастки жағнинг ўткир йирингли остеомиелити билан касалланган 4 ёшдан 18 ёшгача бўлган 41 нафар бемор. Шулардан 18 нафари қиз болалар; 23 нафари ўғил болаларни ташкил қилади. Барча беморларни умумий қон таҳлили, оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати, прикус ҳолати, бошидан кечирган ёндош касалликлари ўрганиб чиқилди.

Тадқиқот натижалари. Текширилган беморларнинг кўпчилики қисмини (65,85%) 7-11 ёшдаги болалар ташкил қилди. Ўтказилган умумий қон таҳлилида 31,8 % беморларда анемиянинг енгил даражаси, 4,8% ида эса ўрта даражаси аниқланди. Беморларнинг 65,9% и да лейкоцитоз аниқланди. Лейкоцитози юқори бўлган 17,1% беморларда йирингли некротик жараён кузатилган. Касалликни келтириб чиқарган сабабчи тишлар: 20 нафар беморда

6 тиш; 10 та беморда V тиш; 9 та беморда эса IV тиш эканлиги маълум бўлди. 17 та беморда прикуснинг латерал томонга силжиганлиги аниқланди. Беморларни бошидан ўтказган касалликлари ўрганилганда 20 та беморда йилига 3-4 мартаба ЎРВИ билан касалланиши аниқланган.

Хулоса. Болаларда асосан пастки жағнинг йирингли деструктив жараёнлар кўп учрайди. Умумий сабаблардан беморлардаги қон тизимидаги ўзгаришлар (анемия), МИТ даги бузилишлар, ёндош касалликларнинг мавжудлиги (пансинусит ва бошқалар), эндокрин тизимидаги бузилишлар; овқатланишнинг сифат ва миқдор кўрсаткичларининг бузилиши, сунъий овқатланиш, ижтимоий-экономик ва психо-социал факторлар хавф омилларига киради.

Маҳаллий: оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлиги, санацияга мухтож тишларнинг кўплиги, патологик прикуслар, эмал гипоплазияси, сут тишлари ва доимий тишларнинг вақтидан олдин олиниши жағ деформациясига сабаб бўлувчи хавф омилларига киради.

СОВРЕМЕННАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

*Темирова Ш.Н., Матчанов Б.Б., Алиев О.Б., Зокиров Д.М. магистр 2 курса
кафедры челюстно-лицевой хирургии*

*Научный руководитель: Юсупов Шохрух Шухратович PhD.старший
преподаватель*

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Конвергентные силы роста затрат, растущего потребительства, дорогих новых методов лечения, социально-демографических сдвигов и растущего неравенства в отношении здоровья оказывают сильное и неустойчивое давление на системы здравоохранения. Как и в других областях здравоохранения, эти разрушительные силы требуют новых подходов и моделей предоставления услуг по уходу за полостью рта. Технологические инновации и практика, заимствованные из электронной коммерции и технологий, могут способствовать переходу к устойчивой системе ухода за полостью рта 21-го века, которая обеспечивает высококачественную, основанную на ценности помощь более широким группам пациентов. Широкий охват мобильных технологий и меняющийся цифровой образ жизни открывают уникальные возможности для удаленного мониторинга и средства самообслуживания для закрепления превентивного поведения в области гигиены полости рта. Используя аналитику больших данных и информацию, полученную при использовании устройств для ухода за полостью рта с датчиками, поставщики медицинских услуг смогут более эффективно привлекать пациентов и предоставлять своевременные персонализированные поведенческие подсказки для поддержания оптимального здоровья полости рта. Стоматологические страховые компании и плательщики должны будут заново изобрести свои бизнес-модели, чтобы стимулировать поставщиков

стоматологических услуг и пациентов, которые принимают парадигму цифровой стоматологии. Это может включать увеличение возмещения расходов на профилактические стоматологические услуги, предоставляемые мобильным здравоохранением, и привлечение людей к ответственности за поведение, которое подвергает их повышенному риску стоматологических заболеваний. В то время как стоматология 1.0 определялась в основном лечением установленных стоматологических заболеваний, стоматология 2.0 предвещает новую эру ориентированной на пациента, основанной на технологиях и ориентированной на результат,

Слияние экономических, демографических и технологических тенденций коренным образом меняет ландшафт здравоохранения в целом и ухода за полостью рта в частности. В связи с тем, что расходы на здравоохранение намного опережают экономический рост, а стареющее общество и финансовые кризисы все больше истощают финансирование здравоохранения, разговоры о социальных и экономических детерминантах «кто платит» и «как» становятся все более заметными. Крутая траектория расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой иллюстрируется расходами на стоматологические услуги в Соединенных Штатах за последние несколько десятилетий. Расходы на стоматологическую помощь увеличились примерно с 2 миллиардов долларов в 1960 году до 117,5 миллиардов долларов в 2015 году среднегодовой прирост составил 7,7 процента, что значительно превысило средние темпы инфляции и экономического роста за этот период. Непрерывающийся рост расходов на стоматологическую помощь вынудил политиков и плательщиков призвать к фундаментальным изменениям в оказании стоматологической помощи и искать альтернативные подходы к все более неустойчивой модели оплаты за услуги. Кроме того, по мере того, как число людей, не имеющих стоматологической страховки, растет, а наличные расходы на стоматологическую помощь становятся все более и более недоступными, пациенты, вероятно, будут ограничивать использование стоматологических услуг и даже пропускать необходимую помощь. Очевидно, что меняющиеся реалии требуют перестройки традиционной парадигмы стоматологической помощи. Нам нужны инновационные и устойчивые модели оказания медицинской помощи, которые позволят пациентам получать наилучшее стоматологическое обслуживание с наименьшими затратами, обеспечивая при этом справедливую компенсацию и стимулирование поставщиков услуг.

Литература:

1. Медицинский институт. *Императив здравоохранения: снижение затрат и улучшение результатов: краткое изложение серии семинаров*. Вашингтон, округ Колумбия: Издательство национальных академий; 2009.
2. Шибер С.Дж., Бильеу Д.К., Харди Д.Р., Кац М.Р., Кеннелли Б.Б., Варшавски М.Дж. Непосильные расходы на здравоохранение. *Неустойчивые расходы на здравоохранение*. 2009

КОНТУЗИОННАЯ ТРАВМА ОРБИТЫ

*Анваров Саиджон, Инатов Ахмад, Темирова Шахноза, магистр 2 курса
кафедры челюстно-лицевой хирургии
Ташкентский государственный стоматологический институт
Научный руководитель: Юсупов Шохрух Шухратович PhD.
старший преподаватель в Ташкентской медицинской Академии кафедры
стоматологии и оториноларингологии.*

Контузионная травма орбиты отличается особой тяжестью, высоким риском слепоты, возможностью развития гнойно-воспалительных осложнений, функциональных и косметических дефектов. Множественный характер травматических повреждений приводит к необходимости использовать точную топическую диагностику и планировать лечение. Изучение травматических повреждений орбиты является актуальным.

Эпидемиология травмы орбиты. Травма орбиты при контузии среди всех травм лицевого скелета с вовлечением органа зрения и его вспомогательных органов составляют от 36 до 64 %. Из всех травм орбиты, требующих стационарного лечения, около 85% составляют нарушения целостности костных стенок. Согласно эпидемиологическим исследованиям в России наблюдается абсолютное преобладание бытовых (64,5%) травм орбиты над криминальными (21,7%) травмами и производственными (15,5%). Эта закономерность обусловлена не столько уменьшением количества криминальных и производственных травм орбиты как таковых, как с тем, что во многих случаях они фиксируются со слов пациента как бытовые. Многие авторы отмечают возрастание за последние 5 лет транспортных травм орбиты с 4,9 % в 2007 году до 12,8 % в 2010 году, что связано с количественным увеличением средств передвижения, высокой скоростью движения на дорогах, употреблением за рулем алкоголя.

Нередко травмы орбиты являются следствием занятий спортом. По данным сотрудников кафедры офтальмологии Пермского

медицинского института за 10 лет (2000 – 2010 гг.) на долю спортивного травматизма приходится 9 – 11 % переломов костей средней зоны лицевого скелета.

Кости средней зоны лицевого скелета участвуют и в образовании орбиты, поэтому травмы этой зоны отражаются на характере повреждения костных стенок орбиты. Переломы средней зоны лица в 80 % случаев сочетаются с переломами орбиты, из них наиболее часто встречаются изолированные переломы нижней стенки орбиты, на которые приходится 6 - 12 %. У 29 - 37 % пациентов определены повреждения двух стенок орбиты. Перелом трех стенок орбиты зарегистрирован у 12 – 18 % пациентов и всех четырех – у 3 - 7 % пациентов. В структуре всех заболеваний орбиты в мирное время повреждения глазницы составляют, по данным военно-медицинской академии Санкт-Петербурга (ВМА СПб), от 2 до 8 %, у детей – 0,9 %. У детей переломы костных стенок орбиты при тупой травме составляют 23% от всех травм лица. Из всех переломов орбиты, встречающихся в педиатрической практике, от 25 до 70% приходится на повреждения нижней стенки в варианте линейного перелома без смещения отломков – по типу «капкана» с ущемлением нижней прямой мышцы.

Повреждения орбиты сочетаются с повреждениями ЛОР – органов в 92 %, челюстно-лицевой области – в 47 %, костей черепа и головного мозга – в 45 %, других органов – в 11 % случаев по данным ВМА СПб. В 65–66 % случаев травмы орбиты сочетаются с контузиями глазного яблока и его вспомогательных органов. В литературе по офтальмологии различают контузию мягких тканей орбиты без перелома костных стенок и с переломом. В большинстве случаев контузионная травма орбиты является односторонней, реже встречаются двухсторонние повреждения. По частоте встречаемости переломы костных стенок орбиты при контузии орбиты являются одной из наиболее распространенных травм средней зоны лица и составляют 31%; у детей – 23 % от всех травм лицевого скелета. Контузии орбиты без перелома встречаются в 78% среди всей орбитальной травмы.

Социальная значимость травм орбиты определяется молодым трудоспособным возрастом пациентов, при этом наблюдается бимодальное распределение контузии орбиты с пиками частоты в возрасте: 16–21 и 39–55 лет, снижением адаптации к трудовой

деятельности при наличии диплопии в 89 % вследствие этого значительными экономическими потерями.

Определена достоверная разница при распределении контузионной травмы орбиты по полу: три четверти пострадавших – мужчины.

Изучалась и возможность сезонной обусловленности частоты травм орбиты. Так отмечено, что количество переломов костных стенок орбиты резко возрастает в период с апреля по октябрь; по другим данным это происходит в период с июля по сентябрь.

Анализируя контингент пострадавших с травмой орбиты, выявлено, что в 42% случаев пациенты в момент травмы находятся в состоянии алкогольного опьянения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦЕНТОВ С НЕЙРОБЛАСТОМОЙ ОБЛАСТИ ШЕИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.

Турсунбоева Муниса Бахром кизи, студент магистратуры 1 года обучения, кафедры «Челюстно-лицевая хирургия»

Научный руководитель: Юсупова Дилдора Зухриддиновна, ассистент кафедры заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Цель. Определение возможностей компьютерной томографии в диагностике и оценке распространенности факторов рисков, выявляемых по данным визуализации, у детей с нейробластомой локализованной в области шеи.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ данных визуализации компьютерной томографии области шеи. Исследования с болюсным контрастным усилением и с последующей мультипланарной реконструкцией были получены с использованием 16-ти срезового компьютерного томографа GE Brightspeed.

В исследование были включены данные первичной визуализации всех пациентов, данные визуализации пациентов, которым требовалось проведение предоперационной полихимиотерапии с целью регресса выявленных факторов рисков, а также визуализация после хирургического этапа лечения.

Анализ факторов рисков был проведен в соответствии с критериями Международной группы по изучению нейробластом и системой предоперационного стадирования пациентов (International Neuroblastoma Risk Group Staging System, INRGSS).

Результаты. В исследование были включены 449 пациента с направительным диагнозом нейробластома. У 9 (2%) пациентов был подтвержден диагноз нейробластома с первичной локализацией шеи. Медиана возраста на момент первичной диагностики составляла 12 мес. (с рождения – 10,5 лет), соотношение мальчиков к девочкам составило 1:0,95. У 3/9 (33%) пациентов было диагностировано интраспинальное распространение. У 7/9 были диагностированы один или несколько факторов риска, определяемых по данным визуализации.

Из них группы А было 1/7 (28%), группы В – 6/7 (85%), группы С – 3/7 (43%), группы G – 2/7 (43%).

Наиболее частым фактором из группы В был фактор риска В.1 – охват опухолью каротидной и/или позвоночной артерии и/или внутренней яремной вены.

Метастазы с локализацией в области головы и шеи на этапе первичной диагностики были выявлены у 36/449 (8%) пациентов.

Все пациенты были стадированы и стратифицированы на группы риска в соответствии с протоколом риска адаптированной терапии нейробластом.

Пациентам без факторов рисков изначально был проведен хирургический этап лечения. Объем и оптимальное время проведения отсроченной операции пациентам с выявленными факторами риска, были определены после проведения 4 или 6-ти курсов предоперационной полихимиотерапии.

Выводы. Использование факторов риска, выявляемых по данным визуализации, позволяют стратифицировать пациентов на группы риска при планировании лечения, определять оптимальное время проведения отсроченной операции по удалению нейробластомы и в результате снизить количество незапланированных осложнений от оперативных вмешательств индивидуально для каждого пациента.

МЕТОДЫ МОДИФИКАЦИИ ФЕНОТИПА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОКОЛОИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ КРАЕВОЙ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ

*Мирхусанова Р.С., базовый докторант кафедры госпитальной
ортопедической стоматологии ТГСИ*

*Научный руководитель: Шомуродов К.Э., заведующий кафедрой челюстно-
лицевой хирургии ТГСИ*

Актуальность. Наряду с широко изученным значением объема костной ткани в зоне имплантации, критическая роль мягких тканей в эстетике и функционировании имплантатов также была в центре значительных дискуссий

в последнее десятилетие. Также многочисленные методы модификации фенотипа мягких тканей вокруг имплантатов имеют свои особенности, характеризуются различными отдалёнными результатами.

Цель исследования. Анализ данных научной литературы и клинических исследований, посвящённых изучению фенотипов мягких тканей вокруг дентальных имплантатов и методов их модификации.

Материалы и методы. Научные публикации отечественных и зарубежных авторов, посвященные исследованию различных методов модификации фенотипа десны вокруг дентальных имплантатов и зависимости краевой костной резорбции от параметров мягких тканей.

Результаты и обсуждение. Согласно исследованиям большинства авторов, наличие по крайней мере 2 мм прикрепленной кератинизированной десны (ПКД) действует как защитный фактор от периимплантных заболеваний. Кроме того, отсутствие ПКД вокруг дентальных имплантатов также было связано со снижением эстетической удовлетворенности пациента, что подчеркивает важность компонента мягких тканей для эстетики дентальных имплантатов.

Толщина слизистой оболочки (ТСО) также играет важную роль не только в эстетических результатах, но и в состоянии после имплантации. Данный показатель имеет основополагающее значение для предотвращения рецессии слизистой оболочки. Систематический обзор показал, что ТСО может также способствовать большей стабильности межпроксимальных краевых уровней кости. Основываясь на классическом исследовании Berglundh&Lindhe, толщина мягких тканей была исследована как один из важнейших факторов, влияющих на краевую потерю костной массы после имплантации.

Согласно исследованиям, полное покрытие костной тканью шероховатой поверхности имплантатов – залог их успешного и долгосрочного функционирования. Также было определено, что в области имплантатов будет формироваться 3 мм десны в среднем в течение 1 месяца. Так, если изначальная толщина десны была 1 мм, то толщина десны сформируется за счёт резорбции кости на 2 мм. Из этого следует, что величина заглубления имплантата зависит от толщины десны.

В серии исследований, проведенных Linkevicius и соавт., было продемонстрировано, что тонкая слизистая оболочка околоимплантатной зоны, измеренная от костного гребня в апико-коронарном направлении, также называемая высотой надкостцово́й ткани (ВНТ), связана с большей краевой потерей костной массы (КПК), чем толстый фенотип мягких тканей. Эта группа также продемонстрировала, что увеличение ВНТ с помощью увеличения мягких тканей является эффективным методом минимизации потери костной

массы после имплантации. Связь между тонким ВНТ и более высокой КПК, по-видимому, особенно верна для имплантатов, установленных на уровне костного гребня. Эффективность различных методик для увеличения фенотипа мягких тканей околоимплантатной зоны (ФМО), который включает ширину ПКД, ТСО и ВНТ, была тщательно исследована. Исторически сложилось так, что аутогенные трансплантаты мягких тканей (либо свободный десневой трансплантат [СДТ], либо соединительнотканый трансплантат [СТТ]) были первыми методами пересадки, которые были внедрены в практику из-за удовлетворительных результатов, показанных в области естественного зубного ряда. Тем не менее, заболеваемость пациентов и необходимость во втором хирургическом вмешательстве побудили к разработке и применению альтернативных источников замены трансплантатов, таких как бесклеточный дермальный матрикс (БДМ) или ксеногенный коллагеновый матрикс (ККМ). Также перспективным является разработка менее инвазивных методов увеличения ПКД и изменения фенотипа мягких тканей околоимплантатной зоны, которые связаны, в первую очередь, с минимальной травматизацией и достижением максимального результата.

Заключение. Возможные осложнения, ограниченность применения хирургических методов обуславливают необходимость разработки менее инвазивных и менее травматичных способов модификации фенотипа мягких тканей околоимплантатной зоны. Важным является изучение влияния неабляционного лазерного фототермолиза не только на ширину и толщину ПКД, но и на показатели гемодинамики и оксигенации тканей десны, которые влияют на результат последующего этапа формирования контура мягких тканей вокруг дентальных имплантатов с помощью формирувателей десны.

Список литературы

1. Cohen, E.S. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery / E.S. Cohen. – Moscow: Practical Medicine, 2011. – 512 p.
2. Tavelli L, Barootchi S, Avila-Ortiz G, Urban IA, Giannobile WV, Wang HL. Peri-implant soft tissue phenotype modification and its impact on peri-implant health: A systematic review and network meta-analysis. J Periodontol. 2021;92:21–44.
3. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193.
4. Khabilov N. L. et al. The Role of Biomimetic Incubation of Sandblasted Titanium Implants in the Process of Osseointegration: An Experimental Study in Dogs //International Journal of Biomedicine. – 2015. – Т. 5. – №. 1. – С. 38-40.

5. Shukparov A. B., Shomurodov K. E., Mirkhusanova R. S. Microcirculation of the mucosa of the alveolar ridge during the preliminary soft tissues expansion and guided bone regeneration (clinical trial) //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 9. – С. 64-72.

ASPECTS OF ASSESSING TOOTH HYPERSENSITIVITY AFTER PREPARATION USING ODONOTHERMOMETRY IN ORTHOPEDIC DENTISTRY

Safarov M.T, Azizova Sh.I

TSDI, Department of hospital prosthetics dentistry

Thermal diagnostics is one of the main diagnostic methods used to determine the increased sensitivity of the teeth. [Wolf G. F., 2014; Trunii D.A., 2011;] In orthopedic dentistry, in the treatment of non-removable dental dentures, abutment teeth are prepared in various forms. during the preparation process, the hard tissue of the tooth is exposed mechanical trauma. This process negatively affects the sensitivity of healthy teeth. The effectiveness of orthopedic treatment decreases accordingly. To date, to solve this problem, most authors have proposed various drugs. The purpose of our study is to determine the sensitivity of teeth after preparation by means of odontothermometry. Thermometry - use the action of a cold air jet under pressure, direct or lateral from the air gun of the dental unit. The simplest way is exposure to water with a temperature of + 60-800C, ether or water + 100C [Ron G.I., Kozmenko A.N., Makerova N.A., 2020]. Previously, attempts were made to exert a temperature effect on the tooth, mainly with the help of a cotton swab or gutta-percha, previously immersed in hot water of a known temperature [Weiss SI, 1965; Groshikov M.I., Patrikeev V.K., 1967; Rybakov A.I., Platonov E.E., 1968]. F. M. Sorenson et al. (1962) proposed a device for determining the temperature sensitivity of teeth, which makes it possible to obtain a temperature from 0 to 70 ° C and smoothly regulate it. The temperature irritant in this device is water, which is heated to a certain temperature and applied to the tooth using a special tube. However, time recording with this device is not provided. Thermometry in dentistry is necessary to measure the temperature in the periodontal pockets, root canals of teeth, soft tissues of the oral cavity, in order to determine the temperature changes in these areas in a particular pathological process. It is also used to correctly assess the state of tooth preparation in order to prevent pulp burns, the clinical manifestations of which are usually found after fixation of a fixed prosthesis. For the implementation of objective odontothermometry, specialists have developed a device that allows virtually

inertialess measurement of the temperature of any surface of the crown of the tooth [Bolshakov GV, 1972; Bolshakov G. V., Nefedova M. V., 1974]. The low inertia of the device is achieved by using a thermistor with a high ohmic resistance and including a linear gas-discharge indicator in the device's circuit. The principle of operation of the odonothermometer is based on ensuring sufficient heat transfer for measuring the temperature when the sensor of the device contacts the surface of the tooth. The device tip of the device, the working part of which is bent at an angle of 90° , allows you to bring the sensor to the inner and outer surfaces in any area of the tooth. In general, when comparing the temperature of various topographic areas of the examination, it should be noted that the temperature in the region of the incisal edge and the chewing surface of the teeth of the lower jaw is 30.4°C , the upper one is 30.5°C , and this difference is statistically significant. In the equator region, as well as in the cervical region of the teeth of the upper and lower jaws, the temperature is the same and amounts to 30.6 and 30.9°C , respectively.

The results of the study of intact teeth in general for all age groups allow us to conclude that there is an increase in temperature in all areas of the crown of the tooth in the direction from the incisors to the molars, and the increase in temperature occurs smoothly, without jumps and is within the range of up to 1°C . There is also an asymmetry in the temperature curves of different areas of the teeth on the right and left sides, both in the upper and lower jaw. Odontothermometry is used in the clinic of orthopedic dentistry to assess the condition of prepared teeth for fixed denture designs. Recently, thermography has been used in the study of the temperature effect on the tooth. Measurement of the temperature of the teeth during a thermometric study is carried out using sensors of various designs based on the use of thermocouples. In recent years, liquid crystals have been used for this purpose [Howell R. M. et al., 1970].

REFERENCES:

1. Ирсалиев Х. И. и др. Сканирующая электронная микроскопия твёрдых тканей зубов при патологической стираемости // *Stomatoloаya-2002*. – 2002. – С. 3-4.
2. Ирсалиев Х. И., Нигматов Р. Н., Хабилов Н. Л. Ортопедик стоматология // Ташкент: ИLM/ZIYO, 2011.–304 б. – 2006.
3. Хабилов Н. Л. и др. Влияние съёмных пластиночных протезов на микробиоценоз полости рта // *Medicus*. – 2016. – Т. 6. – №. 12. – С. 82-5.
4. Хабилов Н. Л. и др. Ортодонтия с детским зубным протезированием // Ташкент, 2016.–218 с. – 2016.

5. Хабилов Н., Сафаров М., Азизова Ш. В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕСТЕЗИИ //Stomatologiya. – 2021. – №. 1 (82). – С. 77-81.
6. Шарипов , С. . (2023). Мақолаларгаиктибоскелтирилишдаҳалқарошаклнингҳақамияти. Молодые ученые, 1(1), 10–23. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/yo/article/view/12258>.
7. Шарипов , С. С. ., &Хабилов , Н. . (2023). COVID-19 БИЛАН ОҒРИГАН ТИШСИЗ БЕМОЛЛАРНИ ОЛИБ ҚЎЙИЛУВЧИ ПРОТЕЗЛАРИНИ ВАҚТИДАН ОЛДИН АЛМАШТИРИШ МОҲИЯТИ. Наука и инновация, 1(1), 13–16. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/si/article/view/12238>.
8. ХабиловН. Л., СафаровМ. Т., АзизоваШ. И. MODERN METHODS OF PREVENTION AND TREATMENT OF HYPERESTHESIA CAUSED BY SHARPENING IN ORTHOPEDIC DENTISTRY //УЗБЕКСКИЙМЕДИЦИНСКИЙЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 3.
9. ШариповС. С. идр. СТОМАТОЛОГИКДАВОЛАНИШГАМУХТОЖБОЛГАНКАТТАЁШДАГИБЕ МОЛЛАРНИНГОҒИЗБЎШЛИҒИКАСАЛЛИКЛАРИГАМУНОСАБАТИНИПС ИХОЛОГИКБАҲОЛАШ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 2. – С. 66-69.
10. СаломовичШ. С. THE INFLUENCE OF REMOVABLE DENTURES ON THE ORAL CAVITY MICROFLORA //Ёшолимларкунларитиббиётнингдолзарбмасалалари: III. – 2014. – Т. 1. – С. 102.
11. Сафаров М. и др. Влияние несъемных зубных протезов различной конструкции на микробиологические и иммунологические показатели полости рта //Stomatologiya. – 2014. – Т. 1. – №. 1 (55). – С. 18-23.
12. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193.
13. ШариповС. С., Саидова. А., ГаффаровС. А. Кимёвийбўёқларнингшишчилариоғизбўшлиғигасалбийтаъсиринитажрибадаасослашвадаволашнингсамаралиусуллари //ЎзбекистонВрачларАссоциациясиБюллетени. – 2014. – Т. 2. – №. 2. – С. 50-53.
14. ДадабаеваМ. У. идр. КРИТЕРИЙОПТИМИЗАЦИЯФИКСАЦИИЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИХКОРОН ОК //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 2. – С. 181-197.

15. Шарипов, Салим. "ЧОПЭТТИРИЛГАНМАҚОЛАЛАРГАИҚТИБОСКЕЛТИРИЛИШТАҲЛИЛИ." Zamonaviy dunyodainnovatsion tadqiqotlar: Nazariyava amaliyot 2.6 (2023): 55-62.
16. Клемин, В. А., Хабилов, Н. Л., Ворожко, А. А., & Шарипов, С. С. (2023). ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3(4), 184–192. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/12257>
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7817314>.

COVID-19 БИЛАН ОҒРИГАН ТИШСИЗ БЕМОРЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРГА САБАЧИ ОМИЛЛАР

Шарипов С. С. Мустақил изланувчи 3- босқич

Абдурахимов З. А. Клиник ординатор

Хабибназаров Р. Клиник ординатор

Илмий раҳбар Т. Ф. Д. Профессор Хабилов Низмон Луқмонович

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Кирриш. Covid-19 патогенезининг асосий омилларидан бири сифатида эндотелиал дисфункциянинг роли умуман тан олинган. Биринчи марта Ю. Ф. Конгейм (1865) эндотелий ҳолати ва қон ивиши ўртасидаги яқин муносабатларга эътибор қаратди, у томирлардаги қон бузилмаган эндотелий билан алоқа қилганда суяқ бўлиб қолади деб ҳисоблаган. Ҳозирги вақтда эндотелийда тромбоген ва атромбоген омилларнинг кўплиги маълум бўлиб, уларнинг нисбати қон томир деворининг тромбоз қаршилиги ва тромбогенлигини, шунингдек тромбоцитлар фаоллигини, қон ивишини ва фибринолитик потенциални аниқлайди.

Клиник тадқиқотларда эндотелийнинг функционал фаолияти одатда қондаги тромбоген, атромбоген ва эндотелиал келиб чиқишнинг бошқа омиллари билан баҳоланади.

Мулоҳаза. Covid-19да тромбомодулиннинг эрувчан шакли эндотелиал дисфункциянинг ўзига хос лаборатория белгиси сифатида қаралади, бу плазмадаги ўсиш касалликнинг ривожланиши ва ноқулай натижа билан боғлиқ. Гошуа Г. ва бошқ., га биноан Covid-19 билан тромбомодулин эндотелиал мембранадан ажралиб чиқади ва натижада эрувчан шакл қонга киради, эндотелиоцит мембранасига боғланган тромбомодулин миқдори камаяди, бу эса қон томир тромбогенлигининг ошишига олиб келади.

Натижа. SARA-Cov-2 инфекциясидан вафот этган беморларнинг ўпкадан кейинги препаратларини иммуногистокимёвий ўрганиш эндотелиал дисфункция - 1-турдаги хужайралараро ёпишиш молекуласи (ICAM- 1) ва каспаз-1 маркерларининг экспрессионини оширди. Муаллифлар (Хабилов Н. Л., Шарипов С. С. 2022) ICAM- 1 молекуласининг ифодасини доимий эндотелиит ҳосил бўлиши билан боғлашади. Каспаз-1 ни проинфламатуар ситокинларнинг чиқарилиши билан фаоллаштириш пироптоз ривожланиш механизмларида муҳим рол ўйнайди, бу эса эндотелиоцитларнинг парчаланишига ва уларнинг ўлимига олиб келади.

Хулоса. Covid-19 билан тромбоцитларнинг эндотелийга интенсив ёпишиши, уларнинг бирлашиши ва тромбоцитлар тромбини ҳосил бўлиши учун зарур шартлар мавжуд, шу қоида тариқасида Covid-19 дан вафот этган беморларда аниқланмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Axror o'g'li A. M. et al. COVID-19 ВИРУСИ БИЛАН ОҒРИГАН ТИШСИЗ БЕМОЛЛАРНИ ТЎЛИҚ ОЛИБ ҚЎЙИЛУВЧИ ПРОТЕЗЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ //Scientific Impulse. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 1816-1823
2. Lukmanovich X. N. et al. COVID-19 BILAN O'G'RIGAN TISHSIZ BEMORLAR OG'IZ SHILLIQ QAVATI TIZIMIDAGI BUZILISHLAR //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 14. – №. 4. – С. 152-154.
3. Шарипов С. С., Хабилов Н. Л. COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ТИШ ПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИНИ ХАФСИЗ САҚЛАШНИНГ УСУЛЛАРИ //EURASIAN JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 845-854.
4. Шарипов С. С. и др. СТОМАТОЛОГИК ДАВОЛАНИШГА МУХТОЖ БОЛГАН КАТТА ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИГА МУНОСАБАТИНИ ПСИХОЛОГИК БАҲОЛАШ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 2. – С. 66-69.
5. Иноятов А. Ш. и др. Особенности клинических проявлений COVID-19 в ротовой полости //Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 37-39.
6. Шарипов С. Хабилов Нигман. COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ТИШ ПРОТЕЗЛАШ ЖАРАЁНИДА БЕМОЛЛАРДАН АЖРАЛГАН СЎЛАКНИНГ АҲАМИЯТИ //Вестник ТМА. – 2021. – Т. 2021. – С. 137-138.
7. Саломович Ш. С. THE INFLUENCE OF REMOVABLE DENTURES ON THE ORAL CAVITY MICROFLORA //Ёш олимлар кунлари тиббиётнинг долзарб масалалари: III. – 2014. – Т. 1. – С. 102.

8. Шарипов С. С. и др. ТУРЛИ МАТЕРИАЛЛАРДАН ТАЙЁРЛАНГАН ОЛИНМАЙДИГАН КЎПРИКСИМОН ТИШ ПРОТЕЗЛАРИНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 17. – №. 4. – С. 14-20.
9. ХАБИЛОВ Н. Л. и др. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИК ҚАВАТИ ПАТОЛОГИЯСИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ УЧУН АДАБИЁТЛАР ШАРХИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 63-67.
10. Xabilov N., Sharipov S. COVID-19 TUFAYLI TISHSIZ BEMORLARDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATIDAGI O'ZGARIZSHLAR //СБОРНИК ТЕЗИСОВ Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии. – 2022. – Т. 10. – С. 139-140.
11. Шарипов С. С. и др. COVID-19 ВИРУСУ ТАРҚАЛГАН ДАВРИДА ТИШ ПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИДА БЕМОРЛАРДАН АЖРАЛГАН СЎЛАКНИНГ ТАЪСИРИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 17. – №. 4. – С. 9-13.
12. Khabilov N. L., Shzaripov S. S., Sh I. A. Comparative analysis of the functional state of the microcirculation of the prosthetic bed in patients with complete adentia after Covid-19 disease //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 15. – С. 56-60.
13. Абдурафикова М. О. и др. ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЕЗАМИ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ //ЇОДКОР О'ҚИТУВЧИ. – 2022. – Т. 3. – №. 25. – С. 94-106.
14. Иноятов А. и др. COVID-19 БИЛАН ОҒРИГАН ТИШСИЗ БЕМОРЛАРНИ ОРТОПЕД СТОМАТОЛОГ ЁНДАШУВИДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШДАН ИЗЛАНИШЛАР //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 7-13.
15. Salomovich S. S. et al. Assessment of Changes in the Microbiological Parameters of the Oral Fluid in Patients Who Underwent Sovid-19 with Complete Edentulism before and after Prosthetics //NeuroQuantology. – 2022. – С. 6734-6739.
16. Хабиллов Н., Шарипов С. ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) //Збірник наукових праць SCIENTIA. – 2021.

CRITICAL ANALYSIS OF PRINCIPLES OF PROSTHESIS LOADING TIME ON DENTAL IMPLANTS: PROBLEMS AND DECISIONS

*Mirkhusanova R.S., basic doctoral student of the Department of Hospital
Orthopedic Dentistry of TSDI*

Kholmatova S., master's student of 1 year of study of TSDI

*Scientific supervisor: Shomurodov K.E., Head of the Department of
Maxillofacial Surgery*

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Introduction. The problem of bone deficiency requires interventions to replenish the necessary bone volume for subsequent dental implantation [5]. One of the most common methods of modeling the alveolar ridge is directed bone regeneration, which has a number of variations. But the success of the operation, the timing of bone formation depends on a number of factors that have been studied in the course of scientific research and clinical observations [1, 3, 4].

Analysis of data from scientific literature and clinical studies devoted to the study of principles and factors influencing the results of alveolar ridge GBR with the use of various osteoplastic materials during dental implantation.

Materials and methods. To achieve this purpose, we have studied and analyzed scientific studies and clinical cases of GBR performed with the use of osteoplastic materials to create optimal anatomical conditions for further dental implantation.

Results and discussion. According to Istvan A. Urban and Alberto Monje (2019), the course of the wound process after the application of GBR is characterized by difficult conditions for healing, which arise due to excessive tension in soft tissues.

Istvan A. Urban and Alberto Monje identified 4 principles of successful GBR: 1) primary wound closure without tension, which provides optimal conditions for healing due to tension-free closure; 2) angiogenesis, providing nutrition and oxygen access; 3) creating space to prevent tension; 4) stability of the blood clot [3, 4].

Critical preoperative factors that may negatively affect the outcome of the GBR are: 1) soft tissue phenotype and keratinized mucous membrane. This factor requires building up and increasing the volume of soft tissues by changing the design of the incision and the shape of the muco-periosteal flap. Pre-plastic surgery of soft tissues is not used in this case due to the risk of scar tissue development, which can create excessive tension and lead to an unsatisfactory result in general; 2) the choice of the volume of the operation: simultaneous or step-by-step approach, while simultaneous implant placement immediately after the GBR is not excluded only if bone augmentation is required by less than 4 mm, as well as if it is possible to

achieve primary stability in this particular clinical situation; 3) implant positioning: slightly subcrestal position of the implant is recommended in the regenerated bone; 4) morphology of the defect: with a concave shape of the defect, the results are more favorable than with a convex comb-like shape; 5) systemic factors and bad habits: smoking cessation is recommended 3 months before the bone plastic surgery. It is necessary to additionally monitor other systemic factors and bad habits that can worsen wound healing; 6) periodontal diseases: the periodontal condition should be stable before planning any reconstructive surgery; 7) periosteum: if the patient has previously attempted NKR, the periosteum may be scarred and prevent the closure of the site without tension.

Conclusions. Consequently, the important technical aspects that need to be performed in the GBR are the achievement of flap closure without tension, the achievement of stability of the graft and the barrier membrane, which is of paramount importance to ensure a successful result. At the same time, as the authors note, the procedure requires a lot of technical experience and is indicated for patients with a low level of risk (i.e., an adequate level of oral hygiene and smoking cessation).

Thus, based on the results of the analysis of scientific literature and clinical studies, currently the restoration / increase of the alveolar bone volume of the jaws with the help of the GBR is being carried out quite actively, while a number of important issues have not been resolved. The increase in the efficiency of the alveolar ridge GBR can be associated with the justification of the use of various osteoplastic materials based on the developed clear indications, including minimally invasive surgical technique, the optimal way of forming a muco-periosteal flap, etc.

References

1. Beniashvili R.M. Gingival and bone plasty in dental implantology / R. M. Beniashvili [et al.]. – M.: GEOTAR-Media, 2017. – 240 p.
2. Shirinbek I., B. Pulatova, A. Shukparov, and K. Shomurodov. On the issue of studying the stability factors of bone augmentate. *Medicine and Innovation*, vol. 1, issue 3, January 2022, pp. 151-6, doi:10.34920/min.2021-3.021.
3. Urban IA, Monje A. Guided Bone Regeneration in Alveolar Bone Reconstruction. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2019;31(2):331-338. doi:10.1016/j.coms.2019.01.003.
4. Khasanov I. I., Rizaev J. A., Abduvakilov J. U., Shomurodov K. E., Pulatova B. Z. Results of the study of indicators of phosphorus-calcium metabolism in patients with partial secondary adentia // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – C. 251-258.
5. Shukparov A. B., Shomurodov K. E., Mirkhusanova R. S. Microcirculation of the mucosa of the alveolar ridge during the preliminary soft tissues expansion and guided

bone regeneration (clinical trial) //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 9. – С. 64-72.

6. Хабилов Н. Л. и др. ТИШСИЗПАСТКИЖАҒСУЯҚТҰҚИМАСИТУЗИЛМАЛАРИНИНГСУЯКИЧИ ТИШИМПЛАНТЛАРИГА АСОСЛАНГ АНОЛИНА ДИГАН ПРОТЕЗЛАРБИЛАН ҰЗАРОТАЪСИРИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 15. – №. 2. – С. 98-101.

7. МУНТ. О. и др. ЯНГИМИЛЛИЙТИШИМПЛАНТАТИ КОНСТРУКЦИЯСИ НИЯРАТИШ ВА ҚЎЛЛАНИЛИШИНИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 57-62.

8. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193.

9. Хабилов Н. Л. и др. ТИШСИЗПАСТКИЖАҒСУЯҚТҰҚИМАСИТУЗИЛМАЛАРИНИНГСУЯКИЧИ ТИШИМПЛАНТЛАРИГА АСОСЛАНГ АНОЛИНА ДИГАН ПРОТЕЗЛАРБИЛАН ҰЗАРОТАЪСИРИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 15. – №. 2. – С. 98-101.

10. МУНТ. О. и др. ЯНГИМИЛЛИЙТИШИМПЛАНТАТИ КОНСТРУКЦИЯСИ НИЯРАТИШ ВА ҚЎЛЛАНИЛИШИНИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 57-62.

11. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193. The purpose of the study

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ, ФИКСИРОВАННЫХ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Сафаров М.Т., Рузимбетов Х.Б., Сафарова Н.Т., Холбоев Х.-504Б БС

Для достоверной функциональной оценки ортопедического лечения больных с применением дентальных имплантатов изучается состояние жевательной мускулатуры человека. В процессе адаптации к зубным протезам укорачивается время жевательного цикла за счёт уменьшения количества жевательных движений и времени одного жевательного акта.

Цель исследования. Изучить функциональную эффективность мостовидного протезирования с применением дентальных имплантатов методом электромиографии.

Материалы и методы.

Электромиографические исследования проводились нами в области собственно-жевательных и височных мышц на аппарате «Нейротех» (Россия) при покое и максимальном 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.

Результаты. 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 $0,5 \pm 0,03$.

Таким образом, полученные данные электромиографических исследований подтвердили восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении 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.

Список литературы:

1. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193.
2. Сафаров М., Мусаева К., Шарипов С. Олинмай диганкўприксимонтиш протезларинингоғиз бўшлиғи микробиологик ҳол атигатаъсири //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 51-54.
3. МУНТ. О. и др. ЯНГИ МИЛЛИЙТИШИ ИМПЛАНТАТИ КОНСТРУКЦИЯСИ НИЯРАТИШ ВА ҚЎЛЛАНИЛИШИНИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 57-62.
4. Хабилов Н., Сафаров М., Досмухамедов Н. Анализ современных подходов к ортопедическому лечению с опорой на дентальные имплантаты //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 67-71.
5. Салимов О. и др. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАКТИВНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 2 (79). – С. 15-19.
6. Safarov M. T. et al. MODERN ASPECTS OF MATHEMATIC MODELING IN DENTAL IMPLANTATION //НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ. – 2020. – С. 354-359.
7. Safarov M. T. et al. Evaluation of the Compensatory-Adaptive Mechanisms of Bridge Prosthetics at the Terminal Dentition Defects with the Use of Intraosseous Implants by the Method of Electromyography //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 9. – С. 657-659.
8. Сафаров М., Досмухамедов Н. Клинико-функциональная оценка мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 24-26.

9. Сафаров М. Т., Храмова Н. В. Метод электромиографии при протезировании концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов больным пожилого возраста //Клиническая геронтология. – 2018. – Т. 24. – №. 9-10. – С. 54-57.
10. Safarov M. T., Akhmadjonov M., Tashpulatova K. M. DYNAMICS OF RESTORATION OF MICROCIRCULATION OF THE PERI-IMPLANT ZONE IN THE AREA OF DENTAL IMPLANTS DURING EARLY FUNCTIONAL LOADS //British View. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
11. Сафаров М., Асимова С. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СРОКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 124-131.
12. Сафаров М. и др. Микробиологические показатели у больных со средними дефектами зубных рядов после несъемного протезирования //Stomatologiya. – 2016. – Т. 1. – №. 1 (62). – С. 31-35.
13. Salomovich S. S. CHOP ETIRILGAN MAQOLALARIGA IQTIBOS KELTIRILISHI //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 3. – С. 255-276.
14. Khabilov N. L., Shzaripov S. S., Sh I. A. Comparative analysis of the functional state of the microcirculation of the prosthetic bed in patients with complete adentia after Covid-19 disease //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 15. – С. 56-60.
15. Salomovich S. S. et al. Assessment of Changes in the Microbiological Parameters of the Oral Fluid in Patients Who Underwent Covid-19 with Complete Edentulism before and after Prosthetics //NeuroQuantology. – 2022. – С. 6734-6739

ОЦЕНКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ЗАМКОВЫМ КРЕПЛЕНИЕМ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТАХ

Сафаров М.Т., Салимов О.Р., Ширинова Ш.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальной проблемой ортопедической стоматологии является изготовление зубных протезов, отвечающих эстетическим требованиям. В этой связи, традиционные съёмные зубные протезы уже не удовлетворяют пациентов. Они полагают, что это заставляет их чувствовать свою неполноценность, оказывают отрицательное воздействие на социальный и психологический статус, что существенно снижает уровень качества жизни (Борисова Е.Н., 2010).

У пациентов с частичными дефектами зубных рядов выбор ортопедической конструкции зависит от функционального состояния тканей протезного поля, а именно, вариант дефекта, состояние сохранившихся зубов, вид прикуса, состояния слизистой оболочки альвеолярного отростка и т.д. Клинический опыт последних лет выявил значительные преимущества съёмного зубного протезирования с опорой на дентальные имплантаты. Подобное протезирование особенно эффективно при правильном планировании лечения, учитывающим адаптационные возможности организма в целом.

Цель исследования: Оценить жевательную эффективность съёмных зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты при помощи жевательных проб Рубинова- Демнера.

Материал и методы: Для проведения клинического исследования отобраны 5 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет (3 мужчин и 2 женщин) с полным и частичным отсутствием зубов верхней и нижней челюсти, с соотношением челюстей по ортогнатическому типу с жалобами на неудовлетворительную фиксацию протеза и затруднения при пережёвывании пищи. Динамическое наблюдение осуществлялось через 1 мес., 3 мес., 6 мес. и 1 год после наложения ортопедической конструкции. Результаты лечения пациентов оценивали при помощи проведения жевательных проб.

Результаты исследования: При этом значение диаметра пищевого комка до протезирования составило $5,63 \pm 0,91$ мм. Уже в 1 месяц после наложения протезов определились достоверно более лучшие показатели измельчения тестового материала: $(4,86 \pm 0,45$ мм) ($p < 0,05$). После 12 месяцев пользования различия качественного показателя жевания при сравнении показателей в обеих группах стали минимальными и статистически недостоверными $4,17 \pm 0,40$ ($p > 0,05$). При сравнительном исследовании жевательной эффективности пациентов до и после протезирования с помощью жевательной пробы с использованием натурального пищевого продукта выяснилось, что через 12 месяцев пользования у пациентов уменьшается время жевания до начала акта глотания на $15,3 \pm 1\%$.

Таким образом, изучение жевательной эффективности у больных, пользующихся съёмными конструкциями, фиксированными на имплантатах позволило нам проследить динамику адаптационного периода к зубным протезам. Сравнительная характеристика показателей жевательной эффективности подобных зубных протезов выявило объективное преимущество перед традиционными съёмными протезами.

Список литературы:

1. Tashpulatova K. et al. Technique for eliminating traumatic occlusion in patients using Implant-supported bridges //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 6189-6193.
2. Сафаров М., Мусаева К., Шарипов С. Олинмай диганкўприксимонтиш протезларининг оғиз бўшлиғи микробиологик ҳол атигатаъсири //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 51-54.
3. МУНТ. О. и др. ЯНГИ МИЛЛИЙТИШИМ ПЛАНТАТИ КОНСТРУКЦИЯСИ НИЯРАТИ ШВАҚЎЛЛАНИЛИШИНИ //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 57-62.
4. Хабилов Н., Сафаров М., Досмухамедов Н. Анализ современных подходов к ортопедическому лечению с опорой на дентальные имплантаты //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 67-71.
5. Салимов О. и др. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАКТИВНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 2 (79). – С. 15-19.
6. Safarov M. T. et al. MODERN ASPECTS OF MATHEMATIC MODELING IN DENTAL IMPLANTATION //НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ. – 2020. – С. 354-359.
7. Safarov M. T. et al. Evaluation of the Compensatory-Adaptive Mechanisms of Bridge Prosthetics at the Terminal Dentition Defects with the Use of Intraosseous Implants by the Method of Electromyography //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 9. – С. 657-659.
8. Сафаров М., Дусмухамедов Н. Клинико-функциональная оценка мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 24-26.
9. Сафаров М. Т., Храмова Н. В. Метод электромиографии при протезировании концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов больным пожилого возраста //Клиническая геронтология. – 2018. – Т. 24. – №. 9-10. – С. 54-57.
10. Safarov M. T., Akhmadjonov M., Tashpulatova K. M. DYNAMICS OF RESTORATION OF MICROCIRCULATION OF THE PERI-IMPLANT ZONE IN THE AREA OF DENTAL IMPLANTS DURING EARLY FUNCTIONAL LOADS //British View. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
11. Сафаров М., Асимова С. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СРОКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 124-131.

12. Сафаров М. и др. Микробиологические показатели у больных со средними дефектами зубных рядов после несъемного протезирования //Stomatologiya. – 2016. – Т. 1. – №. 1 (62). – С. 31-35.
13. Salomovich S. S. CHOP ETTIRILGAN MAQOLALARIGA IQTIBOS KELTIRILISHI //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 3. – С. 255-276.
14. Khabilov N. L., Shzaripov S. S., Sh I. A. Comparative analysis of the functional state of the microcirculation of the prosthetic bed in patients with complete adentia after Covid-19 disease //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 15. – С. 56-60.
15. Salomovich S. S. et al. Assessment of Changes in the Microbiological Parameters of the Oral Fluid in Patients Who Underwent Sovid-19 with Complete Edentulism before and after Prosthetics //NeuroQuantology. – 2022. – С. 6734-6739.

CAD/CAM SYSTEMS IN DENTISTRY: CURRENT STATUS AND DEVELOPMENT PROSPECTS

Kamoliddinova L.N., To'rayeva J.SH., Sharofiddinova D.U. 107- B group of the faculty of dentistry.

Supervisor: Tolipova M.A., assistant of the Department of prosthetic dentistry.

The purpose of the study: to study the advantages of CAD / CAM technology in orthopedic treatment.

Summary. The emergence of CAD / CAM systems has become an important stage in the development of dentistry, which has simplified many stages of the manufacture of dentures. The article describes the main components of modern CAD/CAM systems: scanners, software and prototyping methods. For each of the components, various applications are presented with their advantages and disadvantages. The possibilities of the software operation are presented not only for modeling the structures of fixed and removable dentures in orthopedic dentistry, but also for the manufacture of surgical templates in implantology and various devices in orthodontics. Much attention is paid to various options for prototyping finished products using both milling technologies and modern additive methods.

Keywords: CAD/CAM system, scanner, software, rapid prototyping, 3D printing.

Dentistry has always been closely associated with new materials and technologies. Over the past century, in its development, it has gone through several revolutionary leaps, each of which determined the position of the specialty for decades to come.

Computer-Aided Design (CAD) and Computer-Aided Manufacturing (CAM) are terms that entered our practice in the 1980s. Due to the exponential growth of computer power, more and more new and advanced systems appear on the market every year. So, some companies offer us to completely abandon the use of impression

material and replace it with digital impressions that can be sent to any dental laboratory in the world via the Internet. Other manufacturers offer the manufacture of an all-ceramic crown or several restorations at once in one visit.

Of course, the pioneer in the field of digital dentistry is the Sirona company, which back in 1987 introduced the CEREC CAD / CAM system for creating ceramic inlays for the patient's chair. To date, a large number of different CAD / CAM systems have appeared on the market that can solve a wide range of tasks, from designing all types of dentures to templates for implantation.

Regardless of the manufacturer, any modern CAD/CAM system includes the following elements. Scanner - a device that allows you to convert the geometry of an object into digital data. Software (software) for product modeling (denture, template, individual abutment, skull bones). Production technology (milling unit, 3D printer), which transforms digital data into a finished product.

This system can be strictly closed or open. In closed systems, the software works only with the manufacturer's router and scanner.

Scanners. Prosthetic bed scanning is the first step in the manufacture of a dental prosthesis using any CAD/CAM system. The development of the first intraoral dental scanner dates back to the 1980s.

All scanners according to the principle of operation can be divided into 3 groups: optical, laser and photometric. In dentistry, optical and laser scanners have gained particular popularity.

According to their purpose, scanners are conditionally divided into clinical (intraoral) and laboratory ones. Intraoral scanners (Intraoral scanning) are gaining more and more popularity in dentistry. The number of manufacturers of intraoral scanners is steadily growing. The reason for this is the numerous advantages of using this technique in the daily practice of a dentist over the classical technique of taking an impression. The existence of the possibility of endless replenishment and updating of patient data at minimal cost in case of unsatisfactory quality of the resulting digital model is also one of the positive features of this method.

The work of modern intraoral scanners is based on non-contact optical technologies: confocal microscopy, optical coherence tomography, photogrammetry, active and passive stereoscopy and triangulation, interferometry and phase shift principles. To reduce such interference from scanned objects as transparency and reflection of materials, humidity (especially the oral mucosa) and random movements of the patient, some devices combine various methods for obtaining information about the relief of the object.

All intraoral scanners can be presented as a separate special computer module or connected to a regular personal computer manually.

Conclusion

Every year, digital technologies are increasingly being introduced into the practice of dentists, simplifying many stages of patient rehabilitation. CAD/CAM systems were most widely used in orthopedic dentistry, where they allowed not only to simplify many clinical and laboratory stages of manufacturing dentures, but also to abandon some stages altogether. Most researchers even predict the disappearance of such a specialty as a dental technician, and its replacement with a specialist in computer modeling.

LITERATURE

1. Salimov, O. A., Khusanova, S. A., Salimov, M., & Rahimjonov, A. R. (2022). Study of Factors Affecting the Quality of Raw Cotton During Storage and Processing. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF THEORETICAL & APPLIED SCIENCES, 3(3), 40-46
2. АКБАРОВ, А., & ТОЛИПОВА, М. (2022). COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CERAMIC AND COMPOSITE VENEERS. Журнал "Медицина и инновации", (2), 191-204.
3. Khabilov, N. L., Mun, T. O., Salimov, O. R., & Shukrapov, A. B. Ilyas Sh., Usmonov FK EXPERIENCE OF EXPERIMENTAL APPLICATION OF RATIONAL DESIGN OF DOMESTIC DENTAL IMPLANT. Central Asian journal of medical and natural sciences Volume, 2, 5-12.

THE STATE OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS.

Salimov O.R. head Department of Propaedeutics of Orthopedic Dentistry

*Tolipova M.A. assistant of the Department of Propaedeutics of Orthopedic Dentistry
Tashkent State Dental Institute*

Relevance. Viral (parenteral) hepatitis is one of the most serious and urgent problems of medical science and practical health care, as it is characterized by a continuously increasing incidence, poor outcome and mortality.

Key words chronic hepatitis, liver cirrhosis, oral cavity.

Hepatitis in connection with the breadth of distribution, the incidence rate, the severity of the course and the frequency of development of chronic forms are also considered as a socially significant problem. This is especially true for parenteral viral hepatitis B and C, the complications of which pose a serious threat to humanity, since many deaths are practically associated with them. According to WHO data, more than 1 billion people are infected in different countries of the world, in connection with which, in all regions of the world, a tense epidemiological situation associated with social and economic issues is stated.

In chronic hepatitis, patients most often complain of a perversion of taste sensations, a feeling of bitterness in the mouth, especially in the morning, a burning sensation and tingling in the tongue and lips. A burning sensation and soreness of the oral mucosa is often combined with a sensation of itching, especially pronounced in the sky. When examining the oral cavity, an icteric shade of the mucous membrane of the soft palate is noted, hemorrhagic phenomena, vascular "stars" are revealed on the oral mucosa, the mucous membrane of the gums becomes cyanotic. The course of hepatitis, especially hepatitis C, is accompanied by the development of extrahepatic manifestations of the disease. So, one of the frequent extrahepatic manifestations of viral hepatitis C is Shigren's syndrome, which is an autoimmune lesion of the exocrine (primarily salivary and lacrimal) glands. Sialoadenitis is detected in 14-57% of patients with chronic hepatitis. It is important to note that such patients exhibit manifestations of at least one of the two symptoms of Shigren's disease. The development of non-Hodgkin's lymphomas is the most severe complication of Shigren's disease. The risk of their development is 44 times higher in patients with Shigren's disease compared with the healthy population. They develop most often from the salivary glands, less often - in the lymph nodes and bone marrow. Lichen planus is another extrahepatic manifestation of chronic viral hepatitis C. It has been proven that lichen planus occurs on average twice as often in patients with hepatitis C than in the general population. Its manifestations successfully regress against the background of antiviral therapy.

With cirrhosis of the liver, the mucous membrane of the oral cavity in the early stages of the development of the disease differs little from that described above in hepatitis. In the developed stages of liver cirrhosis, against the background of general symptoms, a change in the color of the oral mucosa is noted. It becomes pale pink with a cyanotic tint, the veins of the tongue are dilated. Secondary deficiency of vitamin A can lead to severe hyperkeratosis, especially in areas of physiological keratinization of the oral mucosa (hard palate, gums). In the same areas where the mucous membrane is injured by the bite, especially in smokers, along with hyperkeratosis, cracks and long-term non-healing erosions are noted. The mucous membrane of the tongue atrophies to the level of desquamation of the epithelium. The foci of desquamation can be single or, merging, capture the entire surface of the tongue. The tongue becomes smooth, hyperemic, often there is a deepening of the natural folds of the tongue. The skin of the red border of the lips and the mucous membrane are thinned, therefore, median and lateral cracks of the lips, cracks in the corners of the mouth with delayed epithelization, prone to infection, may appear. The mucous membrane of the oral cavity is dry, candidiasis can be observed. In debilitated patients, fungal infection of the mucous membrane is chronic. The plaque

is torn away with difficulty from the underlying areas of the mucous membrane, where lichen-like foci can be seen as a result of the germination of mycelial filaments.

CONCLUSION. A variety of clinical forms of diseases and the specific features of their manifestations indicate that dentists are among the first specialists who should take part in the diagnosis, treatment and prevention of HCV, which requires mandatory knowledge of the symptoms of lesions in the oral mucosa and a competent approach to the examination of patients. A deep analysis of the dental manifestations of HCV can contribute not only to the early detection of the disease, but also to control the effectiveness of therapy.

LITERATURE

4. Salimov, O. A., Khusanova, S. A., Salimov, M., & Rahimjonov, A. R. (2022). Study of Factors Affecting the Quality of Raw Cotton During Storage and Processing. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF THEORETICAL & APPLIED SCIENCES*, 3(3), 40-46
5. АКБАРОВ, А., & ТОЛИПОВА, М. (2022). COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CERAMIC AND COMPOSITE VENEERS. Журнал "Медицина и инновации", (2), 191-204.
6. Khabilov, N. L., Mun, T. O., Salimov, O. R., & Shukrapov, A. B. Ilyas Sh., Usmonov FK EXPERIENCE OF EXPERIMENTAL APPLICATION OF RATIONAL DESIGN OF DOMESTIC DENTAL IMPLANT. *Central Asian journal of medical and natural sciences* Volume, 2, 5-12.

QALAY FTORIDLI (SNF₂) VA NATRIY FTORIDLI (NAF) TISH PASTALARNI TISH BIOPLYONKASIGA TA'SIRINI O'RGANISH.

Alimova H.R. Stomatologiya fakulteti 309-A guruhtalabasi

Ilmiy maslahatchi: TDSI Fakultet Ortopedik Stomatologiya kafedrasida assistenti

Nurullayeva M.O'.

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston.

Mavzuning dolzarbligi. Tish kariesi tish qattiq to'qimalariga ta'sir qiluvchi infeksiyali jarayon hisoblanadi. Tish karashlari kariesogen muhitda kislotali mahsulotlar ishlab chiqaradi. Odatda sotiladigan tish tozalash vositalarida natriy ftorid (NaF) keng tan olingan funksional kariesga qarshi vositadir. Shu bilan birga qalay ftoridning (SnF₂) ham kariesni erta oldini olish va gingivitni oldini olish xususiyati isbotlangan. Ushbu maqolada qaysi komponentli (NaF yoki SnF₂) tish pastasining bioplyonka tarkibidagi karies va boshqa kasalliklarni keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlarga rezistentlikni oshirish uchun ko'proq ta'siri bo'lishi yoritildi.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu maqola an'anaviy natriy ftorid o'z ichiga olgan tish pastasi bilan qalay ftorid o'z ichiga olgan tish pastasining ta'sir qilish rejimini bioplyonka tarkibidagi mikroorganizmlarga qarshi xususiyatlar bo'yicha solishtirishga qaratilgan.

Tadqiqot materiallari. Streptococcus mutans, Streptococcus sanguinis va Porphyromonas gingivalis dan iborat bo'lgan 3 turdagi bioplyonka modelitayyorlab olindi. Ularning har biriga 5 kun ketmakt 2 minutdan qalay ftoridli va natriy ftoridli tish pastalarita'sirettirildi.

Bioplyonka modelitaribidagi mikroorganizmlar massasiga bah o'berish uchun bo'yash usulidan foydalanildi.

Olingan natijalar. Qalay ftoridli tish pastasini ta'siridan keyin mikroorganizmlar biomassasi va hayotiyliigi sezilarli darajada kamaydi. Tish pastasining ta'siri bo'yash usuli bilan yanada tasdiqlandi. Yana ham muhim jihati shuki, SnF₂ tarkibli tish pastasi NaF tarkibli tish pastasiga nisbatan S. mutans va P. gingivalis biomassasini sezilarli darajada kamaytirdi. Barcha tajribalarda qalay ftoridli tish pastasi natriy ftoridli dan yuqori ta'sir ko'rsatdi.

Xulosa. Qalay ftorid o'z ichiga olgan tish pastasi nafaqat og'iz mikrobial bioplyonkasiga nisbatan yaxshi ta'sir ko'rsatdi, balki an'anaviy natriy ftorid o'z ichiga olgan tish pastasi bilan solishtirganda ko'p turdagi bioplyonka ichidagi mikrobial tarkibni modulyatsiya qila oldi. SnF₂ o'z ichiga olgan tish pastasi, shuningdek, ko'p turdagi bioplyonkaning hujayra tashqi polisaxarid ishlab chiqarilishini kamaytirishi va bioplyonkaning mikrobial tarkibini karies va gingivit bilan kurashishga yordam beradigan ekologik muvozanatga o'zgartirishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. I.X.Xalilov, B.O.Xudanov, Sh.B.Daminova, M.S.Muxammedova, F.I.Mirsalixova, D.U.Raxmatullayeva. Bolalar terapevtik stomatologiyasi (2017) 386-396.
2. C.Frank, K.Cherney. Stannous Fluoride in Toothpaste and Mouthwash: Pros and Cons (2019) <https://www.healthline.com/health/stannous-fluoride>
3. Vladimir W. Spolsky DMD, MPH, in Burt and Eklund's Dentistry, Dental Practice, and the Community. Plaque control and Promotion of periodontal health (2019) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323554848000277>
4. Ортопедическая стоматология: Руководство для врачей, студ. вузов и мед. училищ/ Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, В.А.Бычков, А.Аль-Хаким. М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 356с

ПРОЯВЛЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ибрагимов А.Х. клинический ординатор кафедры факультетской
ортопедической стоматологии ТГСИ

Научный руководитель: *Акбаров А.Н.*, д.м.н., профессор кафедры
факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: Бронхиальная астма является одной из актуальных проблем современной медицины, которая представляет собой гетерогенное заболевание и характеризуется наличием хронического воспаления дыхательных путей. Существенное влияние оказывает снижение у больных бронхиальной астмой барьерных свойств слизистой ротовой полости, что создает неблагоприятные условия для твердых тканей зуба и пародонта, усиливая воздействие микрофлоры и других патогенных факторов. Имеются сведения о наличии у больных бронхиальной астмой нарушений в системе иммунитета, предрасполагающих к возникновению заболеваний пародонта воспалительного характера (Емельянов А.В., 2000; Княженская Н.П., Потапова М.О., 2003).

Цель: Изучить объективные изменения на слизистой оболочке полости рта до и после протезирования у пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Для достижения поставленной были обследованы 50 пациентов со вторичной адентией, из которых 30 пациентов страдали бронхиальной астмой. Все пациентов были разделены на 3 группы в зависимости от применяемого вида базисного материала:

I группа: 10 пациентов бронхиальной астмой, получающие базовую терапию, и с материалом на основе полиоксиметилена;

II группа: 20 пациентов бронхиальной астмой, пользующиеся зубными протезами и получающие базовую терапию. Из них:

- А подгруппа - 10 пациентов с пластмассой горячего отверждения;
- Б подгруппа - 10 пациентов с материалом на основе нейлона.

III группа: контрольная-пациенты, не страдающие бронхиальной астмой, пользующиеся протезами.

Стоматоскопическое обследование полости рта пациентов проводили до протезирования и через 3 месяца после протезирования, визуально с помощью стоматологических инструментов и операционного микроскопа ОМ модели 178. Данная модель микроскопа дает увеличение в 4, 6, 10, 16 и 25 раз, благодаря чему возможно выявление невидимых невооруженным глазом патологических изменений слизистой полости рта. Обследование начинали с

осмотра красной каймы губ, слизистой оболочки губ, щек, мягкого и твердого неба, дна полости рта, десен, языка. Особое внимание обращали на состояние слизистой оболочки протезного ложа, его костной основы, степень и тип атрофии альвеолярных отростков, цвет, влажность, отечность, податливость, наличие эрозий, изъязвлений и других патологических изменений.

Результаты и обсуждение:

Таблица 1

Количественные показатели признаков воспаления слизистой оболочки полости рта через 3 месяца после фиксации протезов у групп исследования (n/%).

Симптоматические проявления	Группы исследования					
	I	II		III		
		A	Б	A	Б	В
Гиперестезия	6,20	10/66,7	6/40	1/10	3/30	2/20
Кровоточивость десен	2/6,7	6/40	5/33,3	1/10	2/20	2/20
Петехиальные высыпания	7/23,3	10/66,7	6/40	1/10	3/30	2/20
Десквамативный глоссит	0	8/53,3	7/46,7	0	0	0
Грибковый стоматит (кандидоз)	2/6,7	9/60	8/53,3	2/20	3/30	2/20

У пациентов с бронхиальной астмой на фоне приема гормональных ингаляционных средств наблюдаются изменения в полости рта как субъективные- гиперестезия, так и объективные, в виде кровоточивости, петехиальных высыпаний, налета (кандидоз). Через 3 месяца после протезирования наблюдались изменение данных результатов в сторону улучшения у группы пациентов с частично съемным пластинчатым протезом на основе полиоксиметилена. Усугубление картины обнаружили у групп пациентов с частично съемным пластинчатым протезом на основе акриловой пластмассы (Таб.1).

Заключение: Полученные данные позволяют заключить, что выбор материала, применяемого для изготовления базиса съемного зубного протеза, влияет на

возникновение первичных и вторичных признаков воспалительного процесса, в особенности у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом.

Литература

1. Habilov N. L. et al. Influence of removable laminar prostheses on the oral microbiocenosis //Medicus. – 2016. – Т. 6. – №. 12. – С. 82-5.
2. Akbarov A. N., Jumaev A. K. The choice of materials depending on the topography of partial dentition defects //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 46-49.
3. Akbarov A., Salimov O., Raximov B. APPLICATIONS OF ELECTROMYOGRAPHY AND MYOSTIMULATION INTO MEDICAL AND DIAGNOSTIC TACTICS IN THE COMPLETE ABSENCE OF TEETH //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2022. – Т. 2. – №. 10. – С. 76-80.
4. Дадабаева М. и др. Влияние общесоматических заболеваний на состояние органов полости рта (обзор литературы) //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 15-21.

ВЛИЯНИЕ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НА СОСТОЯНИЯ ЭМАЛИ, ДЕНТИНА И ПУЛЬПЫ.

***Фархадова Н.В.** Клинический ординатор кафедры Факультетской
ортопедической стоматологии*

***Ирсалиева Ф. Х:** доцент кафедры Факультетской ортопедической
стоматологии*

Предмет. Изучение влияния отбеливающего агента на элементы зубов и устранение осложнений остается важным и актуальным вопросом. В результате отбеливания происходит не только обесцвечивание органической составляющей твердых тканей зубов, что выражается в расширении эмалевых канальцев и изменении гидродинамических процессов в эмали зуба, но и повышается гиперчувствительность пульпы зубов.

Цель. Изучение жизнедеятельности эмали, дентина и пульпы при отбеливании зубов, а также последующей обработке их реминерализирующими средствами.

Методология. Для клинического исследования пульпы было отобрано 10 пациентов в возрасте с 18 до 45 и для гистологического исследования эмали и дентина было отобрано 18 интактных зубов, удаленных по ортодонтическим показаниям после проведения процедуры отбеливания, и 6 интактных зубов, не подвергавшихся процедуре отбеливания (контрольная группа). Для проведения отбеливания зубов была выбрана система, в состав которой входил гель на основе 16% перекиси водорода (amazingwhite). До проведения процедуры

исследовали пороговые возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы с помощью ЭОД. Процедура отбеливания проводилась трехкратно. После проведения процедуры отбеливания и реминерализирующей терапии были изготовлены гистологические препараты, изучение которых проводили с помощью микроскопа.

Результаты. Проведенное исследование выявило значительные структурные изменения в эмали и дентине зубов, возникающие в результате отбеливания, а чувствительность пульпы резко возросла. Применение реминерализирующих средств приводило к частичному восстановлению структуры эмали и дентина отбеленных зубов, тогда как в сочетании с лазерофонофорезом данная терапия приводила к полной нормализации структуры дентина, однако структура эмали оставалась прежней.

Выводы. Для восстановления структуры эмали наиболее предпочтительным является применение препарата на основе цинкозамещенного гидроксиапатита карбоната (Amazing White Minerals New, Stomysens (BioRepair)).

Ключевые слова: отбеливание, реминерализирующая терапия, структура твердых тканей, пульпа.

Список литературы.

1. Боровский, Е. В. Биология полости рта/Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. - Москва: Медицинская книга; Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 304 с.
2. Оценка изменений микроструктуры рельефа эмали и ее микротвердости, в зависимости от воздействия различными отбеливающими системами/ С. И. Гажва, Е. Н. Жулев, Д. А. Прогрессова, А. В. Ростов// Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 2, Ч. 3. - С. 14-20.
3. Крихели, Н. И. Отбеливание зубов и микроабразия эмали в эстетической стоматологии. Современные методы / Н. И. Крихели. - Москва: Изд-во Практическая медицина, 2008. - С. 191-204.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ЭТАПЕ ЦИФРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА

Арипов Ш.А. студент 502 А гр. стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Ризаева С.М., д.м.н., профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: Инновационные технологии набирают обороты в стоматологии, что способствует облегчению работы врача и улучшения качества лечения. В настоящее время на этапе планирования имплантации

можно определить правильное расположение не только самих имплантатов, но и расположение будущей ортопедической конструкции. Воссоздание естественного зубного ряда на имплантатах весьма практично. Именно сейчас увеличиваются требования к эстетической и функциональной составляющей ортопедических конструкций. Одним из определяющих факторов являются точность и безошибочность. Добиться таких результатов благодаря 3D-технологии компьютерного моделирования помогает применение программа хирургического шаблона.

Цель исследования: Построение ортопедической конструкции на этапе планирования имплантации при помощи программы изготовления хирургического шаблона на примере «3ShapeTrios-ImplantStudio».

Материалы и методы: Для построения хирургического шаблона и будущей ортопедической конструкции необходимы такие файлы как: скан зубных рядов верхней и нижней челюстей и скан зубных рядов в сомкнутом состоянии для определения высоты прикуса пациента, КЛКТ пациента в формате DICOM и программа поддерживающая ImplantStudio. После загрузки сканов и КЛКТ пациента, на этапе построения ортопедической конструкции можно определить размер, расположение и форму коронок. Так же можно определить правильные окклюзионные контакты в зубном ряде для предотвращения патологических нарушений ВНЧС.

Результаты и обсуждения: Благодаря возможности моделирования будущей ортопедической конструкции на этапе планирования имплантации улучшаются не только функциональные и эстетические аспекты, но и предотвращаем точечные суперконтакты что благоприятно сказывается на самом имплантате и ВНЧС.

Заключения: Отсутствие четкого планирования в процедуре имплантации и не использование хирургического шаблона, когда этого требует ситуация, может привести к различным осложнениям на этапе, когда стоматологом-ортопедом будут устанавливаться коронки на зубные имплантаты. Одной визуальной (рентгенологической) оценки костной ткани и наличия собственного клинического опыта, чтобы правильно провести операцию по имплантации без повреждения верхнечелюстной пазухи и полости носа, травмирования нервов и иных осложнений, недостаточно. Наличие хирургического шаблона позволяет хирургу установить имплантат с ювелирной точностью и исключить мельчайшие отклонения от курса сверления.

ҚОЛИП ОЛИШ УЧУН МИЛКНИ РЕТРАКЦИЯ ҚИЛИШ СИФАТИНИ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ БАҲОЛАШ.

*Хайдарова О. 315 гуруҳ стоматология факультетиталабаси. ТДСИ
Илмий раҳбар: Омонова Н.А., Факультет ортопедик стоматология
кафедраси ассистенти*

Тошкентдават стоматология институти, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг долзарблиги. Техник ва врачнинг асосий алоқа воситаси протез майдонининг қолипи ҳисобланади. Бунда юқори аниқликдаги қолип олиш жуда катта аҳамиятга эга. Юқори аниқликдаги қолип олишнинг асосий талабларидан бири таянч тишлар атрофидаги милкнинг аниқ шаклини акс эттириш ҳисобланади. Шундагина техникда протезни юқори сифатда моделлаштириш имконияти туғилади. Юқори аниқликдаги қолип тиш протезининг протез майдонига аниқ мос келишини таъминлайди ва иккиламчи кариес, милк қирраси яллиғланиши, протезнинг кўчиши каби асоратларнинг келиб чиқиш эҳтимолини камайтиради. Ўз ўрнида бу протезнинг хизмат қилиш муддатини узайтиради. Чархланган таянч тиш бўйин қисми анатомиясини, милк қиррасини қолипда яхши ифодалаш учун, тиш милк чўнтагига қолип олувчи материалнинг яхши кириши учун милклар ретракцияси ўтказилади.

Тадқиқотнинг мақсади. Қолип олишжараёнида милкни ретракция қилишнинг оптимал усулини танлашни клиник-функционал баҳолаш.

Тадқиқот материаллари.

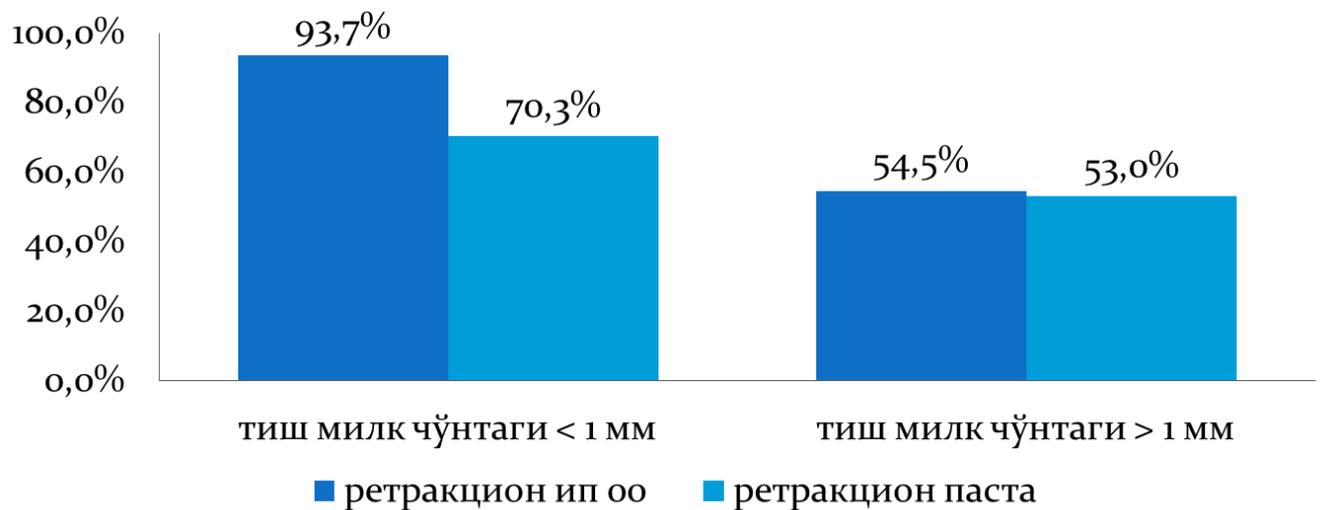
Ultraprak ретракцион ип (Ultradent, АҚШ)

Exrasyl ретракция учун паста (PierreRolland, Франция)

Тадқиқот методлари.

Тиш милк чўнтаги чуқурлигини аниқлаш, қолип олувчи массанинг тиш милк чўнтагига кириш чуқурлигини аниқлаш, лазерли доплер флоуметрияси, гигиеник текширув усуллари, милкларнинг қоновчанлик даражасини аниқлаш.

Олинган натижалар: Қолип олувчи материалнинг тиш милк чўнтагига кириш чуқурлиги (киёсий)



Хулоса: Ultraprak 00 (Ultradent, АҚШ) ретракцион ипи қолип олувчи материалнинг тиш милк чўнтагига максимал киришини таъминлайди.

Уступ қанча юза жойлашган бўлса қолип олувчи масса тиш милк чўнтагига шунча чуқур киради.

Ўрганилган барча ретракция усуллари милкларга травматик таъсир қилади ва бу маргинал милк микроциркуляциясини бузади. Милкларда қон айланишнинг ўз ҳолига қайтиши ретракция турига қараб 30 дақиқадан 1 суткагача давом этади.

Адабиётлар рўйхати.

1. Зиядуллаева, Н., Хожимуродова, Н., & Мухитдинова, Ф. (2021). Технические методы определения цвета зубов в ортопедической стоматологической клинике. *Stomatologiya*, (2(83), 72–76. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/169>
2. СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ ПРИ НЕПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЯХ

Зиядуллаева, Н., Хожимуродова, Н., & Яхёева, Г. (2022). СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ ПРИ НЕПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЯХ. Медицина и инновации, 1(4), 409–412. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/771

3.COMPARISON OF DETERMINATION METHODS TEETH COLORS
Зиядуллаева Н., & Хожимуродова Н. (2022). COMPARISON OF DETERMINATION METHODS TEETH COLORS. Медицина и инновации, 1(4), 502–504. Извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/948

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Косимов А.А. Клинический ординатор 1 курса кафедры ортопедической стоматологии

Научный руководитель. Акбаров А. Н. Профессор, доктор наук. Заведующий кафедрой Факультетской ортопедической стоматологии Ташкентский Государственный стоматологический институт.

Актуальность. Современная концепция диагностики и лечения кариеса зубов предполагает как можно более раннее выявление очагов деминерализации или деструкции эмали и неинвазивное или малоинвазивное восстановление утраченных тканей. В связи с этим, разработка методов, обеспечивающих не только констатацию наличия процесса разрушения твердых тканей зубов, но и позволяющих оценить степень его воздействия в количественном эквиваленте, является актуальной проблемой терапевтической стоматологии.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики и лечения начальных форм кариеса зубов путем объективной оценки степени деминерализации эмали методом спектрофотометрии.

Материал и методы. Степень деминерализации эмали зубов определяли, используя спектрофотометр VITA EasyShade, путем анализа следующих ее оптических параметров: светлота, насыщенность, цветовой тон и прозрачность. В качестве объекта исследования использовали 50 интактных, удаленных зубов. На высушенную поверхность каждого зуба наносили 37% ортофосфорную кислоту с целью искусственного воссоздания ситуации очаговой деминерализации эмали. Измерения оптических параметров эмали спектрофотометром VITA EasyShade проводились через каждую минуту в течение 10 мин. В исследовании приняли участие 35 добровольцев в возрасте от 15 до 35 лет с диагнозом «очаговая деминерализация эмали зубов» и

флюороз зубов. В зависимости от глубины поражения эмали процессом деминерализации были использованы 3 метода лечения: ToothMousse, ROCS Medical Minerals, Профилак, а также метода инфильтрации ее структуры препаратом Icon. Статистическая обработка проводилась с помощью программы MicrosoftOfficeExcel 2007.

Результаты. При измерении спектрофотометром VITAEasyshade участка интактной эмали получен усредненный показатель светлоты эмали 79, выраженный в единицах измерения. После экспозиции 37% ортофосфорной кислоты на поверхности эмали в течение 1 мин показатель светлоты увеличивался в среднем на 3 единицы, а глубина поражения соответствовала 0,5 мм или 500 мкм. После 4-минутной экспозиции 37% ортофосфорной кислоты на эмали усредненный показатель светлоты был равен 83 единицам, что соответствует глубине поражения эмали в 1 мм или 1000 мкм. По истечению 6 мин кондиционирования эмали была достигнута эмалево-дентинная граница, где показатель светлоты был в диапазоне 84—84,5 единиц. Показатель насыщенности повышался, тогда как показатель цветового тона (H) понижался по сравнению с исходными данными, но незначительно, что позволило использовать изменения показателя светлоты в качестве объективного критерия оценки степени деминерализации эмали. После проведенного лечения реминерализующими гелями была отмечена стабилизация процесса деминерализации эмали, основанная на показателях ее светлоты, замеренной до и после лечения. После проведения процедуры инфильтрации эмали препаратом Icon показатели светлоты (L) в среднем уменьшались на 2 единицы.

Вывод. Созданная объективная шкала оценки степени (глубины) очаговой деминерализации эмали, основанная на усредненных числовых значениях параметров ее светлоты (L), может использоваться для диагностики кариеса эмали. Спектрофотометрический метод является объективным способом при дифференциальной диагностике очаговой деминерализации эмали и флюороза. Для стабилизации и уменьшения глубины очаговой деминерализации эмали зубов целесообразно отдавать предпочтение методу инфильтрации кариеса.

TISHLARNING ZICH JOYLASHUVIDA PARODONT TO'QIMALARI HOLATINI BAHOLASH

Shamuhamedova F.A., Muratazayev S.S., Arifdjanova M.A.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Tadqiqot dolzarbligi: Hozirgi vaqtda zamonaviy bolalar terapevtik stomatologiyasi va ortodontik stomatologiyada bolalarning tish qatorlari anomaliyalarida kuzatiladigan parodont to'qimasi kasalliklarini oldini olish dolzarb muammolardan

biri hisoblanadi. Tishlarning zich joylashuvi parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayoni rivojlanishiga olib keluvchi xavf omillaridan biri hisoblanadi. Buning bir qancha etiologik omillari mavjud. Birinchi navbatda, tishlarning zich joylashuvi og'iz bo'shlig'i gigiyenasini qiyinlashtiradi, natijada ovqat qoldiqlari yeg'ilib qolishi va milk usti tish toshlarini hosil bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tishlarning zich joylashganida parodont to'qimasi mikrosirkulyatsiyasi buziladi. Parodont biotipi tishlarning zich joylashuvida yupqa bo'ladi va milk epiteliysi keratinizatsiyasi ham kamaygan bo'ladi. Bu omillarning barchasi parodont to'qimalari yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

Maqsad: Bolalarda tishlarning zich joylashganligida milkning klinik-funksional holatini baholash.

Materiallar: TDSI bolalar terapevtik stomatologiyasi poliklinikasi va ortodontiya poliklinasiga kelgan 70 ta tishlarining zich joylashganligiga shikoyati bo'lgan 8-16 yoshdagi bolalar.

Metodlar: Parodont to'qimasi holatini aniqlash maqsadida quyidagi indekslardan foydalanildi: OHI-S (ball), PMA (%), CPI (ball) va milk qonash indeksi (ball).

Tadqiqot natijasi: Taqdiqotda 8 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan 42 ta o'g'il bolalar va 38 ta qiz bolalar parodont holati 4 xil indeks bo'yicha tekshirilganda quyidagi natijalar olindi:

O'g'il bolalarda OHI-S $2,38 \pm 0,16$ ball
PMA 11,57%

CPI $2,38 \pm 0,17$ ball

Milk qonash indeksi $3,2 \pm 0,16$ ball

Qiz bolalarda OHI-S $2,33 \pm 0,16$ ball
PMA 11,26%
CPI $2,18 \pm 0,17$ ball

Milk qonash indeksi $3,2 \pm 0,16$ ball

Xulosa: Olingan natijalardan ko'rinib turganidek, tishlarning zich joylashuvida uning darajasiga bog'liq holda parodont to'qimasida yallig'lanish kasalliklari kuzatiladi. Bunday bemorlar ortodontik davo bilan birgalikda parodont to'qimalari kasalliklarini terapevt stomatolog ham davolashi talab qilinadi. Bemorlaga kompleks davo o'tkazilishi davolash samaradorligini oshiradi.

Литература

1. Нигматов Р., Нигматова И., Нодирхонова М. Состояние языка у детей при аномалиях зубочелюстной системы //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 4. – 2021. – Т. 1. – №. 02.

2. Нигматова, И., Ходжаева, З., & Нигматов, Р. (2018). РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОФУНКЦИОНАЛЬНОГО АППАРАТА. *Stomatologiya*, 1(4(73)), 30–33. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1938>

3. Нигматов, Р., Акбаров, К., Нигматова, И., & Нодирхонова, М. (2021). ПЕРЕСЕЧЕНИЕ РЯДОВ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ДЕТСКОГО ОБМЕННОГО ПРИКУСА ДИАГНОСТИКА ПРИКУСА ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ. *Stomatologiya*, 1(1 (82)), 38–40. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/93>

4. [Early prevention of speech disorders in children using the myofunctional apparatus](#)
IM Nigmatova, ZR Khodzhaeva, RN Nigmatov - Scientific and practical journal" *Stomatologiya*, 2018

5. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ СМЕННОГО ПРИКУСА
Р Нигматов, И Нигматова, М Нодирхонова - *Stomatologiya*, 2019

6. Нигматов, Р., Нигматова, И., Нодирхонова, М., Абдуллаева, Н., & Абдуганиева, Н. (2021). АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ. *Stomatologiya*, (2(83)), 36–39. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/178>

MANAGEMENT OF MISSING MOLARS WITH ORTHODONTIC SPACE CLOSURE

Доц. Муртазаев С.С., асс. Муратова Г.А., Кадиров Азамат, Суръатов Дилшод Хикматилла угли.

Abstract. Premature molar loss results in inclination of teeth adjacent to the edentulous gap, uneven marginal ridges, posterior collapse of bite, and atrophy of the residual bone width. The orthodontic treatment aimed at closing post-extraction spaces is one possible treatment plan. However, in many cases this movement is compromised by the collapse of cortical plates and the decrease of the osseous corridor. Due to this problem, flexicorticotomy may be considered as an alternative in the mesialization of molars to improve residual bone width and to accelerate orthodontic movement. A 22-year-old female patient underwent extraction of the right mandibular first molar. A flexicorticotomy was performed to accelerate the mesial movement of teeth number 37 and 38, using a miniscrew for absolute anchorage. This technique helped mesialize teeth number 37 and 38, attaining a stable class I relationship, thus finding an orthodontic solution to a problem that was historically treated only prosthetically. In conclusion, this technique facilitates the mesial movement of molars, reaching treatment goals more effectively, and saving costs by avoiding further prosthetic treatment.

INTRODUCTION. The orthodontic movement aimed at closing posterior edentulous gaps is a clever idea but often difficult to perform due to a decrease in residual alveolar ridge width and the common collapse of the vestibular and lingual tables at the extraction site, especially if it has been done long ago. 1 Premature loss of

the first permanent molar is very common because it appears in the oral cavity at an early age, with more chances to experience cavities and to require early extraction.^{2,3} This causes the mesial inclination of the second and third molars, distalization of premolars, extrusion of the antagonist molar, alteration of the gingival margin to the inclined molar, uneven marginal ridges, food impaction and finally bite collapse, producing occlusal interferences, periodontal diseases, bruxism, decreased chewing effectiveness and alterations at the temporomandibular joint.⁴⁻⁶ Therefore, one of the possible treatments is the orthodontic closure of these edentulous spaces.

Treatment plan

Roth slot 0.022" orthodontic apparatus was placed, performing the following actions: alignment and leveling, placement of orthodontic implant between teeth 35 and 34, flexicorticotomy for the mesialization of teeth 37 and 38, completion and containment, placing upper and lower circumferential retainer.

Treatment phases

Phase 1. Alignment and planing

The following sequence of archwires was used during a 5-month period.

- 1) 0.012" NiTi archwire. Super Elastic
- 2) 0.014" NiTi archwire. Super Elastic
- 3) 0.018" NiTi archwire. Super Elastic
- 4) 0.017" x 0.025" NiTi. Super Elastic
- 5) 0.018" x 0.025" NiTi. Super Elastic

Phase 2. Work

At this stage, anterior upper interproximal stripping was performed to correct the mild crowding and improve overjet. Flexicorticotomy was performed to achieve the displacement of teeth 37 and 38 in less time. Absolute anchorage was placed with ortho implant of 8 x 1.7 mm and .022" slot between teeth 34 and 35, conducting mesialization with orthoimplant chain to the power-arm of teeth 37, achieving a mass movement. Stainless steel 0.018" x 0.025" archwire was used. Lower impressions and photographs were also taken one, three, six, nine months and one year later to observe and quantify the mesialization of tooth units

Phase 3. Completion

Coordinated stainless steel archwires of 0.017" x 0.025" mm were placed. Upper Gingivoplasty. Replacement of brackets in teeth 24 and 25.

Phase 4. Retention

RESULTS. The mesialization of second and third lower molars was monitored for a year, taking the distance between the vestibular cusp of tooth 35 and the mesio-vestibular cusp of tooth 37—which was 14 mm—as an initial measurement. In the first month after flexicorticotomy, there was a 1 mm closure; at 3 months it was 3 mm, at 6 months it was 5 mm, at 9 months it was 6 mm, and one year after the procedure the closure between dental pieces reached 8 mm.

DISCUSSION. Orthodontic movement is influenced by increased alveolar bone metabolism and decreased bone density. Therefore, the bone turnover rate determines the quantity and quality of movements. High bone turnover significantly increases the rate of dental movement.^{13,22-24,27,28} For this reason, flexicorticotomy seeks to

modify the cortical layer of alveolar bone with minimal alteration of the spongy or spinal bone, influencing the bone turnover rate, significantly increasing the number of osteoclasts, which are known to be responsible for the removal of bone on the pressure side of the applied force, and thus accelerate the orthodontic movement.^{1,3,25,29-31} The regional acceleratory phenomenon described by several authors (Hiaji, 2000, Frost, 1989 and Wilcko, 2009) has been proven over the years, offering insights into bone histology and physiology of the orthodontic movement. Lee (2006) found that this surgical technique works well due to induction of a transient osteopenia at the lesion site, which triggers exaggerated cellular activity, intensifying the transformation of macrophages into osteoclasts, and thus healing occurs 2 to 10 times faster than a physiological healing, offering a time window to accelerate orthodontic movement, which begins within a few days of the injury, with typical peaks at 1 to 2 months, and usually lasts up to 4 months, but may take up to 6 to 24 months to decrease.^{8,10,11,32,33,34} However, according to Saad's study (2010), RAP remains while the orthodontic movement continues, and once it stops, the same will occur with osteopenia

CONCLUSIONS. The flexicorticotomy approach helped accelerate dental movement, with added benefits to patient as it reduces treatment time. This technique makes difficult movements possible, as it successfully mesializes lower molars, thus eliminating the use of prosthetics. Similarly, the use of flexicorticotomy did not produce root resorptions, nor gingival dehiscences, achieving the full closure of edentulous space in a short period of time

REFERENCES

1. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., уч. «Ортодонтия»// том 1 – 2020 г
2. Хабилов Н.Л., Шомухамедова Ф.А., Арипова Г.Э., Муртазаев С.С., Насимов Э.Э., Мирсалихова Ф.Л.. «Ортодонтия с детским зубным протезированием», 2016
3. Нигматов Р.Н., Шамухамедова Ф.А., Нигматова И.М. « Ортодонтия» 2021 г. 2 том).
4. Melsen B. Limitations in adult orthodontics. In: Melsen B, editor. Current Controversies in Orthodontics. Chicago, IL: Quintessence; 1991. pp.147–80.
5. William R. Proffit, Henry W. Fields, Jr. Brent E. Larson, David M. Sarver « Contemporary orthodontics» 2019
6. Ravindra Nanda, Flavio Andres Uribe, «Atlas of Complex Orthodontics» 2017. Editor "Elsevier"
7. Article of Optimization approach for the mesialization of lower molars by Virginia B. Montilla P.2, María Valentina Martínez M.3, Dayanna Tomich B

О ВАЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ФОТО-ПРОТОКОЛА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО- ЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Машарипова С.К., Миржанова А.М.

Научный руководитель: Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э.

*Кафедра ортодонтии и несъемного протезирования
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Актуальность: Прогнатический прикус характеризуется несоответствием формы, величины и положения верхней и нижней челюстей в сагиттальном направлении (А.И.Бетельман, 1958; Д.А.Калвелис, 1964; Е.И.Гаврилов, И.М.Оксман, 1968 и др.) [1] Ранним клиническим симптомом развития дистальной окклюзии у детей 4-5 лет является положение дистальных поверхностей вторых молочных моляров в одной вертикальной плоскости. [2] Распространенность прогнатического прикуса у детей и подростков колеблется от 15 до 20% [1]. В популяции европеоидов соотношение резцов по II классу, I подклассу встречается также 15-20 % [3]. Пациенты с данной аномалией окклюзии зубного ряда не всегда знают о своей патологии, но в большинстве случаев имеет жалобу на профиль лица. При ортодонтическом, ортопедическом, хирургическом вмешательствах дистальный прикус можно исправить [3]. Клинический фотопротокол в ортодонтии выполняет такие функции, как зафиксирование изначального состояния зубов и прикуса, запечатлеть эффект ортодонтического лечения в динамике, запротokolировать окончание лечения. Также он позволяет продемонстрировать и объяснить пациенту клиническое состояние и картину его ротовой полости и зубочелюстной системы в целом, анализировать недочеты и неточности, сложно выявляемые в процессе работы, тем самым помогая пациенту в принятии решений в пользу лечения. Как правило, ортодонтические процедуры длятся не меньше года. За это время вполне пациент адаптируется к изменениям зубочелюстного аппарата и может «забыть», как выглядели зубы и какой был зубной ряд до обращения к специалистам.

Сравнивая эти снимки, можно легко отследить эффективность лечения. Фотопротокол наглядно демонстрирует, как изменяется улыбка пациента. Это мотивирует его пройти лечение до конца и добиться потрясающего результата [4].

Цель работы: выявить значимость визуализированного лечения, определить план лечения

с фото-протоколом и без него.

Материалы и методы: 36 человек в возрасте от 12 до 35 лет.

Результаты: все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 18 человек, лечение которых проводилось с применением полного фото протокола и демонстрацией фотографий схожих клинических ситуаций, и 18 пациентам из другой группы лечение проводилось по традиционной схеме. проводилась по специально разработанной карте обследования и включала оценку следующих параметров: оценка лица в переднезаднем, в вертикальном, в поперечном направлении, оценка мягких тканей: тонус губ, эстетика улыбки, внутриротовое обследование: верхних и нижних дуг, зубов в прикусе; резцовая классификация, боковые сегменты, центральная линия., окклюзионные контакты с зубами-

антагонистами и проксимальные контакты, выраженность морфологические параметров зуба, макро- и микрорельефа. Кроме того, проводилась оценка процентного соотношения санаций полости рта в группе пациентов, прошедших фото протокол, и в группе пациентов без проведения цифровой фото-съемки. Срок наблюдений составил 1 год, в течение которого дважды после проведенного лечения пациенты приглашались на **контрольные осмотры**.

Выводы: в первой группе обследованных уровень мотивации к проведению стоматологического лечения оказался очень высоким (100%) и у всех 18 человек была проведена полная санация полости рта, включая консультации и лечение у смежных специалистов стоматологического профиля. 60% пациентов данной группы было проведено ортодонтическое лечение. Во второй группе пациентов уровень мотивации к проведению стоматологического лечения оказался более низким. При этом ортодонтическое лечение было выполнено по плану. Важно понимать что такое «экспозиция» в фото протоколе.

Литература.

1. Л.П.Григорьева Прикус у детей.стр 78
2. Л.С.Персин ОРТОДОНТИЯ.Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Руководство для врачей.стр226
3. An introduction to orthodontics .Fourth edition. Laura Mitchell Mbe стр159
4. Domenyuk D.A., Vedeshina E G., Dmitrienko S.V. Mistakes in Pont (Linder-Hart) method used for diagnosing abnormal dental arches in transversal plane. Archiv EuroMedica, 2016; 6(2): 23-26.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ПЛАНИРОВАНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Исмаилова.М.Ш., студентка 408 “Б” гр.стом.фак.ТГСИ

Научный руководитель: Ярашева.Н.И., ассистент кафедры факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ

Актуальность исследования: В наше время многие нуждаются в ортопедическом лечении зубов в связи с их утратой. Зачастую перед протезированием пациентам хочется поскорее увидеть эстетический вид своих будущих зубов. Но на данный момент многие стоматологи ограничиваются лишь словесным объяснением пациенту, как будет выглядеть улыбка или фронтальный ряд зубов после лечения и зрительное представление у человека остаётся в стороне. В связи с этим после проведенного лечения между пациентом и врачом нередко возникают разногласия по поводу эстетического вида итогового результата, также из-за отсутствия визуализации данные разногласия могут возникать между врачом стоматологом и зубным техником.

Цель исследования: выявить эффективность планирования эстетического результата с помощью компьютерных технологий и специального программного обеспечения

Материалы и методы исследования: для выявления эффективности компьютерного воспроизведения эстетического результата у 10 пациентов были сняты фотоснимки зубного ряда в различных проекциях. Дальнейшая работа проходила без участия пациентов, на компьютере. Для оценки и сравнения качества компьютерного воспроизведения, дизайн улыбки пациентов воссоздавался с помощью 3-х компьютерных программы дополнений, это :Adobe Photoshop CS6 , PowerPointc дополнениями DSD (DigitalSmileDesign) и SmileDesignerPro. Для создания и планирования эстетического результата на всех трех программных обеспечениях были предприняты шаги:

1. Выгрузка диагностических фотографий пациентов
2. Определение горизонтальных линий и плоскостей лица
3. Анализ формы лица и зубов
4. Анализ и планирование формы и размеров будущих зубов
5. Моделирование будущей улыбки

Результаты и обсуждение: Цифровая стоматология – это современная отрасль стоматологии, которая направлена на устранение ручного труда. Она позволяет добиться высокой точности в лечении пациента с использованием лишь компьютерных технологий. Данные манипуляции можно совершать с помощью технологий CAD/ CAM (англ. ComputerAidedDesign, ComputerAidedManufacturing (дизайн с помощью компьютера/производство с помощью компьютера)), которые производят коронки, протезы, импланты и т.д., автоматизированно спроектированными и произведёнными благодаря DSD технологии (DigitalSmileDesign) Цифровой дизайн улыбки является цифровым инструментом, оценивающим эстетические отношения между десной, зубами, лицом и улыбкой, с помощью линий, которые накладываются на цифровые фотографии пациента. Использование цифровой стоматологии позволяет сочетать лечение с эстетическими требованиями пациентов. Из этого следует, что развитие и использование реставрационных материалов цвета зубов оптимизируется. Всё это приводит к сокращению использования стеклокерамики, металлов и т.д. Однако были проведены исследования, в которых было доказано, что сочетание традиционных и цифровых методов, таких как DSD, приводит к потрясающим результатам, а именно это позволяет избежать ненужного износа зубов, сократить количество внутри ротовых корректировок и т.д.

Выводы: таким образом, внедрение цифровых технологий намного облегчит работу стоматологов. Они дают возможность врачам доступно объяснить курс лечения и наглядно показать корректировки, которые будут произведены. Надо отметить, что уже на начальных этапах работы пациент способен внести свои предложения. Технологии цифрового дизайна улыбки в сочетании с CAD/CAMпомогут точно и быстро производить все процедуры, которые раньше при обычном методе занимали несколько дней.

Литература

1. Moises F. Дизайн улыбки. Комплексная реставрация по эстетическим показаниям. Проблемы стоматологии. 2015;1:39-43.

2. GarciaPP, daCostaRG, CalgaroM, RitterAV, CorrerGM, daCunhaLF, etal. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. Journal of Conservative Dentistry. 2018;21:455-8.
3. Omar D, Duarte C. The application of parameters for comprehensive smile esthetics by digital smile design programs: a review of literature. TheSaudiDentalJournal. 2018;30:7-12.
4. Валерио Б. Эстетический цифровой дизайн улыбки (ЭЦДУ): визуальное 3D восприятие и пространственные морфологические показания. Часть 1. Цифровая стоматология. 2018;8:83-8.
5. Гусейнов РА, Соседки ДЮ, Снеткова ВА. Опыт применения цифровых технологий на этапе планирования эстетической реабилитации. Институт стоматологии. 2019;3:75-7.
6. Арыхова ЛК, Борисов ВВ, Севбитов АВ. Цифровой дизайн улыбки. ВестникАвиценны. 2020;22(2):296-300. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-2-296-300>

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Муртазаев Саидмурод Саъдаллоевич, Абдуазимова-Озсойлу Лола
Абралходжаевна, Мазифарова Камила Руслан кизи*

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
город Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время многие принципиальные аспекты профилактики в процессе ортодонтического лечения еще не полностью решены. Отсутствуют данные о применении метода глубокого фторирования в ортодонтии. Недостаточно освещены вопросы оценки резистентности эмали зубов и эффективности реминерализующих средств с помощью электрометрического метода в процессе ортодонтического лечения. Нет эффективных мотивационных методик обучения и самоконтроля за качеством чистки зубов ортодонтических пациентов. В связи с этим актуальной задачей является дальнейшая разработка профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики, профилактики и лечения кариеса зубов при ортодонтическом лечении пациентов несъемной аппаратурой.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 детей в возрасте от 12 до 18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью аппарата KAVoDIAGNOcam. Применены такие методы исследования как клинический, эпидемиологический, инструментальный (лазерно-флуорисцентный), статистический.

Практическая значимость работы. В результате научного исследования определена эффективность ранней диагностики кариеса зубов с наличием

несъемных ортодонтических конструкций у детей. Что позволит своевременно провести методы первичной и вторичной профилактики кариеса зубов и значительно сократить расходы на лечение.

Выводы: При ортодонтическом лечении с помощью несъемной техники следует ежемесячно мотивировать пациентов на проведение гигиены полости рта, совершенствовать гигиенические знания, прививать и контролировать мануальные навыки и умения. Для профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта при использовании несъемной ортодонтической аппаратуры рекомендуется следующий комплекс мероприятий: Проведение эндогенной безлекарственной профилактики путем снижения частоты потребления углеводов, по возможности исключить их употребление между приемами пищи, закрепления после каждого приема пищи привычки полоскать полость рта водой. Выполнение экзогенной профилактики путем осуществления профессиональной гигиены полости рта и обучения индивидуальным гигиеническим процедурам в течение 3 плановых посещений до установки ортодонтической аппаратуры и каждые 3 месяцев в ходе ортодонтического лечения.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА СОПОСТАВЛЕНИЯ 3D-МОДЕЛЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Сейнуллаев Ш.А. студент 505-С гр. Стом. Фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Кадыров Жасур Мавжудович, Ассистент кафедры
Ортодонтии и зубного протезирования*

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан*

Актуальность. Комплексная диагностика аномалий окклюзии и полноценное планирование ортодонтического лечения играют решающую роль в практике врача-ортодонта. При планировании ортодонтического лечения определяется не только метод лечения, но и выбор конструкции ортодонтического аппарата. Планирование лечения пациентов должно основываться на тщательном клиническом обследовании, на индивидуальном подходе с учетом комплекса характерных антропометрических и рентгеноцефалометрических показателей. За последние годы наука сделала большой скачок в сфере технического оснащения человечества. Наличие персонального компьютера в ежедневной практике врача-ортодонта, является неотъемлемой частью работы и оказания высокоэффективной помощи пациентам. Ни одна консультация и ни одно планирование лечения не обходится без анализа специальных методов диагностики. Для повышения качества планирования лечения необходимы инструменты для оценки динамики изменений, происходящих в ходе ортодонтического лечения, анализа ошибок с целью дальнейшей коррекции плана лечения. Знание врачом-ортодонтом различных методов анализа моделей зубных рядов, рентгенограмм фотографий, используемых для точной и обстоятельной ортодонтической

диагностики, имеет решающее значение для планирования и лечения. Ни один из методов не способен в полной мере дать оценку изменениям, происходящим в ходе лечения. Предложенные методики либо предлагают в качестве референтных ориентиров анатомические структуры зубов и резцовый сосочек, которые могут изменять свое положение в ходе лечения, либо не позволяют констатировать и оценить степень мезиального смещения боковой группы зубов, при наличии у пациента двустороннего мезиального смещения моляров. Учитывая актуальность и практическую значимость вышеописанной проблемы, было принято решение о проведении данного исследования. Настоящее исследование направлено на обеспечение врачей-ортодонтонтов удобным и эффективным инструментом, а также оптимизирование процесса анализа и оценки качества проведенного лечения при помощи экспресс-метода сопоставления 3D-изображений зубных рядов пациентов на различных этапах лечения.

Материалы и методы. Для проведения настоящего исследования было отобрано 120 человек, в возрасте от 18 до 25 лет, обоего пола, с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии, без скелетной патологии, прошедших санацию полости рта и обратившихся к врачу-ортодонтонту по поводу ортодонтического лечения. Пациенты предъявляли жалобы эстетического характера.

Результаты и обсуждение. В ходе настоящей работы обследовано 120 человек, в возрасте от 18 до 25 лет, обоего пола, с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии, без скелетной патологии, прошедших санацию полости рта и обратившихся к врачу-ортодонтонту по поводу ортодонтического лечения. Всем пациентам проводилось ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники. В ходе исследования каждому пациенту были проведены клинические и дополнительные методы обследования. Дополнительное обследование включало в себя 3D-сканирование гипсовых моделей зубных рядов до и после ортодонтического лечения с последующими расчётами основных антропометрических параметров, анализ конусно-лучевых компьютерных томограмм головы пациентов до и после ортодонтического лечения, анализ телерентгенограмм головы в боковой проекции до и после ортодонтического лечения. Для достижения поставленной цели всем пациентам проведено сопоставление 3Dмоделей зубных рядов до и после ортодонтического лечения с использованием референтных ориентиров в программе «Ortho 3D» для дальнейшего сравнительного анализа направления и степени изменения положения зубов в процессе лечения. Для этого проводилось сравнение основных антропометрических параметров зубных рядов на сопоставленных изображениях верхнего зубного ряда. В ходе настоящего исследования было поставлено несколько основополагающих задач, одной из которых явилось определение анатомической области, подвергающейся наименьшим изменениям в процессе ортодонтического лечения для того, чтобы при сопоставлении 3D-изображений до и после лечения врачи могли опираться на неподвижные анатомические ориентиры, не

изменяющие своего положения в процессе перемещения зубов и зубных рядов у исследуемой группы пациентов, и процесс сопоставления моделей на различных этапах лечения был максимально точным. Для этого был проведен сравнительный анализ КЛКТ ЧЛЮ пациентов до и после ортодонтического лечения. 89 В ходе проведенного исследования были изучены 40 конусно-лучевых компьютерных томограмм до и после лечения у 20 пациентов с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии.

Выводы: 1. У пациентов с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии область твёрдого нёба подвержена наименьшим изменениям в процессе ортодонтического лечения относительно других костных структур на верхней челюсти. Максимальное расхождение контуров твёрдого нёба в данной области при сопоставлении сагиттальных срезов конусно-лучевых компьютерных томограмм головы до и после лечения составило 0,8мм. При проведении исследования можно опираться на слизистую оболочку в области твёрдого нёба, как на наиболее стабильную и считать её референтной зоной при сопоставлении 3D-моделей зубных рядов.

2. Оценка антропометрических параметров при сопоставлении 3D-моделей зубных рядов позволяет определить степень изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения в том или ином направлении. Алгоритм сопоставления 3D-изображений на разных этапах ортодонтического лечения позволяет оценить в каком направлении, в какую из сторон и на сколько произошли те или иные изменения положения зубов.

РАЗНИЦА В РАСПРЕДЕЛЕНИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ РАСШИРЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЫСТРОГО РАСШИРИТЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (RME) И СКЕЛЕТНОГО РАСШИРИТЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (MSE) — АНАЛИЗ МЕТОДОМ КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

Холмунинова Г.А. студентка 301 гр. Стом. Фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Кодиров Ж.М. Ассистент кафедры ортодонтии и
зубного протезирования*

Ташкентский Государственный Стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Скелетный расширитель верхней челюсти (MSE) в сочетании с мини-винтами был разработан для преодоления недостатков, которые могли возникнуть при использовании обычного быстрого расширителя верхней челюсти (RME). Это исследование было проведено для анализа различий в распределении напряжения расширения верхней челюсти с использованием RME и MSE в области интереса (ROI): первые моляры (M1), небные альвеолярные кости M1, небные швы, скуловые швы, минивинты и их окружающие кости.

Цель исследования. Расширения верхней челюсти состояла в том, чтобы оптимизировать зубочелюстной ортопедический эффект при минимизации зубоальвеолярных побочных эффектов, таким образом, общее расширение, полученное за счет использования быстрого расширения верхней челюсти,

можно разделить на скелетное расширение, альвеолярное расширение и сгибание или наклон зубов.

Материалы и методы. Череп был отсканирован с помощью КЛКТ и преобразован в трехмерную (3D) модель черепно-челюстных структур. Анализ данных проводился как визуально, так и численно.

Результаты. Распределение напряжения в группе RME было локализовано на небной стороне M1, мезиальной стороне небного альвеолярного отростка M1, пульповой камере M1 и нижней коре небных швов. Распределение напряжения в группе MSE было локализовано на дистально-небном бугорке M1, небной стороне небного альвеолярного отростка M1, а также в нижней и верхней коре небных швов. Распределение напряжения в скуловых швах в обеих группах было локализовано в скулово-височных швах, тогда как в мини-винтах напряжение было локализовано в передних мини-винтах и на небной стороне окружающих костей. В этом исследовании данные были проанализированы как визуально, так и численно для каждой интересующей области (ROI), которые находились на верхнем первом моляре, небной кости первого моляра верхней челюсти, небном шве, скуловом шве, минивинтах и небной кости вокруг введения минивинтов. сайт, где в общей сложности было протестировано 20 250 узлов. Визуально используются распределение и концентрация напряжений вместе с цветовой картой, где красный цвет показывает наибольшую концентрацию напряжения, а синий — наименьшую концентрацию напряжения. Были рассчитаны средние значения и стандартные отклонения MaxPS, MinPS и фон Мизеса для каждой модели. Статистическую значимость определяли на уровне $p < 0,05$. Визуально была обнаружена разница в расположении концентрации напряжения верхнего первого моляра в группе RME и группе MSE.

Выводы. По-видимому, были значительные различия в распределении стресса для группы RME по сравнению с группой MSE. Различия в распределении напряжения как визуально, так и статистически были обнаружены в интересующей области верхнего первого моляра (ROI), небной альвеолярной кости первых моляров, небном шве и скуловых швах. Исходя из этого, исследование показало потенциальную пользу для клинициста от использования MSE по сравнению с RME, например, возможное уменьшение распределения нагрузки на щечную кость, параллельное разделение небного шва и минимизация опрокидывания зубов.

Литература .

1. Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Кодиров Ж.М., Жумаева Н.Б. "К опросу о методах расширения верхней челюсти" Научно-практический журнал "Stomatologiya" No 4 (81), Т.- 2020. -С. 67-71.
2. Г. Э. Арипова, Э. Э. Насимов, Н. Б. Абдукадырова, С. К. Машарипова «РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РАСШИРИТЕЛЯ У ДЕТЕЙ И ПОРОСТКОВ» «Стоматология- наука т практика. Перспективы развития» Волгоград (2022)

3. Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М., Нигматова И.М., Рахматуллаева Н.Р., Давронова Р.Х. "Сравнительная оценка различных ортодонтических расширителей верхних челюстей у детей сменного прикуса" Научно-практический журнал "Stomatologiya" 2 (83), Т.- 2021. -С. 40-44.

ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ

Мардонов О.Д студент 302 гр. Дет Стом. Фак. ТГСИ

Научный руководитель: Кадыров Жасур Мавжудович Ассистент кафедры Ортодонтии и зубного протезирования

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан

Актуальность: От 30 до 55% взрослого населения с аномалиями и деформациями зубных рядов нуждаются в ортодонтическом лечении. Продолжение развития технологии временной скелетной опоры привело к усовершенствованным модификациям ортодонтических микроимплантатов. В частности, корейская компания "BioMaterials" в сотрудничестве с несколькими исследовательскими институтами и кафедрой ортодонтии Yonsei University Seoul Korea под руководством проф. Chung-Ju Hwang при участии проф. Kyung S.H., Jung-Jul Cha, Yoon B.S., Hong R.K. разработала усовершенствованную систему микроимплантатов, которая отличается полным спектром размеров имплантатов и видов головок. Это решает проблему расширения выбора зон установки имплантатов, а также дает возможность решать сложные клинические задачи. Несомненно, при установке микроимплантата врач-ортодонт получает абсолютную внутрикостную и независимую опору в полости рта, которую он может использовать для перемещения отдельных зубов и групп зубов с помощью различных механик. В связи с этим применение микроимплантатов в качестве опоры для перемещения зубов становится всё более актуальным. Появление множества систем микроимплантатов позволяет врачу сделать выбор соответственно клинической ситуации. В последние годы показания к временной имплантации при ортодонтическом лечении значительно расширились:

- перемещение или стабилизация отдельных зубов или групп зубов при множественной адентии;
- ретракция передних зубов верхней челюсти без потери стабилизирующей опоры;
- мезиальное, дистальное перемещение боковых зубов верхней и нижней челюстей;
- интрузия зубов;
- вытяжение ретенированных зубов

Цель исследования: Найти надёжной опоры на костные структуры и полноценный контроль для перемещения зубов, изначительной расширения возможностей и сокращение сроков лечения.

Материалы и методы: От 30 до 55% взрослого населения с аномалиями и деформациями зубных рядов нуждаются в ортодонтическом лечении (Смердина Л.Н. и соавт., 2000; Дмитренко С.В. и соавт., 2004; Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., 2005 и др.) [1]. Впервые возможность создания временной скелетной опоры с целью перемещения зубов при помощи микроимплантатов была представлена докторами Thomas Creekmore and Michael Eklund в 1983 г.

Результаты: Микровинты остаются неподвижными при ортодонтическом усилии 3-6 Н (Wehrbeinetal., 1998.). Majozoubисоавт.(1999) наблюдали хорошую устойчивость титановых микровинтов при ортодонтическом усилии 150 г через 2 недели после установки. Титановые микровинты остаются достаточно устойчивыми в течение 4-8 недель под давлением в 100 г (Roberts, 1984). По данным Gray и соавт. (1983), виталиевые микровинты диаметром 1,6 мм способны выдержать 180 г горизонтального давления спустя 4 недели после установки. На основании представленных результатов исследований авторполагает, что микроимплантаты диаметром 1,2 мм могут выдерживать ортодонтическое давление примерно в 200 г и более.

Вывод: Подводя итог, следует сказать, что особые трудности представляет удержание подвижных опорных зубов при ортодонтическом лечении пациентов с заболеваниями пародонта. Имеется также ряд особенностей ортодонтического лечения пациентов с врожденной и приобретенной адентией опорных зубов. В 90-х годах XX в. зарубежные исследования наметили пути решения данной проблемы с помощью микроимплантатов в качестве дополнительных точек опоры при проведении ортодонтического лечения. Анализируя данные литературы, делаем вывод, что они недостаточны для обоснования лечения аномального положения отдельных зубов с помощью микроимплантатов. Таким образом, следует подчеркнуть, что огромную перспективу представляет изучение данного направления в лечении аномального положения зубов.

Литература:

1. Юлдашева Н.А., Кодиров Ж.М. "Вторичные деформации зубных рядов" Научно-практический журнал «Stomatologiya». No 3 (77), Т.-2019. -С.52-56.
2. Арсенина О.И. Ортодонтическая подготовка к протезированию пациентов с нарушением окклюзии зубных рядов / О.И. Арсенина. Н.М. Марков, А.А. Карапетян // Стоматология 2006 : VIII Рос.науч. форум : материалы докл. - М., 2006. - С. 309-311.
3. Sung J.H. Microimplants in orthodontics / J.H. Sung, H.M. Kyung.-2006. - P. 18-24.
4. Hayashi H. Introduction of Innovative Orthodontic Concepts Using Microimplants anchorage / H. Hayashi. - 2006. - P. 111-126.
5. Ravindra Nanda. Biomechanics in orthodontics.-2005. - P.26-38.
6. Umemori M. Skeletal anchorage system for open-bite correction / M. Umemori, O. Sugawara, H. Mitani. - 1999. - P. 182-196.

7. Block M.S. A new device for absolute anchorage for orthodontics / M.S. Block, D.R. Hoffman. - 1995. - 292 p.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИМПЛАНТАТА IMPLANT.UZ С БИОАКТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ В
ОЦЕНКЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА**

Усмонов Ф.К., Хабилов Н.Л., Мун Т.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Современная медицина решает вопрос адентии с помощью использования дентальных имплантатов, но и этот процесс имеет свои нюансы. Для благоприятного течения пост имплантационного периода и увеличения срока его службы стоит обращать внимание на состояние преимплантных тканей, а также проводить профилактическое лечение тканей пародонта непосредственно перед имплантацией. Наличие воспалительных процессов пародонта могут препятствовать остеоинтеграции установленного имплантата.

Согласно ряду клинических исследований стабильность установленного имплантата обратно пропорциональна к вероятности риска развития инфекции. Это и представляет интерес для изучения состояния преимплантных тканей до и после в динамике имплантации.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка состояния преимплантных тканей после при использовании отечественного имплантата Implant. Uz с биоактивным покрытием.

Материалы и методы исследования. Для проведения клинических исследований пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа пациентов которым были установлены дентальные имплантаты Implant. Uz с биоактивным покрытием и 2 группа с использованием имплантационной системы Osstem (Южная Корея). Оценку состояние близлежащих тканей проводил с использованием индексов Грин-Вермильона (Green-Vermillion, 1964) и индекс кровоточивости Мюллемана (Mühlemann, 1971) в модификации Коуэлл (Cowell, 1975).

Результаты собственных исследований. После проведения профессиональной гигиены до дентальной имплантации в клинической группе в целом, а также в зависимости от систем имплантатов определяли индекс Грин – Вермильона.

На 21 день после установки дентальных имплантатов проводили повторную регистрацию индекса, так в первой группе средние показатели составляли $1,49 \pm 0,2$ единиц, во второй группе исследования этот показатель был равен $1,52 \pm 0,4$ единицам, что свидетельствует о незначительном повышении индекса гигиены, за счет постоперационного периода. Следующую оценку проводили на 3 месяц исследования, а первой группе значения равнялись $1,37 \pm 0,4$, во второй $1,33 \pm 0,5$ соответственно. Показатели индекса гигиены приближались к норме. Также при последующих периодах наблюдения индекс стабилизировался. Через 6 месяцев и 1 год статус гигиены полости рта был стабильным.

Также до проведения имплантационного вмешательства проводили оценку индекса Мюлеманна у обследуемых пациентов. Показатель исходно имел низкие значения, что свидетельствовало об отсутствии воспаления тканей десны.

На 21 день после установки дентальных имплантатов проводили повторную регистрацию индекса кровоточивости, так в первой группе средние показатели составляли $1,7 \pm 0,06$ единиц, во второй группе исследования этот показатель был равен $1,9 \pm 0,02$ единицам, что свидетельствует о повышении индекса кровоточивости, за счет проведенной операции. Следующую оценку проводили на 3 месяц исследования, а первой группе значения равнялись $1,1 \pm 0,02$, во второй $1,0 \pm 0,03$ соответственно, что свидетельствует о положительной динамике изменений. Показатели индекса кровоточивости на 6 месяц исследования начали нормализоваться и к концу года показатели приблизились к изначальным.

Выводы. Таким образом, динамика пародонтального статуса и состояния костной ткани вокруг имплантатов при использовании обеих имплантационных систем была благоприятной и достоверных отличий не было выявлено. Полученные данные позволяют рекомендовать дентальный имплантат Implant.uz с биоактивным покрытием для широкого клинического применения.

РОЛЬ ГНАТОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Курьязов.Ж.Х студент 405А группы факультета МО Стоматология ТГСИ

Научный руководитель: Хабиллов.Н.Л профессор, заведующий кафедры госпитальной ортопедической стоматологии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан.

Актуальность: Гнатология занимает ведущую роль в ортопедической реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС и нарушением функциональной окклюзии. Тем самым помогает нам подробно, в частности изучить каждую составляющую этой системы и установить оптимальность взаимодействия всех ее частей. Руководствуясь этой информацией мы и будем планировать наше лечение и последующую реабилитацию.

Цель исследования : Изучить гнатологические аспекты влияющие на ортопедическое лечение ,для точного воспроизведения природы и анатомии зубных рядов, их гармоничного взаимоотношения друг с другом для пропорциональной работы челюстной мускулатуры. Понять к каким последствиям могут приводить ошибки допущенные в ходе лечения.

Материалы и методы: При написании данного тезиса мы основывались на на исследованиях Н.Томаса в 2009г. Далее мы рассмотрим все функциональные изменения комплексно как скелетные, мышечные, окклюзионные нарушения. черепно-нижнечелюстную дисфункцию, которая вызвана парафункциональной активностью жевательных мышц. Парафункции – нефизиологическая деятельность зубочелюстной системы. К парафункциям можно отнести: продолжительное жевание жвачки, накусывание кончика ручки

или карандаша и т.д. Так же парафункции могут возникать как следствие неправильной постановки ортопедических конструкций или же композитных реставраций.

Ятрогенный фактор в патологии ВНЧС играет значимую роль. Не воссоздав правильную анатомическую форму коронки зуба, в особенности бугры жевательных групп зубов мы можем спровоцировать появление этих самых парафункциональных изменений. Отсутствие или неправильная форма жевательных зубов приводит к тому что нижняя челюсть и резцы нижней челюсти за счет контакта с небной поверхностью верхних резцов перемещается дистально, из-за чего происходит сужение просвета дыхательных путей, 75% пациентов с патологией внчс имеют ночное апноэ. Кроме того, дистализация нижней челюсти приводит к смещению головы вперед относительно туловища из-за чего нагрузка на позвоночник увеличивается. Тем самым ошибки в изготовлении ортопедических конструкций часто могут приводить к дистализации нижней челюсти, к возникновению ночного апноэ, и к деформации позвоночника.

Н.Томас в 2009 г провел исследование в ходе которого выявил прямую зависимость атлanto-оципитального сочленения от ВНЧС. Сняв отгиски с суставных поверхностей нижней челюсти и кондиллярного отростка атланта определил, что при дегенеративных изменениях внчс происходят такие же изменения в атлanto-оципитальном сочленении что в свою очередь за счет неправильного распределения нагрузки на позвоночник приводит к нарушению осанки.

Исследование проведенное в 2005 году помогает нам яснее понять взаимосвязь внчс со всей костно-мышечной системой организма. В ходе эксперимента крысам на первый моляр нижней челюсти с лева был установлен композитный блок завышающий прикус на 0.5 мм. Спустя неделю у 100% испытуемых крыс при рентгенограмме было выявлено искривление позвоночника. Далее этим же крысам были установлены композитные блоки на первый моляр нижней челюсти с противоположной стороны. И спустя определенный промежуток времени у 83% выявили восстановление прежней структуры позвоночника . В следствии чего был сделан вывод что изменения в позвоночнике были вызваны ротацией первого шейного позвонка, спровоцированного нарушением окклюзии.

В человеческом же организме как и в примере с крысами, нарушения окклюзии вызывают не менее масштабные изменения. Н. Томас разделял окклюзионные нарушения на Восходящие и Нисходящие. При нисходящем типе окклюзионных нарушений проблема только лишь стоматологическая. Если провести воображаемую линию между плечевым поясом, тазом и коленями. При нисходящем типе окклюзионных нарушений окажется что эти линии не параллельны. Обратив внимание на степень стертости подошвы можем судить о наличии гипер или же гипопронации ступней.

Результаты Обсуждения: В ходе исследования рассмотрена значимость комплексного подхода к ортопедической реабилитации с учетом

гнатологических особенностей. Где Зуб рассмотрен не как отдельная единица, а как функциональная часть зубочелюстной системы. Которая имеет колоссальное влияние на весь костно-мышечный аппарат человека.

Заключение: Из всего вышесказанного мы понимаем что существует прямая зависимость состояния позвоночника и всей костно-мышечной системы нашего организма от окклюзионных взаимоотношений верхней и нижней челюстей. И проводя лечение специалист должен понимать, что последствия его лечения не будут ограничиваться лишь полостью рта, а будут воздействовать на целостный организм.

Литература:

Климко, Кирилл Александрович, and Семен Антонович Наумович. "Гнатология в стоматологии." *Современная стоматология* 2 (63) (2016): 9-13
Шатров, И. М. "Роль гнатологических аспектов стоматологического лечения в ежедневной практике врачей-ортопедов." *Фундаментальные исследования* 10-6 (2014):

ДЕПРОГРАММИРОВАНИЕ МЫШЦ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНЧС

Абед З.Ж., Хабилов Б.Н., Дадабаева М.У.

Кафедра Госпитальной ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Лечение пациентов с патологией ВНЧС предполагает установление нижней челюсти в положение центрального соотношения, которое характеризуется ненапряженным и передне-верхним расположением мышечков. Для устранения патологической мышечной памяти, особенно латеральной крыловидной мышцы, необходимо предварительно проводить депрограммирование. Эта процедура позволяет устранить препятствия к установлению нижней челюсти в центральное соотношение. Депрограммирование проводится различными передними накусочными шинами, которые не дают смыкаться боковым зубам. В статье приведены клинические случаи использования депрограмматора Kois, который продемонстрировал свою эффективность.

Цель исследования: Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС путем применения оптимальных функционально-диагностических методов для регистрации пространственного положения нижней челюсти и топографоанатомического соотношения элементов ВНЧС.

Материал и методы. В качестве шины для депрограммирования был выбран аппарат, предложенный J. Kois. Депрограмматор Kois – это съемный пластмассовый аппарат, состоящий из подковообразного базиса, платформы для центральных нижних резцов и вестибулярной дуги. Базис покрывает твердое небо, накусочная платформа разобщает прикус, вестибулярная дуга контролирует ретенцию и стабилизацию аппарата внутри полости рта пациента.

Результаты. После ношения депрограмматора Kois в течение 7 дней у пациентки прошли жалобы на боль и щелчки в правом ВНЧС, практически исчезла девиация, пальпация мышц стала безболезненной, психологическое состояние улучшилось. Было зафиксировано центральное соотношение для изготовления постоянной стабилизирующей шины.

Заключение. Депрограммирование мышц часто является необходимым этапом в комплексном лечении пациентов с патологией височно-нижнечелюстного комплекса. Использование шин-депрограмматоров позволило нам провести точную диагностику, уменьшить негативные клинические симптомы заболевания и установить мышелки нижней челюсти в наиболее ненапряженное передне-верхнее положение. Методика депрограммирования отличается относительной простотой применения, но врачи-стоматологи должны помнить про возможные негативные последствия неправильного ношения и изготовления шин-депрограмматоров. Выбор метода депрограммирования и фиксации центрального соотношения должен приниматься только после тщательного обследования и постановки диагноза пациенту.

ГИСТОЛОГИЯ ДЕСНЫ ПРИ РЕЦЕССИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
*Лопатина Н.В., Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф.,
Тухватуллина Д.Н., Фархшатовая Р.Р.*

*Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа, Российская Федерация*

Аннотация. Среди болезней пародонта одной из распространенных форм является рецессия десны, которая представляет собой прогрессирующее смещение краевой десны в апикальном направлении. Исследования ряда авторов указывают на увеличение распространенности и интенсивности рецессии от 9,7% до 99,3% (в возрасте от 15 лет до взрослого соответственно) [1-3]. Причинами развития рецессии могут быть следующие факторы: анатомо-физиологические особенности строения альвеолярного отростка, аномалии зубов, зубных рядов и прикуса, микробный фактор (твердые и мягкие зубные отложения), острая или хроническая травма десны, вредные привычки, ятрогенные причины [4-6].

Рецессия десны является причиной чувствительности дентина зубов, а также фактором дополнительной ретенции зубного налета, который стимулирует дальнейшую потерю зубодесневого прикрепления [7-9].

Любые эстетические нарушения существенно снижают качество жизни. В этом аспекте рецессия десны, вызывающая обнажение корневой части зубов, крайне негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии человека.

В настоящее время существуют различные методы лечения рецессии десны с использованием комплекса терапевтических, хирургических, ортодонтических и ортопедических методов. Однако результаты наблюдений

и контроль за эффективностью известных методов лечения рецессии десны не указывают на долгосрочное восстановление тканей пародонта [10-12].

Таким образом, вышеизложенное указывает на целесообразность проведения экспериментально-клинических исследований по поиску методов, направленных на активацию процессов восстановления в тканях пародонта и позволяющих повысить эффективность лечения пациентов с рецессией десны.

Цель исследования: разработка метода лечения рецессии десны с применением растительных компонентов в эксперименте.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проводились на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, в центральной научно-исследовательской лаборатории, лаборатории клеточных культур, иммуногистохимической лаборатории ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Период наблюдения: 2020 г.-2022 гг. Оперативное вмешательство выполняли на нижней челюсти крыс в области резцов.

Все манипуляции с животными проводили в соответствии со следующими документами: санитарными правилами по устройству, оборудованию и содержанию экспериментально биологических клиник (вивариев) № 1045-73 от 06.04.1973 г., Конвенцией по защите животных, используемых в эксперименте и других научных целях (г. Страсбург, Франция, 1986), Директивой Совета 86/609/ЕЕС от 24.11.86 г. по согласованию законов, правил и административных распоряжений стран участниц в отношении защиты животных, используемых в экспериментальных и других научных целях, руководства по уходу и использованию лабораторных животных (восьмое издание, Вашингтон, США), Хельсинкской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации. До начала проведения лечебных мероприятий проводили создание экспериментальной модели рецессии десны. У животных под эфирным наркозом проводили операцию по созданию рецессии десны с вестибулярной поверхности в области резцов нижней челюсти с помощью скальпеля. Создание модели экспериментальной рецессии десны осуществляли путем механического иссечения тканей пародонта V-образной формы. Для эксперимента в качестве модели использовали самок белых крыс в количестве 50 особей. Оперативное вмешательство выполняли на нижней челюсти крыс в области резцов. Все животные были разделены на 2 группы в зависимости от планируемого метода лечения – основную и группу сравнения. Контрольную группу составили 10 лабораторных животных со здоровой десной, интактные крысы. В группе сравнения крысам проводили обработку Хлогексидином 0,05% и аппликации Облепиховым маслом на область десны. В основной группе находились 40 лабораторных животных с экспериментальной рецессией десны, у которых проводили разработанные нами лечебные мероприятия на протяжении всего периода наблюдений. Нанесение в область дефекта масло SANS MOTS на 20 минут, содержащее фитоконцентрат *marque blanche* с фитостеролами, курс лечения составил 5 процедур, с интервалом в 2 дня.

Выведение животных из эксперимента осуществлялось на 14-е сутки от момента введения препаратов (24-е сутки от момента создания модели рецессии десны) и на 28-е сутки от момента введения препаратов (38-е сутки общего наблюдения). По истечении срока наблюдения животные были выведены из эксперимента.

При выведении животных из эксперимента производился забор костно-периодонтальных блоков челюстей крыс, содержащих зубы и ткани периодонта, для гисто-морфологических исследований. Сроки послеоперационного наблюдения составили 14 суток и 28 суток, так как являются наиболее информативными для получения гистологической картины репаративного процесса. На протяжении эксперимента исследовали состояние тканей пародонта.

Результаты. Через 10 дней после формирования экспериментальной рецессии десны клинически определили картину рецессии десны с признаками воспаления во всех исследуемых группах. В группе сравнения визуально определялась рецессия десны $5,2 \pm 0,05$ мм на нижней челюсти. Зубодесневой сосочек и десна имели выраженную гиперемию, наблюдали легкую отечность, после удаления некротических участков десна кровоточила. В отдельных случаях на зубах отмечали наличие остатков пищи и фибринозный налёт на десневом крае. В основной группе рецессия десны составила в среднем $3,4 \pm 0,04$ мм на нижней челюсти.

Сохранялась легкая отечность и гиперемия десны и зубодесневых сосочков, десневой край более ровный, плотной консистенции (Рис. 1). В отдельных случаях определяли фибринозный налет в области зубодесневого сосочка и кровоточивость при зондировании. Через 28 дней в группе сравнения общее состояние животных не менялось. Воспалительные явления нарастали. В области рецессии десны и зубодесневых сосочков на нижней челюсти отмечали наличие некротических участков, резко выраженное воспаление десны с заметной гиперемией и отеком, рыхлой консистенции и неровным изъеденным контуром.

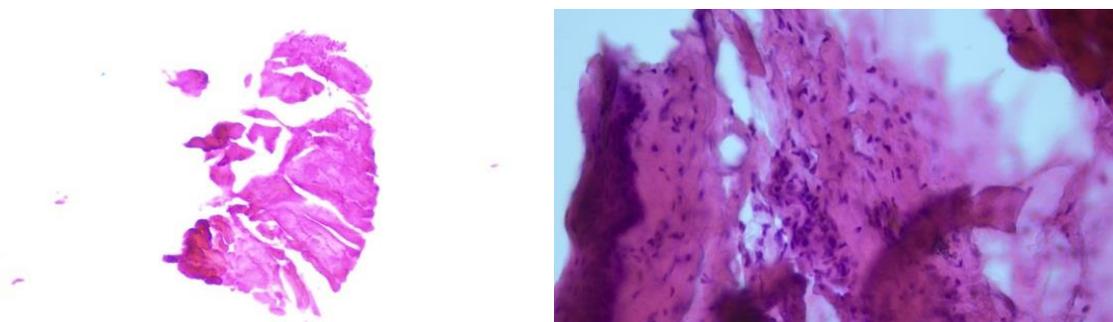


Рис. 1. Гистологический срез фрагмента десны. Окраска по гематоксилин-эозину, Рамоновского-Гимзе.

В основной группе – общее состояние животных удовлетворительное. Отсутствовали фибринозный налет и кровоточивость десны. Также

произошло почти полное восстановление тканей зубодесневого сосочка. После нанесения в область дефекта масло SANS MOTS произошло восстановление уровня десневого края у правого и левого резцов и зубодесневого сосочка. Десна розового цвета, плотная, с ровными краями, как на верхней челюсти, так и на нижней челюсти, не кровоточит при зондировании. Также отмечается валикообразное утолщение по десневому краю в зоне инъекции. Экспериментальные исследования показали возможность полного восстановления зубодесневых сосочков, а также регенерацию тканей периодонта в области экспериментальной рецессии десны в течение первых 28 дней. При этом регистрировалось полное отсутствие признаков воспаления в основной группе (гиперемии, отека, кровоточивости десны), что подтверждает выраженное лечебное действие масло SANS MOTS).

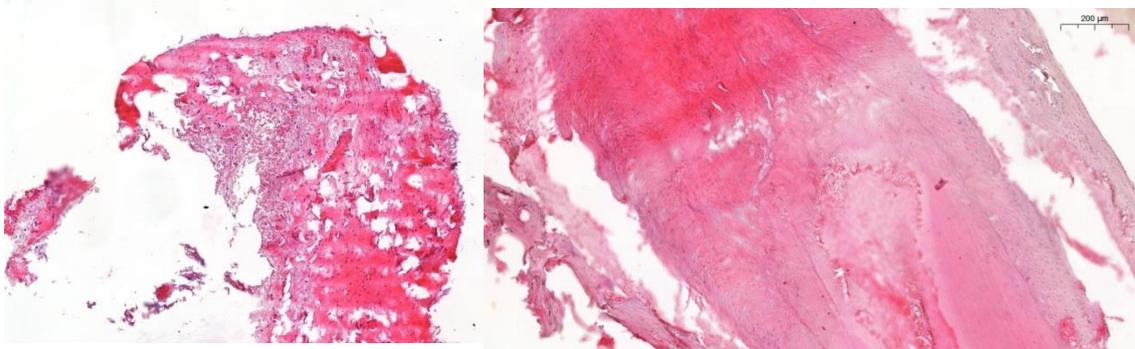


Рис. 2. Гистологический срез фрагмента десны. Окраска по гематоксилин-эозину, Рамоновского-Гимзе.

По наружному краю альвеолярная кость покрыта тонкой прослойкой фиброзной надкостницы, многослойным плоским эпителием десны, плотный без изъязвлений. Материал эксперимента отличается от контрольного наличием значительно более выраженной фиброзной пластинки свободного края десны с значительной клеточностью за счёт фибробластических, лимфоидных элементов (Рис. 2).

Заключение. При изучении характера клинических изменений в тканях патологически измененного пародонта с применением масла SANS MOTS в лечении рецессии десны в эксперименте установлена положительная динамика снижения интенсивности и распространенности воспаления десны, начиная с 14-х суток и к 28-м суткам полное отсутствие признаков воспаления у животных после применения масла SANS MOTS.

Кроме того, отмечено заметное нарастание процессов регенерации десневого края к 24-м суткам от момента создания модели рецессии десны, а к 38-м суткам общего наблюдения-полное восстановление зубодесневых сосочков и отсутствие рецессии десны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмуратова, А.С. Рецессия десны / А.С. Алмуратова // Медицина и экология. – 2018. – Т.1, №86. – С. 15-22.

2. Дурново, Е.А. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов устранения рецессий десны / Е.А. Дурново, Н.А. Беспалова, С.В. Шашурина // Успехи современной науки. - 2016. - Т.9, №3. - С. 174-181.
3. Биотип десны и методы его оценки (обзор литературы) / И. А. Костионова-Овод, Д. А. Трунин, А. М. Нестеров, М. И. Садыков // Институт стоматологии. – 2020. – Т.1, №86. – С. 86-87.
4. Применение клеточных биотехнологий в лечении рецессии десны / С.П. Рубникович, И.Д. Волоотовский, Ю.Л. Денисова [и др.] // Стоматолог. Минск. – 2019. – Т.2, №33. – С. 50-55
5. Ганжа, И. Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: учебное пособие для врачей / И. Р. Ганжа, Т. Н. Модина, А.М. Хамадеева. - Самара: Содружество, 2007. - 84 с.
6. Афолина, Е.С. Анализ распространенности рецессии десны в возрасте 15- 25 лет / Е.С. Афолина, С.В. Микляев, О.М. Леонова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 190- 193.
7. Зограбян, А.Г. Двухслойная методика устранения рецессии десны в сочетании с клиновидным дефектом / А.Г. Зограбян // Дентальная имплантология и хирургия. – 2016. – Т.3, №24. – С. 106-107.
8. Васенев, Е.Е. Использование препаратов на основе гиалуроновой кислоты в пародонтологии / Е.Е. Васенев, И.Ф. Алеханова, О.А. Беличенко // Инновационная наука. – 2016. – Т.5, №14. – С. 99-101.
9. Причинно-следственная связь возникновения рецессии десны. Антибактериальный и противовоспалительный компоненты в ее комплексном лечении и профилактике / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Е.С. Лобода, Д.М. Нейзберг // Пародонтология. - 2017. – Т.4, №85. - С. 20- 23.
10. Современные методы лечения рецессии десны / С.С. Юсупова, Е.Д. Костригина, Е.Н. Скворцова [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2020. – № 11. – С. 214-219.
11. Способ устранения локальной рецессии десны / Д.А. Трунин, А.М. Нестеров, М.И. Садыков, И.А. Костионова-Овод // Уральский медицинский журнал. – 2019. – Т.12, №180. – С. 14-17.
12. Шашурина, С.В. Совершенствование методов хирургического лечения рецессий десны: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Шашурина Светлана Вадимовна. - Тверь, 2017. - 23 с.

ГИСТОЛОГИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

***Валеева Г.А., Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф.,
Тухватуллина Д.Н., Фархшатовая Р.Р.***

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Аннотация. Болезни пародонта представляют одну из наиболее актуальных проблем современной стоматологии, что связано с высокой распространённостью данного заболевания у населения, в том числе у лиц молодого возраста, с развитием тяжелых изменений в тканях пародонта и организме пациента в целом, а также все еще недостаточной эффективностью предлагаемых средств и методов лечения [1,2,3].

По данным ВОЗ распространенность болезней пародонта достигает 90-95% у взрослого населения и 80-83% у подростков [4,6,7]. Функционирование зубо-челюстной системы в значительной степени зависит от прогрессирования заболевания и связанных с этим чередования стадий ремиссии и обострения [8,9].

Преобладание деструктивных форм заболевания приводит к частичной или полной потере зубов, общей сенсбилизации организма, снижению иммунитета, развитию одонтогенных очагов инфекции и сопровождается временной частичной потерей трудоспособности [3,5,10]. Недостаточная эффективность лечения данной патологии обуславливает необходимость совершенствования существующих консервативных и хирургических методов.

Ключевые слова: пародонтит, стимулятор остеогенеза, регенерация костной ткани, репарация, мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки.

Цель. Совершенствование методов лечения хронического пародонтита за счет усиления регенерации костной ткани. Изучить гистоморфологическую картину и характер клинических изменений в тканях патологически измененного пародонта в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводились на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, в центральной научно-исследовательской лаборатории, лаборатории клеточных культур, иммуно-гистохимической лаборатории ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Период наблюдения: 2020 г.-2022 гг. Все манипуляции с животными проводили в соответствии со следующими документами: санитарными правилами по устройству, оборудованию и содержанию экспериментально биологических клиник (вивариев) № 1045-73 от 06.04.1973 г., Конвенцией по защите животных, используемых в эксперименте и других научных целях (г. Страсбург, Франция, 1986), Директивой Совета 86/609/ЕЕС от 24.11.86 г. по согласованию законов, правил и административных распоряжений стран участниц в отношении защиты животных, используемых в экспериментальных и других научных целях, руководства по уходу и использованию лабораторных животных (восьмое издание, Вашингтон, США), Хельсинкской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации. До начала проведения экспериментальных исследований проводили выделение мультипотентных мезенхимных стволовых клеток из пульпы удаленного ретинированного зуба человека. Для эксперимента в качестве модели использовали половозрелые крысы породы Вистар в количестве 50 особей. Экспериментальное моделирование деструкции костной ткани в пародонте выполняли на верхней

челюсти в области второго моляра и на резцах нижней челюсти крыс. Полученные ММСК смешивали с препаратом стимулятором остеогенеза. Полученную смесь вносили в костные (пародонтальные) карманы крыс. Для фиксации массы накладывали защитную повязку Септопак. Курс лечения составляет 3 процедуры с интервалом 5 дней. Наблюдение за крысами после курса лечения проводили в сроки от 1-го до 12 месяцев.

Результаты. Уже на ранней стадии пародонтита в костной ткани пародонта обнаруживаются признаки резорбции кости: пазушной, лакунарной и гладкой. Наиболее частый вид рассасывания – лакунарная резорбция кости, которая начинается с области края (гребня) зубных лунок и выражается в появлении остеокластов, располагающихся в лакунах. Это приводит к горизонтальному рассасыванию гребня лунок. При вертикальном рассасывании остеокласты и очаги рассасывания располагаются по длине межзубной перегородки со стороны пародонта. Одновременно происходит лакунарная резорбция костных балок в теле челюстных костей, что ведет к расширению костно-мозговых пространств (Рис. 1).

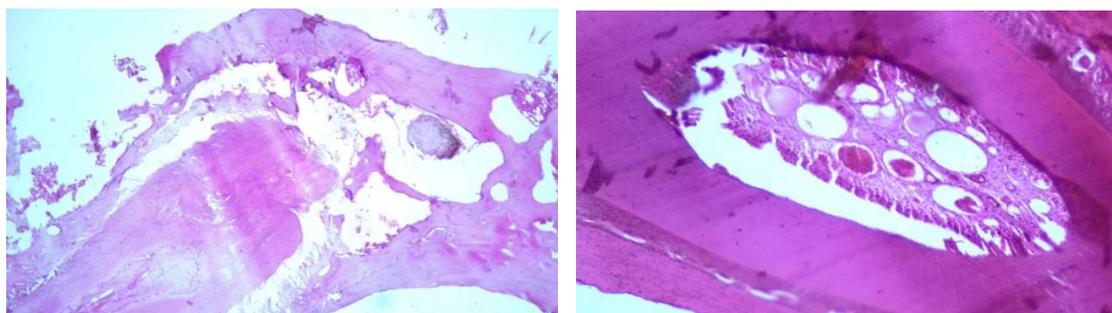


Рис. 1. Гистологический срез фрагмента альвеолярной кости. Окраска по гематоксилин-эозину, Рамоновского-Гимзе.

Экспериментальные исследования показали выраженную терапевтическую эффективность использования способа лечения деструктивных изменений альвеолярной кости при пародонтите. возможность полного восстановления зубодесневых сосочков, а также регенерацию тканей периодонта в области экспериментальной деструкции костной ткани в пародонте в течение первых 35 дней. При этом регистрировалось полное отсутствие признаков воспаления в основной группе (кровоточивости, патологической подвижности зубов и отделяемого при пальпации десны), что подтверждает выраженное лечебное действие мезенхимальных стволовых клеток и стимулятора остеогенеза. Клинические наблюдения велись за 50 крысами с генерализованным пародонтитом в течение 15 суток, 2, 6 и 12 месяцев. Полученные результаты экспериментального, патоморфологического, рентгенологического исследований свидетельствовали, что более интенсивная репаративная регенерация в послеоперационной костной полости наблюдалась в подопытной группе животных, где костный дефект заполнялся

мультипотентными мезинхимальными стволовыми клетками пульпы зуба человека и стимулятором остеогенеза. В этом случае зрелая костная ткань была сформирована к 90 суткам от начала эксперимента, тогда как в группе сравнения регенераторный процесс к этому сроку еще далек от завершения.

Через 3 месяца после операции на рентгенограммах у крыс определялись признаки новообразованной кости, к 6 месяцам эти признаки становились более выраженными: частично ликвидировались костные карманы, костная ткань альвеолярного отростка начинала приобретать мелкопетлистую структуру. К 12 месяцам у крыс основной группы исчезли очаги пятнистого остеопороза, контуры межальвеолярных перегородок стали четкими и ровными, с одновременным увеличением высоты резорбированных гребней межальвеолярных перегородок.

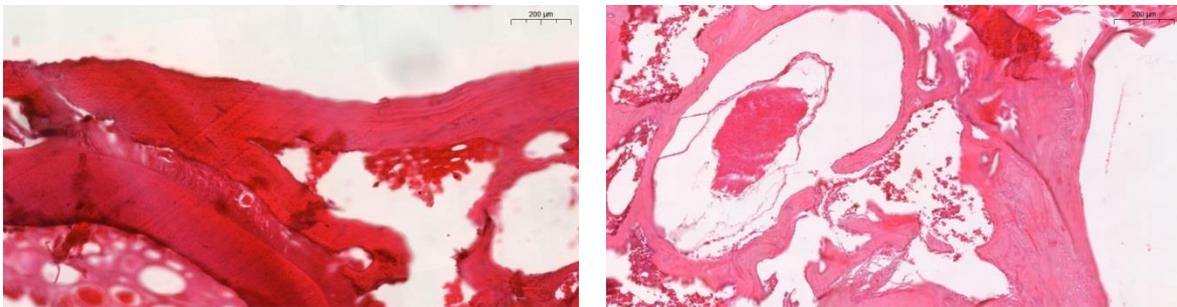


Рис. 2. Гистологический срез фрагмента альвеолярной кости. Окраска по гематоксилин-эозину, Рамоновского-Гимзе.

Костные балки плотные без дистрофических изменений содержат фрагменты костного мозга. По наружному краю альвеолярная кость покрыта тонкой прослойкой фиброзной надкостницы, многослойным плоским эпителием десны плотный без изъязвлений. Материал эксперимента отличается от контрольного наличием более выраженной фиброзной надкостницы, утолщение на 25%. Незначительным утолщением наружных костных балок, сравнительно большей клеточностью за счет фибробластов (Рис 2).

При пародонтите результаты экспериментально-морфологического, клинико-рентгенологического исследований убедительно показали, что введение в ММСК пульпы зуба человека и «стимулятора остеогенеза» в опытной группе животных интенсифицировало все этапы репаративной регенерации костной ткани в области костного дефекта, начиная с формирования фиброзно-волокнутой, хрящевой и остеидной ткани, заканчивая образованием полноценной пластинчатой костной ткани.

Заключение. При изучении характера клинических и гистоморфологических изменений в тканях патологически измененного пародонта с применением мезенхимальных стволовых клеток в лечении деструкции костной ткани пародонта в эксперименте установлена положительная динамика. Снижение интенсивности и распространенности воспаления десны начинается с 11-х суток. К 35 -м суткам наблюдается полное отсутствие признаков воспаления у животных после введение в

пародонтальные карманы крыс полученной смеси ММСК и стимулятором остеогенеза. Кроме того, отмечали заметное нарастание процессов регенерации пародонтальных карманов на 35 день эксперимента кровоточивость и отделяемое при пальпации десны отсутствовали. Подвижность зубов отсутствовала. А через 3 месяца после проведения лечебных процедур на рентгенограммах у крыс определялись признаки новообразования кости. К 6 месяцам эти признаки становились более выраженными: исчезли очаги пятнистого остеопороза, и стали приобретать мелкопетлистую структуру, контуры межальвеолярных перегородок стали четкими и ровными, с одновременным увеличением высоты резорбированных гребней межальвеолярных перегородок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева, И.С. Восстановление костной ткани после удаления зубов при использовании тканеинженерной конструкции на основе мультипотентных стромальных клеток жировой ткани /И.С. Алексеева, А.А. Кулаков, А.В. Гольдштейн, А.В. Волков // Стоматология. – 2012. - № 4. – С. 32 – 35.
2. Баринов, С.М. Трехмерная печать osteoconductive керамических матриц для тканевой инженерии / С.М. Баринов, И.В. Вахрушев, А.А. Егоров, В.С. Комлев, В.Н. Картунов, Л.И. Кротова, В.К. Попов, А.Ю. Федотов, К.Н. Ярыгин // Материалы 1 - го Национального Конгресса по регенеративной медицине. - М.: МЕДИ Экспо, 2013. - С. 24
3. Блатт, Н.Л. Выделение и анализ стволовых клеток из зачатков пульпы третьего моляра человека: автореф. дис. канд. биологических наук: 03.03.04 /Блатт Наталия Львовна. – Саранск, 2012. - 23 с.
4. Вахрушев, И.В. Мезенхимальные клетки пульпы молочного зуба: цитофенотип и первичная оценка возможности применения в тканевой инженерии костной ткани / И.В. Вахрушев //Клеточные технологии в биологии и медицине. – 2010. – №1. – С. 55-60.
6. Вахрушев, И.В. Разработка тканеинженерных имплантов для регенерации костной ткани на основе полилактогликолидных скаффолдов нового поколения и мультипотентных мезенхимальных клеток пульпы молочного зуба (SHED – клеток) / И.В. Вахрушев, Е.Н. Антонов, А.В. Попова, Е.В. Константинова, П.А. Каралкин, И.В. Холоденко, А.Ю. Лупатов, В.К. Попов, В.Н. Баграташвили, К.Н. Ярыгин // Клеточные технологии в биологии и медицине. – 2012. - № 1. – С. 29– 33.
7. Велиханова, Л.К. Применение стволовых клеток пульпы зуба в заместительной клеточной терапии / Л.К. Велиханова, И.В. Фирсова //Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. – Т. 3. – № 2. – С.346-348.
8. Карпюк, В.Б. К изучению свежесекретированных аутологичных стромальных клеток подкожной жировой клетчатки для регенерации биологических тканей / В.Б. Карпюк, М.Д. Перова, М.Г. Шубич // Институт стоматологии. – 2009. - № 3. – С.74.

9. Космачева, С.М. Технология приготовления *in vitro* клеточного трансплантата для замещения костного дефекта у экспериментальных животных / С.М. Космачева, Н.Н. Данилкович, В.С. Деркачев, С.А. Алексеев, М.П. Потапнев // Республиканский научно - практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий. – 2014. – С.1-5.
10. Induction of Pluripotent Stem Cells from Adult Human Fibroblasts by Defined Factors / K. Takahashi [et al.] // Cell. - 2007. -№ 5. - P. 861-872.
11. Yu, J. Induced Pluripotent Stem Cell Lines Derived from Human Somatic Cells / J. Yu, M. A. Vodyanik, J. A. Thomson // Science. — 2007. — Vol. 318. — P. 1917-1920.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ</i>	
<i>Жуматов Уразмат Жуманович</i>	5
<i>USING THE GARRISON DENTAL SOLUTION MATRIX SYSTEM THE COMPOSITE TIGHT 3D FOR BLACK CLASS II CAVITY RESTORATION</i>	
<i>Chaqqonov Fakhridin Xusanovich</i>	8
<i>OZONIZATION OF PERIODONTAL POCKETS IN CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF THE MIDDLE DEGREE</i>	
<i>Davlatova Sofiya Mamasoliyevna</i>	9
<i>HIGHT QUALITY ORTHODONTIC TREATMENT USING THE DAMON BRACKET SYSTEM</i>	
<i>Fozilov Avazbek Abduvaliyevich, Umarov S.S.</i>	11
<i>CLINICAL EFFICIENCY OF THE GUIDED REGENERATION METHOD OF TISSUE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS OF THE MIDDLE DEGREE</i>	
<i>Gubaev Muhitdin Sarimsokovich</i>	12
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ</i>	
<i>Исламова Нулуфар Бустановна</i>	14
<i>STUDY OF CHANGES IN PERIODONTAL DISEASES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN</i>	
<i>Islamova Nilufar Bustanovna, Nazarova N. Sh.</i>	16
<i>SURUNKALI GAYMORITNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASHDA ENDOSKOPDAN FOYDALANISH</i>	
<i>Jo'raboyev S.M., Iriskulova E.U.</i>	18
<i>ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МИКРОИМПЛАНТОВ В ОРТОДОНТИИ</i>	
<i>Шамухамедова Ф.А., Рабиева М.Ш., Рахимбердиева М. Ш.</i>	19
<i>СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦЕДИВНОГО КАРИЕСА</i>	
<i>Садриев Низом Нажмиддинович</i>	20
<i>TAKING IMPRESSIONS IN THE ORAL CAVITY AND THEIR REDUCTION</i>	
<i>Sulaymonova Ziyoda Zayniddinova</i>	22
<i>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОРАЛЬНЫХ ПРЕКАНЦЕРОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	
<i>Kh.P. Kamilov, A.A. Kadirbaeva, K.A. Musayeva</i>	23

<i>INCREASING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF CATARRHAL GINGIVITIS</i>	
<i>Kamilov Kh.P., Kadirbaeva A.A., Ibodullaeva Sh.A.</i>	26
<i>LICHEN PLANUS OF ORAL MUCOSA CLINICS AND TREATMENT. REVIEW</i>	
<i>Kh.P. Kamilov, Sh. N. Dadamukhamedov, A.Ye. Buriyev</i>	26
<i>РОЛЬ ГНАТОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ</i>	
<i>Курьязов Ж.Х., Хабилов Н.Л.</i>	28
<i>O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA 2015-2021 YILLARDA YUMSHOQ TO'QIMALAR SARKOMASI BILAN KASALLANISH HOLATI</i>	
<i>Polatova J.Sh., Sheraliyeva S.J., Abdusattorov O.Q., Karimova N.M.</i>	30
<i>PREOPERATIVE CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY BONE QUALITY ASSESSMENT FOR RESTORATION IN THE AESTHETIC ZONE.</i>	
<i>Shomurodov Q.E., Usmanova D. R., Mukimov O. A., Isanova M.R.</i>	31
<i>ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ДЕСНЫ.</i>	
<i>Шомурадов К.Э., Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Шодмонов А.А.</i>	32
<i>TISH IMPLANTATLARIDA TO'LIQ YOYLI PROTEZLARNING BIOMEKANIKASI.</i>	
<i>Safarov M.T., Ro'zimbetov X.B., Tashpulatova K.M., Safarova N.T.</i>	35
<i>COMPLEX METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS</i>	
<i>Haydarova Durdoni Munisovna</i>	36
<i>BIOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF PULPITIS</i>	40
<i>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД</i>	
<i>Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А.</i>	45
<i>ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ КОРНЕВОГО КАНАЛА</i>	
<i>Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Файзуллаева С.А., Ахмаджонов Т.</i>	46
<i>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМ ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РФ</i>	
<i>Аверьянова Диана Альбертовна</i>	49
<i>ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА</i>	
<i>Бекжанова О.Е., Адизов М.А., Тилляходжаев С.М., Сафарова Н.С.</i>	54
<i>АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ</i>	
<i>Бекжанова О.Е., Ахрорходжаев Н.Ш., Азимов Н.А., Фуркатова С.</i>	56

<i>СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ</i>	
<i>Акбаров А.Н., Салимов О.Р., Толипова М.А.</i>	58
<i>НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID 19</i>	
<i>Алимова Д.М., Фозилова Л.Г., Астанакулова М.М.</i>	63
<i>СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ</i>	
<i>Бекжанова О.Е., Алимова С.Х., Мустагизова Ф.А.</i>	65
<i>ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБОВ</i>	
<i>Нигматова Н.Р., Рузиев Бехзодбек Дилишодбек угли</i>	67
<i>АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ.</i>	
<i>Пулатова Б.Ж., Ачилова Н.Г.</i>	70
<i>РОЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОСВЯЩЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ</i>	
<i>Арзикулова Муниса Шухрат кизи</i>	73
<i>СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В КАРАКАЛПАКСТАНЕ.</i>	
<i>Артикбаев М.Б., Махкамов М.Э., Ережепов Б.Б.</i>	74
<i>ODONTOPREPARATSIYA TUSHUNCHASI</i>	
<i>Ahmadov Inomjon Nizomitdin o'g'li, Turakulov Otabek Murodullayevich</i>	83
<i>ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ.</i>	
<i>Ахметов Тимур Фаритович, Хабибуллина Камила Рустемовна</i>	84
<i>ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ</i>	
<i>Ашел Ержан Нурланулы, Омарова Балнур Адилбеккызы</i>	88
<i>INDICATORS OF ORAL FLUID METABOLISM IN THE POSTCOID PERIOD IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN</i>	
<i>Бекжанова О.Үе., Babadjanova N.</i>	92
<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ</i>	
<i>Бахтеева А.С., Павлова А.О., Проскурякова А.С.</i>	93
<i>ANALYSIS OF SOME ASPECTS OF MEDICAL CARE DEFECTS IN TREATMENT OF FRACTURES OF THE LOWER JAW</i>	
<i>Bekmuratov Lukmon Rustamovich , Shamsiddinov Fayoz Fazliddinovich, Yusupova Sitora Sanjarovna</i>	98

- ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА TWIN-BLOCK*
Н.М. Билял 99
- ЭКСПРЕССИЯ CD3 И CD20 ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРИОДОНТА*
Богомолова Анастасия Александровна, Казеко Людмила Анатольевна,
Летковская Татьяна Анатольевна 104
- КОВИД-19 БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮЗ ЖАҒ СОХАСИНИНГ
ЙИРИНГЛИ НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ КЛИНИК-МОРФОЛОГИК
ХУСУСИЯТЛАРИ*
Курбонов Ё.Х., Боймуродов Ш.А., Махмадалиева Д. О., Нармуротов Б.К. 105
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ
СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА*
Боймуратов Шухрат Абдужалилович, Юсупов Шохрух Шухратович,
Нармуротов Бахтияр Каршиевич, Иминов Комилжон Одилжонович 107
- CHANGES IN HOMEOSTASIS INDICATORS ORAL FLUID IN CHILDREN
AT THE STAGES OF ORTHODONTIC TREATMENT*
Buzrukzoda Javohirkhon Davron, Mirzayeva Nikhola Kamollidinovna,
Abdurakhmonova Osiyo Jakhongir kizi 109
- PLASMOLIFTING EFFICIENCY
IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS*
Buzrukzoda Javokhirkhon Davron, Begimkulova Samara Sherzodovna 110
- КЛИНИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ ОРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.*
Гажва С.И., Габриелян А.Г., Гажва Ю.В, Цирдава А.Г, Калинин К.И 112
- INVESTIGATION OF THE ADHESION OF CARIESOGENIC MICROORGANISMS
TO FILLING MATERIALS WITH DIFFERENT CONCENTRATIONS
CHLORHEXIDINE ACETATE*
Davlatova Sofiya Matasoliyevna 114
- ЛАЗЕРНОЕ АССИСТИРОВАНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ*
Давтян А.А., Мамедова А.В., Морозова Е.А. 116
- ВЗАИМОСВЯЗЬ СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ И
РАЗВИТИЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА*
Дегтярёва Марина Игоревна 118
- АДГЕЗИВНЫЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ
ПРОМЕЖУТКЕ В ЗУБНОМ РЯДУ*
Нормуратов Азиз Нормуратович 120

<i>ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООКИСИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА</i>	
<i>Дондоков Александр Юрьевич., Нестеров Владислав Денисович., Прокина Лорианна Сергеевна.</i>	121
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ</i>	
<i>Донцова Альбина Салаватовна, Гуленко Ольга Владимировна</i>	124
<i>ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</i>	
<i>Жилонова З.А., Шомуродов К.Э.</i>	127
<i>ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ</i>	
<i>Бекжанова О.Е., Заитханов А.А., Маннонов Ш.</i>	129
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА</i>	
<i>Ибодуллаева Ш.А.</i>	131
<i>КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА</i>	
<i>Ибрагимов Даврон Дастамович, Саидова Нигина Бахриддиновна, Убайдуллаева Сунбула Хамзаевна.</i>	134
<i>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА)</i>	
<i>Абдуазимова Л.А., Азимжоновна Навруза</i>	136
<i>ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА</i>	
<i>Исламова Нулуфар Бустановна., Назарова Н.Ш.</i>	137
<i>ЮЗ-ЖАҒ СОХАСИДАГИ ОДОНТОГЕН ФЛЕГМОНАНИНГ АСОРАТЛИ КЕЧИШИНИ КЛИНИК -МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.</i>	
<i>Исхакова Зухра Шарифкуловна, Азизов Фиёсиддин Камолиддин ўгли, Жозилов Роман Қобилжонович</i>	139
<i>МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА</i>	
<i>Казеко Людмила Анатольевна¹, Захарова Виктория Алексеевна², Бенеш Юлия Дмитриевна</i>	141
<i>ORAL MANIFESTATIONS OF EXUDATIVE ERYTHEMA MULTIFORME</i>	
<i>Kamilov Kh.P., Takhirova K.A.</i>	143

<i>УВЕЛИЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</i>	
<i>Каримов Ислом Икромович</i>	144
<i>ORAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH COVID-19</i>	
<i>Веқжанова О.Үе., Қауымова V.R., Атабекова Sh.N.</i>	146
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.</i>	
<i>Куряков Д.А., Аюбова Н.М., Азизов Б.С.</i>	147
<i>PREVALENCE OF DENTAL CARIES IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM</i>	
<i>Веқжанова О.Үе., Косимова G.I., Азимов N.A.</i>	149
<i>THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT ARTHROUS STOMATITIS</i>	
<i>Komilova A.Z. Ibadullayeva B.A</i>	150
<i>КОВИД-19 БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮЗ ЖАҒ СОХАСИНИНГ ЙИРИНГЛИ НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ ГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ.</i>	
<i>Курбонов Ё.Х, Боймуродов Ш.А, Махмадалиева Д. О., Юсупов Ш.Ш.</i>	151
<i>ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЮДРИЛ ПРО В СОЧЕТАНИЕ ОСТЕОГЕНОНОМ ПОСЛЕ СЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	
<i>Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз, Абсаматов Жасур Кодирхонович</i>	153
<i>ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНДРОМА ПСИХОСЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ</i>	
<i>Анастасия Александровна Лычагина</i>	155
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</i>	
<i>Муртазаев Саидмурод Саъдаллоевич, Мазифарова Камила Руслан кизи</i>	159
<i>ВЕЙПИНГ – КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА.</i>	
<i>А.Р. Макеева, С.И. Гажва, Ю.Ш. Ибрагимова.</i>	161
<i>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ В АРМЕНИИ И В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ</i>	
<i>Мохначева С.Б., Манасян Л.А., Расулова А.И.</i>	163

<i>СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ МОЛОДЕЖИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА</i>	
<i>Гажва Светлана Иосифовна., Кашиников Александр Сергеевич., Мартюшов Антон Игоревич., Покровский Андрей Михайлович</i>	171
<i>ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ.</i>	
<i>Махкамов М.Э., М.Б. Артикбаев., Ережепов Б.</i>	173
<i>ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА</i>	
<i>Махкамов М.Э., Артикбаев М.Б., Балтабаев О.К.</i>	180
<i>РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ</i>	
<i>Махмудов Шахбоз Музаффарович</i>	191
<i>АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ СТРОЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА САМАРКАНДА ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ</i>	
<i>Махмудов Гуломжон Алишерович., Арзикулова Муниса Шухрат кизи</i>	192
<i>TO'LIQ TISHSIZ VEMORLARNI TISH REABILITATSIYASI SAMARADORLIGINI OSHIRISH</i>	
<i>Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna</i>	194
<i>QISMAN OLIV QO'YILADIGAN PROTEZLAR BILAN PROTEZLASHDA, ULARNI TELESKOPIK YOKI IKKILAMCHI QOPLAMALAR YORDAMIDA FIKSATSIYA QILISHNI KLINIK BOSQICHI</i>	
<i>Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna</i>	196
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ (ППШ) ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ.</i>	
<i>Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna</i>	197
<i>AESTHETIC REHABILITATION OF FRONTAL GROUPS OF TEETH WITH IMPLANTS AND AESTHETIC CROWNS</i>	
<i>Mahmudova Ugiloy Bahtiyorovna</i>	198
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕТРАКЦИИ ДЕСНЫ ПРИ СНЯТИИ ОТТИСКА</i>	
<i>Махмудова Угилой Бахтиёровна</i>	199
<i>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА</i>	
<i>Махсумова С.С., Махсумова И.Ш.</i>	201

- ТРЕВОЖНОСТЬ РЕБЕНКА ПЕРЕД ВИЗИТОМ К СТОМАТОЛОГУ: ОЦЕНКА С ПОМОЩЬЮ ИГРОВОГО ИНСТРУМЕНТА КАК УСЛОВНОГО РЕФЛЕКСА*
Мукимов Ш.И., Сайдалиев М.Н., Утепова Г.Б. 204
- СВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И РАЗВИТИЕМ ПАРОДОНТИТА: МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ*
Мукимова Х.О., Юсупалиходжаева С.Х., Наврузова Ф.Р. 206
- СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРИЕСА У ПОДРОСТКОВ*
Муратова Саодат Кадировна, Сафарова Мадина 210
- УСОВЕРШЕНСТВОВАТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА*
Муратова Саодат Кадировна, Тешаев Шохжахон 213
- УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА*
Муратова С.К., Тешаев Шохжахон 216
- ПОРАЖЕНИЯ НЕРВОВ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ*
Мухутдинов Элёр Рашидович 218
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С*
Назарова Н.Ш. Шукуров Ш.Ш. 221
- YUZ-JAG' SOXASI FURUNKUL VA KARBUNKULLARINI KOMPLEKS DAVOLASHDA "ZUB-PRE" ANTISEPTIK PREPARATINI QO'LLANILISHI.*
Narziyeva Dilfuza Baxtiyorovna, Nurmuhammedov Shoxrux Bahodir o'g'li, Otaboyev Abrorbek O'tkirbek o'g'li 226
- ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭЛЮДРИЛ ПРО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗВИТИЕ ПЕРЕИМПЛАНТИТОВ.*
Ибрагимов Даврон Дастамович, Нарзикулов Фахриддин Алимжанович, Пардаев Шерзод Учкунович. 228
- YUZ SUYAKLARI QO'SHMA JARONATLARIDA BEMORLARGA YORDAM KURSATISH*
B. K. Narmurotov, Sh. A. Boymuradov, Sh. Sh. Yusupov 230
- ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОСТНЫХ КАРКАСОВ, НАПЕЧАТАННЫХ НА 3D-ПРИНТЕРЕ, ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*
Нестеров В.Д., Сибирев А.С., Воробьев А.Е. 232
- СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИНАМИКУ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ.*

<i>Нормуратов Азиз Нормуратович</i>	234
СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ	
<i>Носов Евгений Васильевич, Матчин Александр Артемьевич, Рыскулов Марат Фирдатович</i>	237
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
<i>Обитов Абдорхон Сохиб угли, Фаттаева Дилорром Рустамовна</i>	242
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<i>Шамоян М.Т., Яковлев Д.Н., Гажва С.И</i>	247
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ – ФАКТОР ТРЕВОЖНОСТИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ.	
<i>Ортикова Наргиза Хайруллаевна</i>	248
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ	
<i>Пстыга Екатерина Юрьевна, Костюченко Кирилл Сергеевич, Середич Полина Александровна</i>	250
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ	
<i>Пстыга Екатерина Юрьевна</i>	253
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТА	
<i>Раззокова Ш.Б.</i>	254
ОТА-ОНАЛАРДА СЎРОВНОМА ЎТКАЗИШ ОРҚАЛИ БОЛАЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМГА МУРОЖААТ ҚИЛИШ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ	
<i>Д.У.Рахматуллаева., Д.Х.Суръатов., Ш.У.Суръатова</i>	257
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ	
<i>Рахматуллаева Д.У., Махсумова И.Ш., Суръатов Д.Х.</i>	258
ПРИМЕНЕНИЕ ГОЛУБОГО ЛАЗЕРА ПРИ РЕПОЗИЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ УЛЫБКИ I КЛАССА	
<i>Романенко Наталья Валерьевна, Тарасенко Светлана Викторовна, Щетинина Екатерина Вячеславовна</i>	260
MODERN METHOD OF PREPARATION OF CARIOUS CAVITIES FOR THE PREVENTION OF RECURRENT CARIES.	
<i>Sadriev Nizom Nazhmiddinovich</i>	263
PLANNING DENTAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH GOUT	
<i>Sadriev Nizom Nazhmiddinovich</i>	264

<i>НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ И МОНОТЕРАПИИ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА</i>	
<i>Садыкова Ольга Масловиевна, Кокшарова Дарья Олеговна, Гуляева Светлана Федоровна</i>	266
<i>ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА БИО-ГЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПО ДАННЫМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.</i>	
<i>Санакулов Жамшиед Облобердиевич</i>	269
<i>ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО_ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА</i>	
<i>Селунина Анна Валентиновна, Морозова Елена Анатольевна</i>	271
<i>СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ</i>	
<i>Жуматов Уразмат Жуманович</i>	272
<i>ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 2940 ПРИ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	
<i>Сологова Диана Игоревна, Тарасенко Светлана Викторовна, Петухова Марина Михайловна</i>	276
<i>СТИМУЛЯЦИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТЕЙ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ</i>	
<i>Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич., Сапарбаев Миржалол Кахрамонович</i>	278
<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГА.</i>	
<i>Ортикова Наргиза Хайруллаевна, Ризаев Жасур Алимджанович</i>	280
<i>ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ТГСИ ЗА 2021-2022 ГГ.</i>	
<i>Шомуродов К.Э. Якубов Ш.Н.</i>	281
<i>BIOCHEMICAL ANALYZES OF HERPETIC STOMATITIS DURING PREGNANCY</i>	
<i>Yuldasheva N.A.</i>	282
<i>EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AFTER CORONAVIRUS INFECTION COVID 19</i>	
<i>Rustamov Aslanbek</i>	283
<i>RISK FACTORS FOR IMPLANTS</i>	
<i>Rustamov Aslanbek</i>	285
<i>TYPES OF FACE IN YOUNG PATIENTS WITH DISTAL OCCLUSION OF TEETH</i>	
<i>Khaydarov Ulugbek</i>	286

<i>COMPLICATIONS OF MEDIAL FACIAL COVID19 IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS</i>	
<i>Khaydarov Ulugbek</i>	287
<i>CURRENT STATE AND PROBLEMS OF COMPUTER DIAGNOSTICS OF CHILDREN WITH SECONDARY DEFORMITIES OF TEETH</i>	
<i>Jalolov Sharifjon</i>	289
<i>SELECTION OF AN EFFECTIVE STERILIZATION REGIME FOR NEW OSTEOPLASTIC MATERIALS</i>	
<i>Jalolov Sharifjon</i>	290
<i>EFFECTS OF STATIC AND DYNAMIC ETCHING ON THE SURFACE OF HYBRID CERAMICS.</i>	
<i>Rahmonberdiyeva Rushana</i>	291
<i>DIGITAL METHODS FOR ANALYZING THE WORK OF THE CHEWING SYSTEM</i>	
<i>Rahmonberdiyeva Rushana</i>	293
<i>SPECTRAL PROPERTIES OF ADHESIVE CEMENTS FOR BONDING CERAMIC RESTORATIONS</i>	
<i>Narziyeva Nigora</i>	294
<i>CLINICAL AND EXPERIMENTAL DATA FOR THE SELECTION OF NON-REMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES WITH DENTAL IMPLANTS CONTAINING CANTILEVER ELEMENTS</i>	
<i>Narziyeva Nigora</i>	295
<i>THE IMPACT OF DENTAL ALLOY TREATMENT ON CORROSION RESISTANCE</i>	
<i>Karayev Shakhboz</i>	297
<i>COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE</i>	
<i>Karayev Shakhboz</i>	298
<i>ORTHODONTIC AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MISSING OR DEFORMED TEETH.</i>	
<i>Sattarov Yusufboy</i>	300
<i>COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE</i>	
<i>Sattarov Yusufboy</i>	301
<i>ORTHODONTIC AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MISSING OR DEFORMED TEETH</i>	
<i>Muinov Sattor</i>	302
<i>ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЧС ПРИ ОТКРЫТОМ ПРИКУСЕ</i>	
<i>Аралов М.Б., Нигматова И.М., Зикирова М.Б.</i>	304

<i>ORTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE, TAKING INTO ACCOUNT STRUCTURAL FEATURES AND TONGUE DYSFUNCTION</i>	
<i>Muinov Sattor</i>	305
<i>THERMOGRAPHIC EXAMINATION OF PATIENTS WITH HEMIFACIAL MICROSOMY</i>	
<i>Tashmuhammedova Shakhnoza</i>	306
<i>EFFECT OF DENTAL ALLOY TREATMENT ON CORROSION RESISTANCE</i>	
<i>Tashmuhammedova Shakhnoza</i>	308
<i>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ</i>	
<i>З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Хомидов М.А., И.Хайруллаева</i>	309
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ</i>	
<i>Куряков Д.А., Аюбова Н.М., Азизов Б.С., Ганиев А.А.</i>	311
<i>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПОДРОСТКОВ С РЕТИНИРОВАННЫМИ ЗУБАМИ</i>	
<i>Абдуллаева Нилуфар Икромбековна., Абдухоликов Самандар Хамидулло угли</i>	312
<i>ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ</i>	
<i>Арипова Мохларбегим Азизулла кизи., Адылова Ф.А</i>	314
<i>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ</i>	
<i>Курбонова Гулноз Хошимовна</i>	315
<i>ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTION OF DENTAL CARIES IN CHILDREN IN A REGION WITH A DEVELOPED PETROCHEMICAL INDUSTRY</i>	
<i>Raximberdiyev Rustam Abdunosirovich, Ruzimuradova Zilola Shukhratovna</i>	317
<i>PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) IN ORAL MUCOSAL LESIONS</i>	
<i>Kamilov Kh.P., Polatova Dj.Sh., Kakhkharova D.J.</i>	319
<i>ORAL MANIFESTATIONS OF EXUDATIVE ERYTHEMA MULTIFORME</i>	
<i>Kamilov Kh.P., Takhirova K.A.</i>	320
<i>ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ</i>	
<i>Гажва Светлана Иосифовна, Кучер Валерия Анатольевна</i>	322

- АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТУРА ДЕСНЫ ВОКРУГ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ*
Мирхусанова Раъно Сергей кизи, Шомуродов Кахрамон Эркинович 324
- ASSESSMENT OF LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS*
Usmanova Sh.R., Davlatova D.D., Buriev A.E. 326
- СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОМЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА.*
Нормуратов Азиз Нормуратович 328
- ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19*
Камиллов Х.П., Рахимова М.А. 329
- ВОЗРАСТНЫЕ СЕКРЕТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.*
Рахимова М. К, Сайфуллоев А., Каримов Х. А 331
- ПОКАЗАТЕЛИ СЕКРЕТОРНОГО IG A В СЛЮНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19.*
Камиллов Х.П., Рахимова М.А. 333
- МИО И АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЙ РЕЧИ.*
Нигматова И.М., Зикирова Мохичехра 334
- ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦА*
Раззаков У.М., Нигматова И.М., Акбаров К.С. 336
- УЗДЕЧКА ЯЗЫКА И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ*
Исмоилов М.Х., Нигматова И.М., Кодиров Ж.М. 338
- ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТОПОЗИЦИОНЕРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА*
Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., магистр Нурметов Б. М. 339
- PECULIARITY OF TREATMENT FOR RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS OF THE OROPHARYNGIAL REGION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS*
Kamilov Haydar Pozilovich., Ibragimova Malika Khudayberganova., Ubaydullaeva Nigora Ilyasovna 341
- HERPETIC STOMATITIS IN ADULT*
Pardaeva M., Shakirova F.A. 343
- DISTINCTIVE FEATURES OF ACRYLIC AND NYLON PROSTHESES IN ORTHOPEDIC DENTISTRY*
Burkxonova Zarafruz Kobilovna 345

- ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ И ПРИМЕНЕНИЕ ИХ В ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА*
Бекбосынова Ф.К., Сайдалиев М.Н. 346
- PERIPAPILLARY AND OPTIC NERVE HEAD HEMODYNAMIC CHANGES IN PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA*
Dusmukhamedova A. M., Tuychibaeva D. M. 347
- ИТОГИ 5-ЛЕТНЕЙ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ТГСИ И КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ МИРУДН ЗА ПЕРИОД с 2018 по 2023 гг.*
Т.В. Мелькумян^{а,б}, Х.П. Камилов^а, З.С. Хабадзе^б, А.Д. Дадамова 349
- ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА*
Н.М.Аюбова, Д.А.Киряков. Б.С.Азизов 350
- THE IMPORTANCE OF SALIVARY INDICATORS IN THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF PERIODONTAL DISEASES*
Davlatova D.D. 351
- ТАКТИКА АТРАВМАТИЧНОГО УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОРТОЭКСТРУЗИЕЙ*
Аскарлов М.А., Шомуродов К.Э., Азимов И. М. 352
- ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*
Гуленко Ольга Владимировна, Гербова Татьяна Витальевна, Новикова Ирина Сергеевна 354
- РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИУ ПАЦИЕНТОВ С ОЧЕНЬ ДЛИННЫМ ТИПОМ ЛИЦА И ЗАТРУДНЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ*
А. Абдукадыров, У.Т. Бахриев 357
- СТЕПЕНЬ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ДЕНТИНА ВО ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ ПРИ КАРИЕСЕ У ДЕТЕЙ*
Арипов Музаффар Алишерович., Аббасова Диёра Бахтияровна 359
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ*
Тешабоев Мухаммадяхё Фуломқодирович, Йулдошев Абдукодир Азизбек Собиржон ўгли 360
- SEREBRAL QON AYLANISHINING BUZILISHIDAN KELIB CHIQAIDIGAN OG'IZ SHILLIQ QAVATI FUNKTSIONAL O'ZGARISHINI BAHOLASH*
Teshayev Shoxjahon, Muratova Saodat Kadirovna 362

- ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ШАБЛОНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С КАЛЬЦИФИЦИРОВАННЫМИ КАНАЛАМИ*
Пстыга Екатерина Юрьевна, Трифонов Дмитрий Олегович, Кузьменко Анна Викторовна 364
- ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И СОСТОЯНИЕМ ПАРОДОНТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ*
Усмонов Б.А., Юсупалиходжаева С.Х, Сатторов Б.Б. 366
- THE LEVEL OF AWARENESS OF ORAL HYGIENE AND DENTAL HEALTH AMONG CHILDREN*
Fozilov Avazbek Abduvaliyevich, Akhmedova Madinabonu Amirddinova, Vaxobova Maftuna Bakhodirovna 370
- IMPROVING EFFICIENCY ORTHOPEDIC TREATMENT OF SECONDARY ADENTIA AGAINST THE BACKGROUND OF GENERALIZED PERIODONTITIS.*
Furkatov Shokhjakhon Furkatovich, Shamsiev Azamat Fazliddinovich, Ziyaev Islomjon Doniyorovich 371
- IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT PATIENTS WITH ODONTOGENIC JAW CYSTS*
Khazratov Alisher Isomiddinovich, Yuldashev Mukhammadjon Sirojiddinovich, Shadiev Orzubek Umidjon ugli 372
- ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОРАЖЕННЫМ РЕВМАТИЗМОМ*
Холбоева Насиба Асроровна 374
- ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ*
Хусанов Достонжон Рустамович., Шомуродов Кахрамон Эркинович., Мусаев Шамшодбек Шухратович 381
- СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ И РАЗРАБОТАННЫХ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ РОТОВОЙ КОМИССУРЫ*
Касимова Шахнозахон Одилжон кизи 384
- USING MACHINE LEARNING TO PREDICT THE LIKELIHOOD OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS*
Yusupalikhodjaeva S.Kh., Patkhiddinov J. Sh., Ortikboev Sh.Sh. 385
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА*
Нигматова И.М., Рахматуллаева Н.Р., Рузиев Ш.Д. 388

- ВРЕДНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА*
Юсупалиходжаева С.Х., Хасанов А.О., Улугбекова Д.Р. 390
- АУГМЕНТАЦИЯ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОКОСТИ*
Юсупов З.Я., Косимов М.М. 393
- ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ*
Юсупов Ш.Ш., Боймурадов Ш.А., Курбонов Ё.Х., Шухратова М.М., Нигматов И.О. 396
- ВЕДУЩИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ПО СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ НА ПАТОГЕНЕЗ. ОБЗОР*
К.А. Привалова, М.А. Носова, А.Н. Шаров, С.М. Ризаева, Е.С. Михайлова 398
- THE PRIMARY CAUSES OF GINGIVAL RECESSIONS ACCORDING TO THE DEGREE OF INFLUENCE ON PATHOGENESIS. REVIEW*
К.А. Privalova, М.А. Nosova, А.Н. Sharov, S.M. Rizaeva, E.S. Mikhaylova 399
- ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОГО КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРФОРАНТЕ МЕДИАЛЬНОЙ ИКРОНОЖНОЙ АРТЕРИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*
Буцан Сергей Борисович, Гадлевская Альфия Айратовна, Салихов Камилъ Саламович, Большаков Михаил Николаевич 407
- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ*
З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, И.А.Эшмаматов, Л.А.Умарова 411
- ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ФОНЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ*
З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Фозилов М.М., М.Зокирова 413
- ДИСФУНКЦИЯ ГЛОТАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.*
Нигматова И.М., Рахматуллаева Н.Р. 414
- ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ*
З.З.Назаров, Ш.Х.Назарова, Хомидов М.А., И.Хайруллаева 416
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ*

- Йулдошев А.А.С., Тешабоев М.Ғ 418
НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТОМ
ПРИКУСОМ
- Нигматова И.М., Аралов М.Б., Ахмедова З.А. 419
ОСАНКА РЕБЁНКА И ВИДЫ ПРИКУСА.
- Нигматов Р. Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С. 421
«КАРИКЛИНЗ» - ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ
ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
- Абдуазимова Л.А., Абданбекова К.Р., Ганиев Ш 423
ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
- Қобилжонов Ж., Аббасова Д.Б. 424
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО И РЕЦИДИВНОГО КАРИЕСА У
ДЕТЕЙ
- Махсумова С.С., Икромхужаева У.Б., Каримбоев О 426
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В
ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД
- Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А., Набиева М 427
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И
ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.
- Хатамова У.Х., Мирзаев Х.Ш., Абдуллаев Ж.Р. 428
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ
ДОШКОЛЬНИКОВ СЕЛЬСКОГО РЕГИОНА ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ
- Зокирхонова Ш.А., Садыкова Л.Д., Тошмурадова М 429
ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИ ВАКИЛЛАРИНИНГ ФРОНТАЛ – ВЕРТИКАЛ
ПРОПОРЦИЯ ЦЕФАЛОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.
- М.Қ.Қўчқарова, Маматқулов Ш.А., Сатимов Ш.М., Муртазаев С.С. 431
СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
- Утешева И.З., Адылова Ф.А., Ахмедов Лутфулло 432
ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
- Утешева И.З., Насырова С.З., Эсанов Адхам 434
БОЛАЛАРДА ЖАРОХАТЛИ СТОМАТИТЛАРДА «ВИНОГРАДНЫХ
КОСТОЧЕК» МОЙИНИ ҚЎЛЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
- Махсумова С.С., Кодирова М.Т., Насирова С.З. 435
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ
ГЕПАТИТОМ С
- Абдурахманова С.А., Маткулиева С.Р. 436
НОВЫЙ СПОСОБ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
ПАРАДОНТИТА
- Каримова Н.О., Каримова С.К., Рахматуллаева Д.У. 437

- ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ АНЕМИЯ.* 438
Абдуманнанов Д.Р., Даминова Ш.Б.
- ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.* 440
Абдуазимова Л.А., Азимжоновна Н., Мажидов Шахзод
- KARIES TARQALISHINI OLDINI OLISHDA STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTİKASINING O'RNI* 442
Zokirjonova G.X., Isaxojayeva H.K.
- OPTIMIZATION OF OUTPATIENT SURGICAL DENTAL CARE FOR PATIENTS ON PROLONGED ANTITHROMBOTIC THERAPY* 443
Mukhtorov S.M., Shavkieva M.M.
- EFFICIENCY OF USE OF ANTISEPTIC DRUG IN CHILDREN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CATARIAL GINGIVITIS* 444
Mukhtorov S.M., Shavkieva M.M.
- СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ* 445
Косимов А.А., Акбаров А. Н.
- TEETHING SYNDROME A NEW LOOK AT AN OLD PROBLEM.* 447
Isakhodjaeva H.K., Malikov S.T, Saidrakhmonov S.S.
- ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ* 448
Даминова А.Б., Хабилов Н.Л.
- IN VITRO ТЕСТИРОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ В УЗБЕКИСТАНЕ* 450
Гулямов Д.Т., Мансуров Ф.Т.
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИРОВАНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ* 451
Гулямов Д.Т, Хакимов А.Ш.
- КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОТБЕЛИВАНИЯ СИСТЕМОЙ ДЛЯ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ, СОДЕРЖАЩЕЙ 15% ПЕРОКСИДА ВОДОРОДА С ИЛИ БЕЗ СВЕТОВОЙ АКТИВАЦИИ* 452
Хасанов Э.Т., Даминова Ш.Б.
- ИЗМЕНЕНИЕ АНАЛИЗОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.* 453
Каршиев Шохрух Чориевич, Абдуллаев Ш.Ю.
- ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ СУКАЧЕВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.* 455
Досматов Исломбек, Боймуродов Шухрат Абдужалилович
- ПЕРЕЛОМЫ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ* 456
Рузиев Шахбоз Алишиерович, Абдуллаев Ш.Ю.

- СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В ПРИАРАЛЬЯ*
Махкамова М.М., Муратбаев А.Б. 457
- ИНДЕКС ХЕЛКИМО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ*
Абдуллаева М., Якубов Р.К. 460
- ТОЧНОСТЬ ВНУТРИРОТОВОЙ НАВИГАЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТАТИЧЕСКИМ ПИЛОТНЫМ ПРОЕКТОМ, СОЗДАННЫМ С ПОМОЩЬЮ САД/САМ НАПРАВЛЯЮЩИЕ ДЛЯ СВЕРЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ: ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO*
Норчаева Мастура Дилмурод кизи, Мукимов Одилжон Ахмаджонович 461
- ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦА ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ*
Мизомов Л.С., Азимов А. М. 462
- ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА. ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИРОТОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ.*
Нурмухамедова Зилолахон Сайфиддинхўжа қизи, Файзиев Б.Р. 464
- КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19*
Абдурахмонов М.А., Олимжонов Г.Г., Икрамов Г.А. 466
- МЕТОДЫ МОДИФИКАЦИИ ФЕНОТИПА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОКОЛОИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ КРАЕВОЙ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ*
Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э. 467
- THE FREQUENCY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE*
Shaeva R.G., K.E. Shomurodov 469
- ОШИБКИ И ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЛИЦА И ШЕИ*
Бабохужаев А.С., Абдуллаев Ш.Ю. 471
- БОЛАЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ЙИРИНГЛИ ДЕСТРУКТИВ ОСТЕОМИЕЛИТИНИНГ МАҲАЛЛИЙ АСОРАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ*
Мухторов Шахобиддин., Якубов Р.К. 473
- СОВРЕМЕННАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА*
Темирова Ш.Н., Матчанов Б.Б., Алиев О.Б., Зокиров Д.М., Юсупов Ш.Ш. 474
- КОНТУЗИОННАЯ ТРАВМА ОРБИТЫ*
Анваров Саиджон, Инатов Ахмад, Темирова Шахноза, Юсупов Шохрух Шухратович 476
- ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦЕНТОВ С НЕЙРОБЛАСТОМНОЙ ОБЛАСТИ ШЕИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.*

- Турсунбоева Муниса Бахром кизи, Юсупова Дилдора Зухриддиновна 478
 МЕТОДЫ МОДИФИКАЦИИ ФЕНОТИПА МЯГКИХ ТКАНЕЙ
 ОКОЛОИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ
 КРАЕВОЙ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ
- Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э. 479
 ASPECTS OF ASSESSING TOOTH HYPERSENSITIVITY AFTER PREPARATION
 USING ODONOTHERMOMETRY IN ORTHOPEDIC DENTISTRY
- Safarov M.T, Azizova Sh.I. 482
 COVID-19 БИЛАН ОФРИГАН ТИШСИЗ БЕМОРЛАРНИНГ ОФИЗ БЎШЛИГИ
 ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРГА САБАЧИ ОМИЛЛАР
- Шарипов С. С., Абдурахимов З. А., Хабибназаров Р. 485
 CRITICAL ANALYSIS OF PRINCIPLES OF PROSTHESIS LOADING TIME ON
 DENTAL IMPLANTS: PROBLEMS AND DECISIONS
- Mirkhusanova R.S., Kholmatova S., Shomurodov K.E. 487
 ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОСТОВИДНЫХ
 ПРОТЕЗОВ, ФИКСИРОВАННЫХ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ
- Сафаров М.Т., Рузимбетов Х.Б., Сафарова Н.Т., Холбоев Х. 490
 ОЦЕНКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С
 ЗАМКОВЫМ КРЕПЛЕНИЕМ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТАХ
- Сафаров М.Т., Салимов О.Р., Ширинова Ш. 493
 CAD/CAM SYSTEMS IN DENTISTRY: CURRENT STATUS AND
 DEVELOPMENT PROSPECTS
- Kamoliddinova L.N., To'rayeva J.SH., Sharofiddinova D.U., Tolipova M.A. 495
 THE STATE OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS.
- Salimov O.R., Tolipova M.A. 498
 QALAY FTORIDLI (SNF2) VA NATRIY FTORIDLI (NAF) TISH PASTALARNI TISH
 BIOPLYONKASIGA TA'SIRINI O'RGANISH.
- Alimova H.R., Nurullayeva M.O'. 500
 ПРОЯВЛЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
 ПОЛОСТИ РТА ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ
 БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
- Ибрагимов А.Х., Акбаров А.Н. 501
 ВЛИЯНИЕ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НА СОСТОЯНИЯ ЭМАЛИ,
 ДЕНТИНА И ПУЛЬПЫ.
- Фархадова Н.В., Ирсадиева Ф. Х. 503
 ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ
 ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ЭТАПЕ ЦИФРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ
 ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА

- Арипов Ш.А., Ризаева С.М. 505
ҚОЛИП ОЛИШ УЧУН МИЛКНИ РЕТРАКЦИЯ ҚИЛИШ СИФАТИНИ
КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ БАҲОЛАШ.
- Хайдарова О., Омонова Н.А. 506
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ
- Косимов А.А., Акбаров А. Н. 508
TISHLARNING ZICH JOYLASHUVIDA PARODONT TO'QIMALARI
HOLATINI VANOLASH
- Shatuhamedova F.A., Muratazayev S.S., Arifdjanova M.A. 509
MANAGEMENT OF MISSING MOLARS WITH ORTHODONTIC SPACE CLOSURE
- Муртазаев С.С., Муратова Г.А., Кадиров А., Суръатов Д.Х. 511
О ВАЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ФОТО-ПРОТОКОЛА ПРИ
ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫМИ
АНОМАЛИЯМИ
- Машарипова С.К., Миржанова А.М., Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э. 513
СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ПЛАНИРОВАНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО
РЕЗУЛЬТАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
- Исмаилова.М.Ш., Ярашева.Н.И. 515
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО
КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
- Муртазаев Саидмурод Саъдаллоевич, Абдуазимова-Озсойлу Лола
Абралходжаевна, Мазифарова Камила Руслан кизи 517
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА СОПОСТАВЛЕНИЯ 3D-МОДЕЛЕЙ ЗУБНЫХ
РЯДОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.
- Сейпуллаев Ш.А., Кадыров Жасур Мавжудович 518
РАЗНИЦА В РАСПРЕДЕЛЕНИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ РАСШИРЕНИИ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЫСТРОГО РАСШИРИТЕЛЯ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (RME) И СКЕЛЕТНОГО РАСШИРИТЕЛЯ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ (MSE) — АНАЛИЗ МЕТОДОМ КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ
- Холмунинова Г.А., Кодиров Ж.М. 520
ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО
ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ
- Мардонов О.Д., Кадыров Жасур Мавжудович 521
КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАТА
IMPLANT.UZ С БИОАКТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ В ОЦЕНКЕ
ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА
- Усмонов Ф.К., Хабилов Н.Л., Мун Т.О. 523
РОЛЬ ГНАТОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
- Курьязов.Ж.Х., Хабилов.Н.Л. 524
ДЕПРОГРАММИРОВАНИЕ МЫШЦ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ
С ПАТОЛОГИЕЙ ВНЧС
- Абед З.Ж., Хабилов Б.Н., Дадабаева М.У. 526

ГИСТОЛОГИЯ ДЕСНЫ ПРИ РЕЦЕССИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Лопатина Н.В., Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф.,
Тухватуллина Д.Н., Фархиятова Р.Р.* 545

*ГИСТОЛОГИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ В
ЭКСПЕРИМЕНТЕ*

*Валеева Г.А., Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф., Тухватуллина
Д.Н., Фархиятова Р.Р.* 549