



# V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС СТОМАТОЛОГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СТОМАТОЛОГИИ И  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ХИРУРГИИ



# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ТАШКЕНТ - 2022

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

ББК: 56.65я 43

С 56

**Ответственные редакторы:** д.м.н., профессор Шомуродов К.Э., к.м.н., доцент Туйчибаева Д.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 3-4 июня 2022 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.**

**SURUNKALI QAYTALANUVCHI GERPETIK STOMATITDA IMMUN  
STATUS XUSUSIYATLARI**

**Abduhakimova M.B.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti  
[maftuna\\_bahromova@mail.ru](mailto:maftuna_bahromova@mail.ru)

**Mavzuning dolzarbligi.** Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida kasalliklari orasida yetakchi rol herpetik stomatit patologiyasiga tegishli. Bugungi kunga kelib, dunyo aholisining 2/3 qismi herpes virusi infeksiyasidan aziyat chekmoqda va HSV ga antigenlar 50 yoshgacha bo'lgan 85% da aniqlangan, bu ushbu mavzuning dolzarbligining to'g'ridan-to'g'ri dalilidir.

Herpes virusli kasalliklar nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo bo'lib, u o'rganilayotgan virusning keng tarqalishi, insonning butun hayoti davomida organizmda saqlanib qolinishi, klinik ko'rinishlarning sezilarli polimorfizmi, deyarli barcha inson a'zolari va tizimlariga ta'sir qilishi, torpidlik bilan bog'liq, shuningdek, virusning virusli DNK ko'rinishidagi nerv ganglionlarida joylashishi HSV ni inson tanasidan butunlay yo'q qila oladigan davolash usuli mavjudligini inkor etish huquqini beradi.

**Maqsad.** Keng qamrovli klinik, laboratoriya va immunologik tekshiruv natijalariga ko'ra, og'ir takroriy gerpetik stomatit bilan og'rigan bemorlarda immunitet tizimining javob xususiyatlarini aniqlash, immunokorrektiv terapiyaning patogenetik jihatdan asoslangan bosqichma-bosqich rejasini shakllantirish.

**Vazifalar.** Kasallikning boshlanishi va davolash davrida gerpetik stomatitda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining holatini o'rganish, kasallik davrida patogenetik asoslangan immunokorreksiya sxemasini ishlab chiqish.

**Materiallar va usullar.** Biz 20 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan (I yoki asosiy guruh) og'ir qaytaluvchi herpetik stomatit bilan og'rigan 12 kishini (6 erkak va 6 ayol) o'rgandik. Kasallikning davomiyligi 5 oydan 10 yilgacha o'zgartirildi. Yuqoridagi bemorlarda aniq intoksikatsiya klinikasi kuzatildi (febril harorat, bosh og'rig'i, titroq, mintaqaviy limfadenit, ishtahaning pasayishi, og'izni ochganda og'riq). Takroriy herpetik stomatit bilan og'rigan bemorlarda klinik va laboratoriya tekshiruv, pufakchalar tarkibini sitologik tekshirish va immunologik tekshiruv o'tkazildi.

**Natijalar.** O'rganilgan ma'lumotlarga asoslanib, umumiy va mahalliy klinik ko'rinishlarni tezda tekislashtirish va kasallikning barcha belgilarini bartaraf etish, epitelizatsiya vaqtini qisqartirish hisobiga og'ir takrorlanuvchi gerpetik stomatit bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradigan kompleks davolash ishlab chiqildi va umumiy va mahalliy immunitet ko'rsatkichlarini tiklash, shuningdek, herpes infeksiyasining barqaror va uzoq yashirin davriga erishish.

**Xulosa.** Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, qaytaluvchi gerpetik stomatit bilan og'rigan bemorlarni davolash rejimiga immunomodulyatorni kiritish aniq klinik ta'sir bilan ajralib turadi, uning asosi tizimli va mahalliy immunitetni tartibga solish va yallig'lanish jarayonini intensivligining pasayishiga olib keladi.

**SOG'LOM TURMUSH TARZINING ZAMONAVIY MUAMMOLARI**

**Abdukadirov X.J., Tangirov A.L., Mamadjanov N.A.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

[xabibullaabduqodirov@mail.ru](mailto:xabibullaabduqodirov@mail.ru), [abdiholiq\\_67@mail.ru](mailto:abdiholiq_67@mail.ru), [nodir110475@mail.ru](mailto:nodir110475@mail.ru),

Sog'lom turmush tarzi mavzusining dolzarbligi hozirgi kunda Respublikamizda eng dolzarb masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu maqola mamlakatimizda sog'lom turmush tarzi va turli yomon odatlarning tarqalishi darajasi haqida vaziyatni aks ettiradi. Menimcha, mamlakatimizda sog'lom avlod zarur. Bundan tashqari, hozirgi vaqtda bu yo'nalishga tobora katta e'tibor berilmoqda.

Sog'lom turmush tarzi tushunchasi ma'lum bir kontsepsiya sifatida belgilanishi mumkin, unga ko'ra, inson muayyan sport faoliyati bilan shug'ullanadi, yomon odatlardan voz kechadi va to'g'ri ovqatlanadi.

Biroq, bu ta'rif faqat insonning jismoniy holati va xatti-harakati bilan chegaralanmaydi. Shuningdek, u insonning psixologik holatini ham o'z ichiga oladi.

Inson tarixi davomida STT ning tarqalishi boshqacha edi. Misol uchun, zamonaviy jamiyatni va SSSR davridagi davrlarni taqqoslash uchun qabul qilsak, biz sog'lom turmush tarzi madaniyatining umumiy pasayishi haqida gapirishimiz mumkin.

Buning sabablari juda ko'p. Avvalo, bu 90-larda alkogolizmning o'sishi. Ikkinchi omil esa, yoshlardan vaqt ajratib, ularni sportdan olib chiqib ketadigan yoshlardagi turli xil asbob-uskunalarining (kompyuter, telefon) paydo bo'lishi bilan bog'liq.

Juda ko'p yoshlar ko'chada vaqt o'tkazishga qiziqish bildirishdi.

Ota-bobolarimiz davrida bu texnik moslamalar yo'q edi, shuning uchun asosan yoshlar sport, san'at va hokazolarda o'z-o'zini rivojlantirish bilan shug'ullanishdi.

Hozirgi vaqtda yoshlar orasida depressiya sindromini uchratish mumkin, chunki u tashqi muhit ta'siriga nisbatan kamroq chidamli bo'lib qoldi.

Ha, kundalik hayot ko'pincha yoshlar orasida yo'q, ular ota-bobolarimizga qaraganda ko'proq xaotik hayot tarziga ega. Yomon odatlardan zaharlanadi, sog'lig'ini yo'qotadi va minglab odamlar nobud bo'ladi. Bularning barchasi ixtiyoriy asosda, chunki inson o'zini zaharlaydi, yo'q qiladi va o'zini o'ldiradi, ko'pincha buni bilmasdan.

Eng achinarli narsa shundaki, nafaqat kattalar, balki o'smirlar ham yomon odatlardan aziyat chekmoqda. Chekish yosh avlod orasida keksalar va qariyalarga qaraganda ko'proq uchramoqda. Lekin spirtli ichimliklarni ortiqcha iste'mol qilish katta yoshdagilarga xosdir. Bundan tashqari, ochko'zlikdan aziyat chekadiganlar ham bor. Ko'p odamlar yeyayotgan ovqati haqida emas, ovqatni qancha, qachon va qanchalik tez-tez eyeishini o'ylayaydi. Ammo bu omillar tanamizning me'yorida ishlashiga, uning charchashiga, tanadagi turli moddalarni to'g'ri ishlab chiqarishiga ta'sir qiladi.

Turli yoshdagilar orasida tartibsiz jinsiy hayotga etaklaydigan odamlar soni ortdi. Bunday hayot nafaqat jinsiy yo'l bilan o'tadigan kasalliklar, balki odamlarning psixologik holati uchun ham xavflidir. Ba'zi tadqiqotlar natijalariga ko'ra, erta jinsiy

hayotni boshlagan va tasodifiy ravishda olib boradigan so'rovda qatnashgan o'smirlar hayotda aniq maqsadga ega emaslar, o'zlarini qoniqtirmaydilar, ular bilan bir narsa kabi muomala qilishadi va hokazo.

Har qanday kasallikka e'tibor bermagan ko'plab odamlar turli xil salbiy hodisalarga uchraydi. Ammo, aksincha, dori-darmonlarni haddan tashqari ko'p yoki noto'g'ri ishlatadigan odamlar ham bor, masalan, kasallikning birinchi va kichik belgilari paydo bo'lganda to'g'ri dorixonaga borib, antibiotiklarni qabul qilish.

Lekin hamma narsa aniq emas. So'nggi yillarda STT yana avvalgi mashhurlikka erishmoqda. 1990 yilning vaqti uzoq vaqtdan beri o'tdi va odamlar yana sog'lom, jismonan rivojlangan va chiroyli bo'lishga qiziqishmoqda. Mamlakatimizda zamonaviy trenajyorlar bilan jihozlangan sport majmualari barpo etilmoqda, bolalar uchun turli to'garaklar faoliyat ko'rsatmoqda. Institut va maktablarda talabalar qo'shimcha mashg'ulotlar va turli musobaqalarga jalb qilinmoqda. Alkogolizm va giyohvandlikka qarshi kurashadigan ko'plab markazlar mavjud va ular o'z ishlarini olib bormoqda. Yaqinda hukumat sigaret reklamalarini, shuningdek, jamoat joylarida chekishni taqiqladi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, mamlakatlardagi keng miqyosda yomon odatlarning tarqalishi siyosiy va iqtisodiy vaziyatning beqarorligi, ko'plab va turlicha inqirozlar mavjudligi, siyosiy va iqtisodiy mexanizmning mukammal emasligi bilan bog'liq. Mamlakatimizga bu muammo dolzarb bo'lib, uning ildizlari xalqimiz tarixiga chuqur kirib bormoqda. Bundan tashqari, uning tarqalishi jamiyatimizda madaniyatning pastligiga bog'liq. Bu muammo bilan nafaqat jamiyat kurashishi kerak, balki har bir kishi bu odatlarning katta zararidan xabardor bo'lishi va ular bilan kurashishga harakat qilishi kerak. Shundagina biz ushbu muammoni hal qilish haqida gapirishimiz mumkin.

Ko'p jihatdan, odamlarda sog'lom turmush tarzi mavjudligi yoki yo'qligi ularning atrofidalarga ta'sir qiladi. Ya'ni, bu maktab, institut, do'stlar bo'lishi mumkin, lekin eng muhimi, oila, chunki bola ota-onasini kuzatib boradi va namuna oladi. Lekin har doim ham emas. Yomon ota-onalar juda oddiy bola va aksincha o'sishi mumkin.

Sog'lom turmush tarzi insonning qanchalik baxtli bo'lishiga ta'sir etishi ham muhimdir. To'g'ri uxlayotgan, to'g'ri ovqatlanadigan, yomon odatlarga ega bo'lmagan va sport bilan shug'ullanadigan kishi baxt gormoni, qonda shakar me'yori va boshqalarni ishlab chiqarishning yuqori darajasiga ega. Shuning uchun u har doim energiya bilan to'la. Bunday kishi baxtli bo'ladi. Buning aksi haqiqatdir. Axir, jismoniy tarbiya mashg'ulotlari va jismoniy mehnat bilan bog'liq har qanday boshqa harakatlar baxt gormoni ishlab chiqarishga yordam beradi.

Vaqt o'tishi bilan sog'lom turmush tarzi zamonaviy jamiyatda ommalashib bormoqda. Xalqimizning yomon odatlarini to'liq bartaraf etishiga umid qilmang, lekin ularning o'z sog'lig'iga e'tibor qaratishiga, sport bilan shug'ullanadigan, to'g'ri ovqatlanadigan va hokazolarga ishonadigan odamlar ko'payadi. Hukumatning o'zi aholini sog'lamlashtirish haqida qayg'urmoqda.

**THE ROLE OF MULTISPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE  
DIAGNOSIS OF AMELOBLASTOMA**

**Abduvalieva S.X., Abdukhalik-Zade N.Sh.**

Tashkent State Dental Institute

**Abstract.** Benign odontogenic tumors of epithelial origin are a group of diseases that, due to the variety of clinical course, pathomorphological features and various treatment options, are of great interest to clinicians. Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor with an aggressive clinical course, which is formed from an odontogenic epithelium in a mature fibrous stroma devoid of odontogenic ectomesenchyma.

**The purpose of the study** - to study the MSCT semiotics of ameloblastoma.

**Materials and methods of research.** We examined 20 patients with ameloblastoma. The age of the patients was 20-33 ( $2\pm 1.2$ ). Among them, 12 patients were women, 8 patients were men. Multispiral computed tomography (MSCT) was performed in spiral mode on the Somatom Emotion 64 device (Siemens, Germany). MSCT with contrast was performed after a native study with the introduction of a contrast agent (nonionic contrast agent Unigexol (2 ml/kg Unigexol 350 mg iodine/ml, Unique Pharmaceutical Laboratories, India) with subsequent scanning.

**Results of the research.** At MSCT, small tumors were detected in 8 patients (40%) characterized only by marginal contrast enhancement, in 12 patients (60%) - large volumetric formations spreading beyond the bone, containing a solid component that moderately accumulates contrast, and low-density cystic areas. All 20 patients (100%) had no spread beyond the bone. MSCT in the bone window: 8 patients (40%) had a single-chamber, the remaining 12 patients (60%) had a multi-chamber volumetric formation with scalloped edges. The type of "bubbles" was visualized in 7 patients (35%), but this was not a pathognomonic sign of ameloblastoma. Also in our study, 3 patients (15%) had a connection with an uncut molar, 5 (25%) had resorption of the nearest teeth. In 10 cases (50%) - pronounced thinning of the cortical layer of the lower, in 2 patients (10%) - the upper jaw. An osteolytic focus of low density without matrix mineralization was also observed in 4 (20%) cases.

**Conclusion.** The analysis of computed tomography data allows: 1. to state the presence of a voluminous formation, 2. to determine its prevalence, 3. to characterize the boundaries and shadows, 4. to control postoperative changes. There are characteristics that make it possible to obtain information about the stage of development of pathology, its prevalence and to choose an adequate treatment strategy, including surgical one. Moreover, contrast-enhanced MSCT makes it possible to visualize focal mural nodes better accumulating contrast: it also makes it possible to assess the relative location of bone and tumor.

**O'PKA TUBERKULYOZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA  
OG'IZ BO'SHLIG'I GIGIENASI VA PROFILAKTIKA  
SAMARADORLIGINI OSHIRISH**

**Absalamova N.F., Toshtemirova M.M.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

[arogin\\_stomatolog@mail.ru](mailto:arogin_stomatolog@mail.ru)

Dunyoda har yili 8 millionga yaqin yangi sil kasalligi qayd etiladi. So'nggi o'n yillikda sil kasalligi bo'yicha epidemiologik vaziyatning yomonlashuvi kuzatildi, bu o'z navbatida kasallanish og'irligining oshishi bilan namoyon etdi.

**Tadqiqot material va usullari.** O'pka tuberkulyozi bilan kasallangan 30 ta, 15-65 yoshli bemorlarda og'iz bo'shlig'ida turli gigienik va funksional sinamalar, og'iz bo'shlig'i suyuqligi va sulak tarkibidagi mikrobakteriologik tekshiruvlar olib borildi. Tekshiruvlarda og'iz bo'shlig'i suyuqligida, so'lak tarkibida va karioz bo'shliqda ko'plab sil mikobakteriyalari aniqlandi. Bemorlar asosiy va nazorat ostidagi guruhlariga teng taqsimlandi. Asosiy guruh bemorlariga kariesning oldini olish, o'sish jadalligini kamaytirish va sulak tarkibidagi mikrobakteriyalar sifatini kamaytirish uchun bemorlarga 2 oy mobaynida turli antiseptik (furatsillin, qora duba, shalfeya) vositalar bilan og'izni kuniga 5-10 marotaba chayib turish maslahat berildi va yulga quyildi. Og'iz bo'shlig'idagi barcha karioz bo'shliqlari tozalandi va antiseptik ishlov bilan yuvildi va tarkibida kalsiy saqlovchi materiallar bilan plomba qilindi. Og'iz bo'shligiga 10 kun davomida vitaminlar (B6, B12, A) qilindi. Nazorat ostidagi guruh bemorlarining kariesi bo'lgan tishlari bartaraf etildi va sulak va og'iz bo'shligi suyuqligi mikroflorasi tekshirildi, gigienik sinamalar o'tkazildi va 2 oy mobaynida davolangan tish kariesining samaradorligi va og'iz bo'shlig'i mikroflorasi nazoratga olindi.

**Tadqiqot natijalari.** 1-profilaktika olib borilgan guruh. Olib borilgan chora tadbirlardan so'ng bemorlar qayta gigienik sinamalar va mirkrobakterial tekshiruvlarlar natijasi shuni ko'rsatadi asosiy guruh bemorlarining 82%ida 90%gacha va qolgan 18%ida esa 65%gacha o'z samarasini ko'rsatganligi aniqlandi. Oziq-ovqat tarkibidagi vitamin va minerallar va antiseptik vositalar bilan chayish ham mikrobakteriyalarning kamayishiga sabab bo'ldi. 2-karioz kovaklari davolangan guruh. Olib borilgan davo natijasidan ushbu guruh bemorlarining 35%da 62% gacha, qolgan 65% bemorlarda esa 17%gacha o'z samarsini ko'rsatganligi aniqlandi. Ushbu guruh bemorlariga antiseptik vositalar va vitaminterapiya ishlari olib borilmaganligi uz aksini namoyon qildi.

**Xulosa.** Shunday qilib, so'lak tarkibidagi va og'iz bo'shlig'i suyuqligi, hamda karioz bo'shlig'idagi sil mikobakteriyalari ham sezilarli darajada pasaydi. Olib borilgan chora tadbirlar natijasida og'iz bo'shlig'ida kelib chiqadigan yara va karashlar ko'payishini oldi olindi. Og'iz bo'shlig'idagi karies kovagi bo'lgan va davo choralari ko'rilgan ammo antiseptik vositalardan foydalanmagan bemorlarda esa natija nisbatan kamroq bo'lishi aniqlandi. Antiseptik ishlovlar va vitaminterapiya tish kariesining jadalligini pasaytirishi ma'lum bo'ldi.

**MAKTABGACHA TA'LIM TASHKILOTLARIDA  
HAMSHIRALARNING ISH FAOLIYATINI TASHKIL ETISH**

**Adilova Z.U., Azizova F.L.**  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
[azilolakhon@gmail.com](mailto:azilolakhon@gmail.com)

Dunyoning ko'pgina mamlakatlarida hamshira sog'liqni saqlash tizimidagi eng muhim tarkibiy qismlardan biridir.

Hamshiralarning mehnati mijozlarga keng ko'lamli xavfsiz, samarali va sifatli tibbiy yordam ko'rsatishligi bilan sog'liqni saqlash sohasida katta ahamiyatga ega (Urazalieva I.R. 2020).

Hamshiralik ishini takomillashtirish ularning Sog'liqni saqlash tizimidagi hamshiralik ishining ahamiyatini tan olinishi tibbiy yordam sifatini oshirishga imkon beradi. Jahon tajribasi shuni ko'rsatadiki, hamshiralik ishini islohotida tibbiy yordam samaradorligini oshirish uchun ulkan salohiyat ekanligini ko'rsatgan (Vonderheid S., 2001; Buchan J., 2002 va boshqalar.).

Yangi O'zbekistonning 2022-2026 yillardagi rivojlanish strategiyasining maqsadlaridan birida maktabgacha ta'limga bolalarni qamrab olish darajasini 67% dan kamida 80% gacha oshirish. Maktabgacha ta'lim muassasalarida bolalar salomatligini mustahkamlash va tiklashga qaratilgan majmuaviy chora-tadbirlarning amalga oshirish, tez-tez kasallikka chalinuvchi bolalarni sog'lomlashtirish, kasallik xavf omillarini erta aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Turli xorijiy mamlakatlarning ilmiy tadqiqotlarida bolalar salomatligi, oilalarning yashash sharoitlari, jismoniy rivojlanishni, ularga ta'sir etuvchi omillarni o'rganishga qaratilgan (Устинова О.Ю. и др 2018; Лужецкий К.П. и др, 2018, Степанова М.И. и др, 2018).

**Tadqiqot maqsadi** - maktabgacha ta'lim muassasasida hamshiralar bilan ta'minlanganligi ishini tashkil etilishini o'rganish, ularning ish samaradorligini oshirish zaxiralarini aniqlash.

**Tadqiqot material va usullari.** Toshkent shaxridagi maktabgacha ta'lim tashkilotlaridani 4 ta tumandagi 134 ta hamshiralar ish faoliyati so'rovnoma orqali o'rganildi.

**Tadqiqot natijalari.** Maktabgacha ta'lim tashkilotlarida (MTT) tibbiyot hamshiralarning barchasi o'rta tibbiy ma'lumotga ega, ular kasbiy ta'limni kollejlarni yoki tibbiy bilim yurtlarini bitirgan. Hamshiralarning o'rtacha yoshi 38 yoshni, ulardan 30 yoshgacha bo'lganlar 22% ni, 30 dan 39 yoshgacha 25,8%, 32,9% ni 40 dan 49 yoshgacha bo'lganlar va 50 yoshdan oshganlar 19,3% ni tashkil etgan.

91,8% hamshiralar ishlayotgan joylariga yaqin manzilda istiqomat qilar ekanlar. Millati bo'yicha taxlili qilib chiqilganda o'zbek 94%, tojik 1,4%, 2,2%, rus 2,2% millatidan ekan. Kasbiy maxoratini oshirishga vaqti yo'qligini 56,2%, onda sonda deb 14 %, 29,8 % esa muntazam oshirib boraman deb belgilagan. Ularning malakasini oshirishiga turli omillar xalaqit beradi: yuklamaning ko'pligi, oilaviy sharoiti yoki qiziqishi yo'q dib ko'rsatgan. Kasbiy majburiyatlaridan tashqari MTT hamshiralari turli topshiriqlarni bajarishga, javdvallariva ma'lumotlarni to'ldirishga

vaqtlari ketadi deb javob bergan. Kompyuterdan asosan xisobotlarni to'ldirish uchun foydalanishlari haqida yozganlar.

Maktabgacha ta'lim tashkilotlarida ishlaydigan hamshiralariining aksariyati 1 yoki 1,5 shatat birlikda ishlaydi. MTT da 360 ta hamshiralarga 1,5 shtat birligi belgilangan. Bolalarning salomatligini mustaxkamlashda hamshiralarning ishi muhim ahamiyat kasb etadi. Hamshiralarning bajaradigan vazifalari ko'p va uni bajarishga vaqt yetishmaganligi sabab 360 ta bolaga 1,5 shtat birligi kamlik qiladi.

**Xulosa.** Bolalar salomatligiga va kasallik yuzaga kelishiga ta'sir etuvchi asosiy omillarni haqida birlamchi bo'g'indagi va MTM dagi hamshiralari ma'lumotga ega bo'lishlari va aholi orasida targ'ibot qilishlari muhim hisoblanadi.

MTM hamshiralari ishining samaradorligini oshirishning muhim omili ish haqining oshishi, tibbiy hujjatlar bilan bog'liq mantiqsiz xarajatlarni kamaytirish, moddiy-texnik jihozlarini takomillashtirish, kasbning obro'sini oshirish, kasbiy bilim va ko'nikmalarni oshirishdir.

## **FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS OF LOCAL ANESTHESIA IN THE TREATMENT OF CARIES AND ITS COMPLICATIONS**

**Akhmedov A.A., Karimov N.N., Furkatov Sh.F.**

Samarkand State Medical University

[suzayn@mail.ru](mailto:suzayn@mail.ru)

**Objective.** To determine the factors influencing the effectiveness of local anesthesia in the treatment of caries and its complications.

**Material and methods of research.** The analysis of 209 clinical cases of patients seeking dental care in the polyclinics of Izhevsk was carried out. In the course of the study, the clinical efficacy of injection methods of anesthesia in the treatment of dentin caries, acute and chronic forms of pulpitis and periodontitis was evaluated on a 5-point scale. The score of five points was set with absolutely painless intervention. All patients who sought dental care were divided into groups depending on their age. The first group consisted of patients aged 18 to 29 years, the second – from 30 to 44 years, the third – from 45 to 59 years and the fourth – over 60 years. In each age group, the constitutional features of the patient were evaluated, including the determination of the type of physique and the emotional state of the patient before dental intervention. In addition, the patients' history of somatic pathology was taken into account.

**Results of the research.** Evaluation of the effectiveness of anesthesia depending on age showed that absolutely painless treatment of dentine caries was observed in 100% of patients in the first group, 90% – in the second and third, 50% – in the fourth group. In the treatment of acute forms of pulpitis and periodontitis in all age groups, local anesthesia was used in 100% of cases, and absolute anesthesia was observed in 55% of patients in the first group, 67% in the second and fourth, and 43% in the third. The effectiveness of anesthesia in patients with a history of somatic diseases, mainly hypertension, was lower in comparison with patients without somatic pathology: in the second, third and fourth groups, only 50% of patients rated

the effectiveness of anesthesia at 5 points, in the first group – 71%. When assessing the constitutional features of patients, it was found that absolutely painless treatment of caries and its complications in normosthenics was observed in 84%, asthenics – 52%, hypersthenics - 51% of cases. Patients with hypersthenic body type experienced fear and anxiety before intervention in 42%, asthenic -15% and normosthenic – 29% of cases.

**Conclusions.** The need for anesthesia in the treatment of dental caries in patients over 60 years of age was lower in comparison with patients of other groups, which is probably due to changes occurring in the pulp of the tooth with aging of the body. Lower indicators of the effectiveness of local anesthesia were observed in those age groups where patients had somatic pathology, and, as a rule, anesthetics without vasoconstrictors or with a low content of them were used. Thus, only half of the patients with pathology of the cardiovascular system managed to achieve adequate anesthesia and conduct an absolute painless treatment of caries and its complications. In normosthenics, the success rate of anesthesia was 1.6 times higher than in patients with asthenic and hypersthenic body types. The effectiveness of local anesthesia in patients who felt calm before manipulation was 1.2 and 4.4 times higher, respectively, compared with those who were worried or afraid.

**THE PREVALENCE AND INTENSITY OF CARIES AND  
NON-CARIOUS LESIONS OF THE TEETH IN THE ELDERLY  
AND SENILE AGE**

**Asadullayev N.S., Safarov M.T.**

Tashkent State Dental Institute

Zwer1985@gmail.com

The process of aging society is characteristic of all developed and many developing countries. Currently, about 901 million people around the world have crossed the age limit of 60 years, which is 12.3% of the total population. By 2030, this number of older people will increase to 1.4 billion or 16.5%, and by 2050 - up to 2.1 billion people or 21.5% of the world's population.

Already now there are more people who have crossed the line of 60 years than the number of children under the age of five; and by 2050 there will be more of them than before 15 years.

With age, an increase in the prevalence and severity of somatic pathology is recorded.

In the age group over 60 years, problems associated with diseases of the oral cavity are one of the first places among the general morbidity. Numerous epidemiological surveys conducted abroad show that in older age groups, among dental changes, tooth loss with subsequent functional disorders comes first, and the frequency of pathology of hard tissues of teeth of non-cariogenic genesis increases. When determining the strategy of dental care for the population, one should proceed from epidemiological studies, which are the basis for substantiating the need for certain types of dental care.

To register the dental status, an oral examination card was used, developed on the basis of the standard WHO card (1995). A total of 337 people were examined, including 102 people in the index age group 35-44 years old; middle age (45-60 years) - 100 people; elderly (61-75 years old) - 80 people; senile (76-89 years old) - 40 people and centenarians (over 90 years old) - 15 people born and permanently residing in Tashkent. All examined were randomized according to social and living conditions of residence and material status.

The intensity of dental caries (K02) was determined by the KPU index. The intensity of the carious lesion was assessed by the sum of carious - element "K", filled - element "P" and extracted teeth - "U". The intensity and prevalence (in %) of non-carious lesions of the teeth was assessed: K03.0 Increased abrasion of teeth; K03.1 Wedge-shaped defects; K03.2 Erosion of teeth.

The obtained data were processed using Microsoft Excel 2010, Statistica 6.0 (StatSoftInc., USA).

Epidemiological studies revealed a 100.0% prevalence of dental caries (K02) in the surveyed population.

An increase in the prevalence of non-carious lesions of the teeth (K03.0 Increased abrasion of teeth, K03.1 Wedge-shaped defects, K03.2 Erosion of teeth) with increasing age of the examined was established. Thus, among persons of the index age group of years, the prevalence of tooth erosion is  $4.90 \pm 2.13\%$ ; in middle-aged persons it increases almost 2 times and amounts to  $8.0 \pm 2.71\%$  ( $P \geq 0.05$ ); in the elderly it increases by 3.82 times compared with the index age group ( $P \leq 0.05$ ) and 2.35 times compared with the older age group and is  $-18.75 \pm 4.36\%$ ; 100.0% prevalence of caries (K02 Dental caries) in all groups of patients. The KPU index (intensity of caries) increases with increasing age: the intensity of caries in the index age group of 34-44 years was  $11.26 \pm 0.42$  affected teeth; in the age group 45-59 years -  $15.25 \pm 0.63$  ( $P \leq 0.05$ );

It should be noted a dynamic increase in the intensity and proportion in the structure of the KPU of the extracted teeth - the element "U". In the index age group (35-44 years old) and in middle-aged people (45-59 years old), in the elderly (60-74 years old), senile (75-89 years old) and centenarians (over 90 years old), the intensity of the "Y" element is equal to respectively  $1.90 \pm 0.08$ ;  $2.37 \pm 0.11$ ;  $10.32 \pm 0.43$ ;  $22.69 \pm 1.02$  and  $27.13 \pm 1.25$ ; and the share in the structure of the KPU index is  $16.87 \pm 3.70\%$ , respectively;  $15.54 \pm 3.61\%$ ;  $56.36 \pm 5.54\%$ ;  $82.75 \pm 5.97\%$  and  $89.21 \pm 8.01\%$ .

The results obtained made it possible to assess the need for the treatment and prevention of dental diseases in the studied population. Regarding the index age group (35-44 years old) and middle-aged people (45-60 years old), the need for various types of preventive measures and dental treatment is significant and increases with age.

Caries treatment is indicated in 100.0% of the surveyed older age groups, including caries treatment, replacement of low-quality fillings and endodontic treatment.

More than a third (more than 33.33%) of the studied contingent need

therapeutic treatment of non-carious lesions (local fluoride prophylaxis, filling according to indications).

Given the polymorbidity and severity of dental pathology and its conditionality due to the high frequency of background somatic pathology, we consider it reasonable and necessary to develop special treatment and prevention programs adapted to the elderly and senile. It is also justified to study the pathogenetic mechanisms that reduce the adaptive potential of the oral cavity and the remineralizing properties of the oral fluid.

## **NARKOLOGIYA XIZMATINI TASHKIL ETISHNING ME'YORIY-HUQUQIY ASOSLARI**

**Avezova G.S.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi

[avezovag@mail.ru](mailto:avezovag@mail.ru)

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining «Jamoat xavfsizligini ta'minlash samaradorligini oshirish bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida» 2018 yil 24 dekabrda PQ-4075-son qaroriga muvofiq, shuningdek, narkologik kasalliklarning oldini olish, ularga tashhis qo'yish va ularni davolashni yanada takomillashtirish, narkologiya xizmatining moddiy-texnik bazasini va kadrlar salohiyatini mustahkamlash, narkologiya muassasalari faoliyati samaradorligini oshirish maqsadida Vazirlar Mahkamasining 2019 yil 3 oktabrdagi 842-son qaroriga asosan

Quyidagilar aholiga narkologik yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirishning asosiy yo'nalishlari etib belgilandi:

narkologiya xizmatini boshqarishning samarali vertikal integratsiyalashgan tashkiliy tuzilmasini tashkil etish;

narkologiya xizmatining normativ-huquqiy bazasini takomillashtirish;

bino va inshootlarni qurish, rekonstruksiya qilish hamda kapital ta'mirlash, narkologiya muassasalarini tibbiyot asbob-uskunalari va inventar bilan jihozlash (qo'shimcha jihozlash) orqali narkologiya xizmatining moddiy-texnik bazasini mustahkamlash;

narkologiya xizmatini malakali kadrlar bilan ta'minlash, shu jumladan narkolog-shifokorlarni tayyorlash, qayta tayyorlash va ularning malakasini oshirish, profilaktika qilish, tashhis qo'yish va davolashning zamonaviy metodikalari hamda texnologiyalarini joriy etish, ushbu yo'nalishda ilmiy tadqiqotlar olib borish.

Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining asosiy vazifalari va faoliyatining yo'nalishlari quyidagilardan iborat:

narkologik kasalliklarning oldini olish, ularga tashhis qo'yish va ularni davolashni tashkil etish tizimini takomillashtirish, narkologiya xizmati muassasalarining faoliyatiga tashkiliy-uslubiy rahbarlik qilish;

narkologik kasalliklarning oldini olish, ularga tashhis qo'yish va ularni davolashning, psixoaktiv moddalarga qaram bo'lib qolgan shaxslarni rehabilitatsiya qilishning zamonaviy metodikalari va texnologiyalarini ishlab chiqish hamda joriy etishga qaratilgan ilmiy-tadqiqot faoliyatini amalga oshirish;

ushbu sohada faoliyat olib borayotgan xalqaro tashkilotlar, yetakchi xorijiy markazlar bilan hamkorlikni rivojlantirish;

birgalikda ilmiy-tadqiqot va ta'lim loyihalarini bajarish, shifokor kadrlarni tayyorlash va qayta tayyorlash, birgalikda ilmiy tadqiqotlarni amalga oshirish uchun chet ellik professorlarni ilmiy faoliyatga, shuningdek, xalqaro grantlarni jalb qilish;

joriy narkologik vaziyatga e'tibor qaratish bo'yicha o'z vaqtida munosib choralar ko'rish uchun takliflar ishlab chiqish maqsadida sherik tashkilotlar, shu jumladan xorijiy yirik tashkilotlar bilan xamkorlikda narkologik kasalliklar tarqalishini, psixoaktiv moddalar iste'mol qilish modellari o'zgarishini baholashga qaratilgan davriy tadqiqotlar o'tkazish.

Respublikamizda narkologik kasalliklar bilan kasallanish ko'rsatkichi 100000 aholiga 2018 yil 22,0ni tashkil etgan bo'lsa, ulardan surunkali alkogolizm 18,7 ni tashkil qilgan. Respublikamizda narkologik kasalliklarga chalingan shaxslarga yordam ko'rsatish uchun Toshkent shahrida 60 o'rinli 1 ta statsionar tipdagi shifoxona, viloyatlarda 14 ta narkologik dispanserlar (Statsionar bilan birga) xizmat ko'rsatadi, Jami dispanserlar 1522 o'ringa ega.

2020 yil ma'lumotlariga ko'ra mavjud narkologik tibbiyot muassasalarida 506 ta narkolog-shifokor shtati bo'lib, ularning 435 tasi band. Shifokorlar bilan ta'minlanish darajasi 84 foizni tashkil qilgan. Ko'pgina viloyatlarda narkolog vrachlar bilan ta'minlanganlik darajasi juda past. Navoiy viloyatida narkolog-shifokorlar bilan ta'minlanish darajasi 33 foiz, Sirdaryo viloyatida 47,8 foizni tashkil qilgan. 2020 yilning birinchi yarmida Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida 240 nafarga yaqin shifokor-narkolog, psixolog va psixoterapevtlar o'z malakalarini oshirganligi qayd qilingan.

Respublikamizda 27.10.2020 yilda "Narkologik kasalliklar profilaktikasi va ularni davolash to'g'risida"gi O'zbekiston Respublikasi Qonuni qabul qilindi.

Qonunga muvofiq, aholiga narkologik yordam davlat narkologiya muassasalari yoki litsenziyaga ega bo'lgan xususiy tibbiyot muassasalari tomonidan ko'rsatiladi. Narkologik kasallikka chalingan shaxsni davolash uning yoki qonuniy vakilining yozma roziligi olinganidan keyin amalga oshiriladi (majburiy davolash nazarda tutilgan holatlardan tashqari).

Shaxsni majburiy davolashga muhtoj deb topish narkologiya dispanserlari tarkibidagi ixtisoslashtirilgan tibbiy komissiyalar tomonidan amalga oshiriladi. Majburiy davolash sud qarori asosida qo'llaniladi.

Majburiy davolashning davomiyligi shaxs davolash uchun joylashtirilgan kundan e'tiboran 5 kunlik muddatda narkologiya muassasasining tibbiy komissiyasi tomonidan belgilanib, davomiyligi 18 oydan ko'p bo'lishi mumkin emas. Majburiy davolanishda bo'lishi davrida shaxslarni davolash maqsadida ularga mehnat terapiyasi qo'llanilishi mumkin. Majburiy davolanib chiqqan shaxslarni ishga joylashtirish mahalliy ijro etuvchi hokimiyat organlari, ichki ishlar organlari, mehnat organlari hamda narkologiya muassasalari zimmasiga yuklatiladi.

Qonunga ko'ra, davlat:

psixoaktiv moddalardan o'tkir zaharlanish natijasidagi psixozlar chog'ida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatilishini;

ambulatoriya va statsionar sharoitlarda maslahat berish-tashxis qo'yilishini, davolashni, psixoprofilaktik, reabilitatsiya, ijtimoiy yordam ko'rsatilishini kafolatlaydi.

**ACTUALITY OF POST TRAUMATIC EYE CONDITION  
AND IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF THE  
ZYGOMATIC-ORBITAL COMPLEX**

**Azamov A., Hikmatov M.N.**  
Tashkent State Dental Institute

**The purpose of the research.** Evaluate the quality of adequate medical care for patients with visual impairment. Also, the development of effective treatment-rehabilitation algorithms in post-traumatic ophthalmopathology. Active dynamic observation and comparison of ophthalmic clinical symptoms in patients in the early post-traumatic period.

**Materials and methods of research.** For the clinical study, the results of a survey of 90 patients with visual impairments in the last 2 years and the dynamics of ophthalmic indicators are analyzed.

**Results of the research.** Researches have shown that in 16 cases, eye surgery was not performed for 2 to 20 days. In addition, 14 patients underwent a series of additional medical interventions (extraction of swollen cataracts, ciliary body suturing, vitrectomy). Delay in transport of the injured or late referral of patients after trauma, severe complex complications resulted in subatrophy of the eyes in 8 patients. Even the maximum level of surgical treatment could not help this category of patients.

**Conclusion.** Encourage the development of treatment-rehabilitation algorithms and the creation of new methods of emergency resuscitation of patients with post-traumatic ophthalmopathology.

**COVID-19 NING ASORATI BO'LGAN KAVERNOZ SINUS  
TROMBOZI BOR BEMORLARNI OLIB QO'YILADIGAN  
PROTEZLAR BILAN PROTEZLASH**

**Bobomurotova D.T., Xidirov D.X., Batirova S.Z.**  
Toshkent davlat stomatologiya instituti

**Mavzuning dolzabligi.** Barchamizga ma'lumki COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda butun organizm sistemasida jiddiy o'zgarishlar kuzatilmoqda shu jumladan kavernoz sinus trombozi va yuqori jag' osteomiyeliti. Bu bemorlarda yuqori jag'da va yuqori jag' bo'shliqlarida nekroz kuzatilayotganligi sababli yuqori jag' qisman yoki to'liq rezeksiyasi amalga oshirilmoqda. Bu esa bemorlarda ovqat yeganda ovqat burun bo'shlig'i tomonga o'tib ketishiga, gaplarni to'g'ri va to'liq talafuz qila olmasligiga, nafas olish qiyinlashuvi kabi bir qancha muammolarga olib keladi.

**Tadqiqot maqsadi** - COVID-19 ning asorati bo'lgan kavernoz sinus trombozi

bor bemorlarni olib qo'yiladigan protezlar bilan protezlash.

**Tadqiqot material va usullari.** Klinik tadqiqot statsionar holatda davolanayotgan 50 ta bemorda o'tkazildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $60\pm 4$  yosh bo'lib shulardan 28 tasi (56%) erkak kishi, 22 tasi (44%) ayol kishi tashkil etadi. Bemorlardan 18 tasi (36%) yuqori jag' tanglay nekrozi, 15 tasi (30%) yuqori jag' 2/5 qism (40%) nekrozi, 12 tasi (24%) yuqori jag' 3/5 qism (60%) nekrozi, 5 tasi (10%) yuqori jag' to'liq (100%) nekrozi kuzatilgan. Bu bemorlarga qolip oluvchi materiallar (C slikon zetaplus, Upen) yordamida qolip olib, shu asosda protez yasaldi va olib qo'yiladigan protez bilan protezlash amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari.** Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki 50 ta bemorimizdan 18 tasi (36%) da yuqori jag' tanglay nekrozi bo'lgan bemorlarga va 15 tasi (30%) da yuqori jag' 2/5 qismi (40%) nekrozi bo'lgan bemorlarga qo'yilgan olib qo'yiluvchi protezimiz yuqori jag' defektini to'laligicha (100%) yopishga xizmat qildi. Qolgan 12 ta (24%) yuqori jag' 3/5 qism (60%) nekrozi bor bemorlarimizda defektni yopish uchun 70% li natijaga erishildi va qolgan 5 ta (10%) yuqori jag' to'liq (100%) nekroz bo'lgan bemorlarga 3D texnologiyasida yasalgan plastinkalar tavfsiya berildi.

**Xulosa.** COVID-19 ning asorati bo'lgan kavernozi sinus trombozi va osteomiyeliti bor bemorlarni kasallikning erta bosqichida aniqlab kompleks konservativ va operativ davo bilan birgalikda defektlarni olib qo'yiladigan protezlar bilan protezlashni amalga oshirish.

## DEVELOPMENT OF AN ALGORITHM FOR INFORMING ABOUT THE DIAGNOSIS OF CARIES IN CHILDREN

**Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**Introduction.** Caries is a holistic disease process that can be stabilized and sometimes reversed if it is diagnosed and treated at an early stage of the disease. In some Scandinavian countries, there are programs that practically eradicate caries, but this is a continuous daily work that has not been replicated in other population groups. Despite this, the 2015 Global Burden of Disease Study identified dental caries as the most common preventable disease worldwide (Feigin, 2016; Kassebaum, 2015), which affects from 60% to 90% of children and the majority of the adult population of the world (Petersen 2005).

With the development of technology over the past two decades, alternative detection methods have become available, such as advances in radiography and the development of fluorescence, transmission and electrical conductivity devices. They can potentially help or replace the detection and diagnosis of caries at an early stage of caries. This will provide the patient with the possibility of less invasive treatment with less destruction of tooth tissue and potentially lead to lower treatment costs for the patient and medical services.

**The purpose of the research-** development of an algorithm for assessing the risk of developing caries of permanent immature teeth in children and adolescents

belonging to different health groups.

**Material and methods of research.** To achieve this goal, we studied the dental status of 102 children aged 6, 12 and 15 years living in the city of Samarkand, taking into account the health group. In all children and adolescents, the intensity of dental caries was assessed according to the index of KPUZ +kpuz and the level of oral hygiene according to the Green-Vermilion method. Interviews were conducted with parents and children on the frequency of snacking during the day, the regularity of visits to the dentist, including for the purpose of fluoroprophylaxis of dental caries. The physicochemical properties of oral fluid in children (salivation rate, saliva viscosity, saliva mineralizing potential) belonging to various health groups were studied.

Using the ICDAS index and laser fluorescence, the state of the hard tissues of the first 25 permanent molars in the first months after eruption was studied.

**Results of the research.** According to the results of the survey, when developing the caries risk assessment scale, we took into account the following factors: Biological: the frequency of snacking between main meals; visits to the dentist (regular, irregular); belonging to the child's health group. Clinical: caries intensity indices (CPI, CPI, ICDAS), laser fluorescence, oral hygiene level. Protective: systemic and local fluoroprophylaxis, salivation rate, saliva viscosity, MPS. Each parameter was assigned a certain score (from 0 to 2), then the scores of all the studied indicators were summed up and interpreted. The risk of caries was considered low with a score from 0 to 5, average – from 6 to 20, high – from 21 to 26. When planning therapeutic and preventive measures, the risk of developing caries was taken into account.

**Conclusions.** Thus, the application of the developed algorithm for assessing the risk of dental caries contributes to the formation of groups for differentiated therapeutic and preventive measures, the implementation of which will lead to significant clinical and economic efficiency.

## **FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF AGGRESSIVE FORMS OF PERIODONTITIS**

**Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**Introduction.** Despite the fact that the clinical and radiological features of the course of the disease are described by a number of authors, at the moment most of the meta-analytical studies on aggressive forms of periodontitis do not concern the clinical course of these forms, the problems of their timely detection and differential diagnosis, but the process of the effectiveness of tertiary rehabilitation of such patients by implantation. This fact is primarily due to the difficulties of diagnosis: Bezrukova and Grudyanov (2002) indicate that one of the reasons for the late detection of this group of diseases is a latent course, when, in contrast to the typical picture of CGP. The blurred clinical picture of aggressive forms of periodontitis, their

rapid course and the scarcity of data on the described group of diseases necessitate further accumulation and analysis of data concerning the clinic of these diseases.

**The purpose of the research** is to increase the effectiveness of diagnosis and treatment of patients with aggressive generalized periodontitis.

**Materials and methods of research.** Clinical, microbiological, immunological and statistical methods will be used to solve the tasks and achieve the research goal. In accordance with the tasks set, it is necessary to examine 80 patients with aggressive forms of GP, who will receive treatment in the polyclinic at pediatric dentistry, and in the polyclinic of the University from 2020-2022.

**Results of research.** At this stage, the main task is to remove the main causal factor of periodontitis - microbial accumulations in the PC, and at the same time eliminate local factors that contribute to their increased accumulation. After antiseptic treatment and anesthesia, the doctor mechanically or with the help of ultrasound instruments such as "Piezon Master 400-403", "Cavy Med" system, removes supra-gingival and subgingival deposits. At the first appointment of the patient, the doctor checks his level of oral hygiene, necessarily instructs on the rules of brushing teeth, its multiplicity and methodology; on the use of additional cleaning methods with toothpicks, brushes and floss; on the use of antiseptic rinses. It is recommended to brush your teeth 3 times a day with the additional use of toothpicks and dental floss; the use of antiseptic and solutions that prevent the attachment of microorganisms, in which the main active component is chlorhexidine, is shown. During the period of exacerbation of inflammation, it should be for 2-3 weeks, use therapeutic and prophylactic toothpastes containing antiseptics (chlorhexidine, or triclosan, or cetylpyridium chloride). To clean the lingual or palatine surface of the teeth with crowding of the latter, low-beam and mono-beam toothbrushes are most effective. In order to clean hard-to-reach areas, the use of electric toothbrushes is shown. At each subsequent appointment, the doctor monitors the hygienic condition of the patient's oral cavity. It should be emphasized that thorough mechanical cleaning of the root area and PC treatment necessarily lead to a decrease in inflammation for the simple reason that the number of microorganisms and their toxic products decreases.

**Conclusions.** Analysis of the results of the use of antibiotics in the treatment of AFP shows that the local use of antimicrobials should be considered as a supplement to mechanical periodontal therapy: removal of supra- and subgingival dental deposits, curettage, flap operations. It is necessary to take into account the fact that antibiotics can negatively affect obligate representatives of the oral autoflora and factors of antibacterial protection, so at the same time antifungal drugs and vitamins, probiotics should be prescribed. In our work, we present the most commonly used regimens of antibacterial therapy for the treatment of AFP, which allow to improve the clinical parameters of periodontal disease, increase the interval between outbreaks of disease activity and significantly reduce the amount of pathogenic anaerobic microflora, to reduce the likelihood of further spread of pathogenic microflora, which is especially important in the treatment of localized forms of PPD and UP in order to prevent the development of a generalized inflammatory destructive process in periodontal tissues.

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

**Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Axtamov Sh.D.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto: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.

**The purpose of the research-** 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 "Pediatric Dentistry" 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 (SiO<sub>2</sub>) is 8%, the particle size is 0.6–0.8 microns. Orthodontic structures were manufactured using gypsum-based light-curing technology with preliminary polymerization in the Heralight apparatus (Heraus Kulzer) and final polymerization in the Heraflash apparatus (Heraus Kulzer). All materials were polymerized at the cycle parameters specified by the manufacturer. After the gypsum was removed, each mechanically functioning orthodontic apparatus consisting of a base material and metal elements was treated and polished with a muslin polishing wheel using pumice stone with water, after which a polishing paste was applied to a glossy sheen. Statistical processing was carried out on a computer using the program "Microsoft Excel" and the package of application programs "Statistica 6.0". The data are presented as mean and standard deviations for a normal distribution and as median and interquartile range for a distribution other than normal. The significance of the differences for 80 quantitative variables between the groups was assessed by the Wilcoxon and Mann-Whitney criterion. The differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**Results of the research.** 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  $3.12 \pm 0.15$  to  $3.20 \pm 0.16$  ml/10 min. The average value ( $3.16 \pm 0.15$  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. It is proved that adaptation to removable orthodontic equipment made of basic materials for the biophysical indicators of NRH includes two periods (phases). The first phase (from the moment of application until the 14th day) is expressed by an increase in volume, the rate of HPV, a shift in pH to the alkaline side with a decrease in the viscosity parameters of mixed saliva.

**THE CONDITION OF ORAL CAVITY TISSUES IN PATIENTS WITH  
DIABETES MELLITUS UNDERGOING ORTHOPEDIC CONSTRUCTION  
OF VARIOUS STRUCTURAL MATERIALS**

**Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Marupova M.X.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**Introduction.** According to WHO epidemiological studies, the number of patients with diabetes mellitus increases by 5-9% of the total number of patients every year. Pathological changes in the body of patients with diabetes affect the tissues and organs of the oral cavity. Microangiopathies, hyperglycemia, hyposalivation, immune insufficiency and other changes are the cause of the development of a large number of diseases in the oral cavity and an increase in the treatment of diabetic patients for dental care. About 54% of patients with diabetes mellitus need orthopedic dental care. Rehabilitation of this category of patients undergoing orthopedic dental treatment is a difficult problem for any dentist, because in addition to the general factor – diabetes mellitus, a dental prosthesis has a mechanical and toxic effect on the organs and tissues of the oral cavity (A.I.Zhironova 2015). For orthopedic dental treatment of these patients, partial removable prostheses with a cobalt-chromium alloy (CCC) base and an acrylic base are most often used because of their availability. To determine the most rational design for orthopedic dental treatment of patients with type 2 diabetes mellitus, it is relevant to study the clinical features of oral tissues under the influence of these prostheses.

**The purpose of the research.** To identify the clinical features of oral tissues in patients with type 2 diabetes mellitus using partial removable dentures made of various structural materials.

**Materials and methods of research.** The study included 30 people aged 48 to 60 years (23 women and 7 men) suffering from type 2 diabetes mellitus for 5 years, who were divided into 2 groups. The 1st group included 15 patients (11 women and 4 men), orthopedic dental treatment which was provided with the use of partial removable dentures with a basis of CCS, the 2nd group included 15 people (12

women and 3 men), orthopedic dental treatment which was provided with the use of partial removable dentures with a basis of acrylic.

**Results of the research.** At the stages of correction of the denture, signs of mechanical trauma were revealed, namely inflammatory changes in the form of hyperemia, erosions and ulcers on the mucous membrane of the prosthetic bed in the area of the border of the prosthesis, as well as in the area of increased pressure of the base of the prosthesis in patients of both groups. In patients using a partial removable prosthesis with a base of CCS (group 1), signs of mechanical injury were found in 10% of cases, and in patients using a partial removable prosthesis with an acrylic base (group 2), these changes were observed in 90% of cases (which is 80% more often than in patients 1 groups,  $p = 1,4 \times 10^{-10}$ ). After rational correction of dentures, these symptoms were not detected.

**Conclusions.** Thus, in patients with type 2 diabetes mellitus undergoing orthopedic dental treatment, various clinical indicators of the state of the oral cavity tissues were revealed, depending on the type of structural material of the denture. In patients using a partial removable denture with an acrylic base, inflammatory changes in the mucous membrane of the prosthetic bed were 80% more common at the stages of denture correction, and hyperemia of the mucous membrane of the prosthetic bed was detected by 26% more often 3 months after the application of the denture than in patients using partial dentures with a basis of CCS. And also in patients with partial removable acrylic prostheses, the incidence of poor oral hygiene and periodontal lesions of moderate severity was 7% and 17% higher, respectively, than in patients with partial removable prostheses with a basis of CCS. The process of adaptation in the first 7 days occurred in 47% of patients to prostheses with a basis of CCS and only in 3% of patients to prostheses with a basis of acrylic.

## **ANOMALY OF THE POSITION OF THE THIRD MOLARS**

### **AT AN OUTPATIENT APPOINTMENT**

**Buzrukhoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**Introduction.** One of the urgent problems of modern dentistry and maxillofacial surgery is the high frequency of occurrence of patients with anomalies of formation and eruption of the third molars. It was found that in 25% of observations they remain retented. Incomplete eruption (semi-eruption) of the formed tooth through the compact plate of the lower jaw is often accompanied by inflammatory phenomena. According to E.A. Magida et al. (1970), who analyzed 1883 facts of difficult eruption of the lower wisdom teeth, acute pericoronaritis was detected in 41.8% of patients, chronic - in 24.6% of individuals, periostitis of the lower jaw - in 10.6%. The incidence of abscesses and phlegmon was 14.5%, osteomyelitis of the lower jaw - 4%. In some cases, ulcerative stomatitis (1.2%), migrating subcutaneous granuloma (0.7%), periodontal cyst (2.1%) occurred. Retention complications can manifest themselves in the form of a neoplastic process,

destruction of hard tissues of the second molar in front, formation of malocclusion and deformation of the dentition. This is most often noted in the area of the lower third molar, less often - the upper third molar, canines and premolars of both jaws. Retention of the third molars in 53% of cases is accompanied by the development of complications. The most frequent of them are infectious and inflammatory. At the same time, the development of 11.6% of the total number of periostitis and 10-15% of abscesses and phlegmon of the parotid soft tissues is associated with a violation of the eruption of the third lower molar. Removal of the rudiments and the third molars themselves is carried out when clinical symptoms of inflammation appear, as well as due to the need for orthodontic or orthopedic treatment.

**The purpose of the research-** is to analyze the frequency of complications that have arisen as a result of a violation of the eruption of the third molars.

**Material and methods of research.** The object of the study was 84 patients who underwent surgical interventions on a planned basis, as well as 40 orthopantomograms of patients with retained third molars. Research methods: clinical (survey, examination, percussion, palpation), radiation research methods.

**Results of the research.** In the structure of outpatient surgical interventions, anomalies of eruption of the third molars were registered in 33 people (35.1%). Most of the patients complained of pain and discomfort in the area of "causal" teeth. Retention, semi-retention and dystopia of the third molars of the mandible were observed in the majority of individuals (88%). Anomalies of eruption of the upper third molars were registered in 12%. Complications of difficult eruption of the third molars were inflammatory diseases of varying severity. The most common of them was pericoronaritis (94.5%).

An analysis of 40 orthopantomograms of patients with clinically detected eruption disorders of the third molars, who did not complain, showed that there is retention, semi-retention and dystopia of 87 third molars (32 upper and 55 lower).

15 patients (37.5%) had a violation of the eruption of one tooth. Retention (semi-retention) of 2 third molars was observed in 20%. Violation of the eruption of the 3rd and 4th third molars was found in 7 and 10 patients (17.5 and 20%, respectively). The X-ray picture of the surrounding bone tissue indicated the presence of destructive processes in the area of 78.2% of the third molars of the mandible and 28.1% of the upper third molars. Destruction of the hard tissues of the roots of the second molars was detected in 10.2% of observations. The formation of periodontal pockets in the area of retained third molars was detected in 12.3% of patients.

**Conclusions.** Thus, outpatient surgical interventions associated with violations of the eruption of the third molars account for a significant proportion of planned operations. Retention, semi-retention and dystopia of the third lower molars are noted in most observations, accompanied by clinical manifestations of an inflammatory nature. Attention is drawn to the fact that in the absence of complaints from patients, destructive changes in the surrounding "causal" bone tissue were detected in 78.2%, which dictates the need for mandatory X-ray examination for early diagnosis and timely intervention.

---

**THE EFFECT OF DIABETES MELLITUS ON THE CONDITION OF  
PERIODONTAL AND ORAL CAVITY**

**Dadabaeva M.U.**

Tashkent State Dental Institute

**Introduction.** The greatest importance in the etiology of periodontal diseases is played by the state and metabolic products in the dental plaque and plaque; the mechanisms of the oral cavity that can enhance or weaken the pathogenetic potential of microorganisms and their metabolic products, as well as general factors regulating the metabolism of oral tissues, on which the reaction to pathogenic effects depends. Recently, the concept has taken shape, according to which the oral cavity is considered as a balanced biological system, and periodontal diseases - in most cases as a result of a violation of the balance between bacterial symbiosis and oral tissues. The development of inflammation in the periodontium is explained by the influence of dental plaque, the maximum growth rate of which is noted with the intake of sucrose, to a lesser extent glucose and fructose. Dental plaque, advancing as it grows under the gingival margin, causes tissue irritation due to microorganisms and their toxins, which further leads to damage to the epithelium of the gingival pocket and inflammation of adjacent tissues.

Violation of the integrity of the epithelium is the most important detail in the development of gingival inflammation. As a result of the action of enzymes - derivatives of several types of microorganisms of the oral cavity - depolymerization of glycosaminoglycan of the main substance is noted, as a result of which endotoxin invasion into tissues and destruction of collagen under the action of enzymes are possible. Immunological aspects of inflammation play an important role in the pathogenesis of periodontal diseases. Prolonged contact between dental plaque microbes and periodontal tissues leads to the emergence of autoimmune processes that can cause a chain reaction accompanied by progressive changes in periodontal tissues. Overload of periodontal tissues, as experiments and clinical observations show, causes a complex of pathological changes with a predominance of inflammatory and dystrophic phenomena, which is observed with malocclusion, tooth position, early loss of molars and premolars, etc. The causes of periodontal diseases can be functional. The change of vessels in diabetes mellitus has a peculiar character: the lumen of the vessel is not completely closed, as a rule, but the vessel wall is always affected. Diabetic microangiopathy is based on the processes of plasmorrhagia. They are reduced to primary plasma damage to the basement membrane of the microcirculatory bed, and then cause sclerosis and hyalinosis of the vessel walls. These changes have nothing to do with inflammation. Consequently, microcirculatory disorders are of a primary nature against the background of already existing transcapillary metabolism, increased permeability of connective tissue structures of the periodontium, hypoxia and decreased resistance of periodontal tissues to adverse factors. The microflora of the gingival fissure (endotoxins and enzymes of microorganisms) causes inflammatory and destructive changes, and the emerging overload of periodontal tissues further aggravates the situation.

**Features of treatment.** Data on the treatment of periodontitis in patients with diabetes mellitus are few. The search for effective methods continues. Some authors seek to improve the course of periodontitis when using urolexan in complex treatment, others recommend the use of interstitial oxygen therapy, the third group of authors prescribe finger massage to improve microcirculation in periodontal tissues.

Most authors use insulin preparations in the complex treatment of periodontitis. After removal of dental deposits and gum treatment, insulin electrophoresis of 40 units was performed from the anode 3-5 mA - 15-20 minutes (No. 10-20). After 3 procedures, swelling of the gums decreased, purulent discharge from periodontal pockets decreased, bleeding gums and burning sensation decreased. After 7 procedures, the gingival pockets disappeared completely and the pathological mobility of teeth of the 1-2 degree decreased. Comparing the results obtained with the control group treated with the traditional method, the authors found that similar from.

### **THE TREATMENT OF ORAL MUCOSA CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION IN A HOSPITAL SETTING**

**Duryagina L.Kh., Demyanenko S.A., Dubrovina-Parus T.A.,  
Degtyareva L.A., Morozova M.N., Tofan Y.V.**

Institute «Medical Academy named after S.I. Georgievsky»  
Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education  
«Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky»  
dc.kvalitet@gmail.com

**Introduction.** It is generally known that on January 8, 2020, the Chinese Center for Disease Control and Prevention officially announced the identification of coronavirus strain (SARS-CoV-2) as the pathogen that caused the global COVID-19 pandemic. A strain of coronavirus may have the ability to alter the balance of the oral microbiota. With suppression of the immune system it may promote colonization by opportunistic pathogens. Many researchers note that patients with COVID-19 can have complicated disease in developing fungal infections in the middle and late stages of this disease. Besides, xerostomia is an additional risk factor for various infections of the oral cavity, among which candidiasis take the leading place.

**The purpose of the research.** Optimization the provision of care for patients with oral candidiasis in a COVID hospital setting.

**The research objectives** were in charge of:

1. To propose the optimal technique for examining the oral cavity in patients with COVID-19 in a hospital setting.
2. To identify the most common pathology of oral mucosa in patients with COVID-19.
3. To determine the prevailing species of Candida fungi in the oral cavity and their sensitivity to antifungal drugs in patients with COVID-19.
4. To study the effectiveness of the use of antifungal drugs in the treatment of oral mucosa candidiasis in patients with coronavirus infection.

5. To develop an algorithm for the treatment of oral mucosa candidiasis in patients with coronavirus infection in a hospital setting.

**Material and methods of research.** We observed 17 patients (10 men and 7 women) aged 37-54 years with oral mucosa candidiasis during the period of extinction of clinical manifestations of COVID-19. They underwent treatment in the infectious diseases department of the SBHI RC CRCHWV (State Budgetary Healthcare Institution of the Republic of Crimea «Crimean Republican Clinical Hospital for War Veterans») in Simferopol.

A mouth exam is part of every general physical exam. Oral symptoms for many systemic diseases are unique, sometimes pathognomonic. A thorough examination requires good lighting, so the examination of the oral cavity was carried out by using a dental spherical mirror that was worn over the head (the doctor looked through a hole in the center of the mirror, so that the lighting was always directed along the visual axis). A reflector reflected light, that emanated from a light source (any incandescent lamp) located behind and slightly to the side of the patient.

The patients underwent a standard dental examination (examination of the oral mucosa: color, moisture, presence and localization of lesions, assessment of the hygienic state of the oral cavity, hard tissues of teeth and periodontium, the quality of existing orthopedic structures). A thorough examination required good lighting, a spatula, gloves, and a gauze pad. Full or partial dentures were removed so that the underlying soft tissue could be seen.

The examination of the oral cavity was performed using a dental spherical mirror worn on the head, while the doctor looked through the hole in the center of the mirror, so that the lighting was always directed along the visual axis. A reflector reflected light, that emanated from a light source (any incandescent lamp) located behind and slightly to the side of the patient.

The study of the dental status of patients in the hospital showed that patients with new coronavirus infection are dominated by severe and moderate inflammation of the oral mucosa. It is characteristic feature of candidiasis. Taking into account the importance of oral hygiene in the development and enhancement of the pathological process of the oral mucosa, the hygienic state of the oral cavity in patients with COVID-19 was assessed by using the Green-Vermillion index.

In order to detect fungi of the genus *Candida* in the oral cavity, magnetic resonance analysis was performed. To determine the type of pathogen were used standard microbiological methods. Material from the oral cavity on an empty stomach was taken with a sterile swab. The sensitivity to antifungal drugs (itraconazole, fluconazole, clotrimazole, nystatin, amphotericin B) was determined by the disc diffusion method using the analysis of antibiotic diffusion in Mueller-Hinton agar in accordance with clinical guidelines (Clinical guidelines. Determination of the sensitivity of microorganisms to antimicrobial drugs. 2018).

To identify concomitant pathology, patients were recommended to consult internist doctors (endocrinologist, pulmonologist, gastroenterologist, hematologist). According to the results of the examination, the patients were prescribed complex pathogenetic and etiotropic treatment.

**Results of the research.** A fully-fledged examination of the patient makes it possible to establish not only the localization and nature of the pathological process, but also to foresee the further course of the disease, its probable outcome. Based on the results of the examination of the patient, the doctor chooses the tactics of treatment, establishes the indications and contraindications for certain therapeutic measures.

In a hospital operating environment, a dentist is faced with difficulties in examining patients with COVID-19. It happens because of the restriction of the transportation of patients to the dental office, the presence of poor illumination during the examination of the oral cavity, and the severity of the general condition. Nevertheless, the doctor needs to apply all the skills and abilities in communication and the implementation of medical procedures, showing special care and tact.

The analysis of the Green-Vermillion index indicators revealed a satisfactory level of oral hygiene ( $1.89 \pm 0.04$  ( $p < 0.001$ )) in all examined patients ( $n=17$ ). The data obtained indicate an insufficient level of oral hygiene in patients with a new coronavirus infection. It can contribute to the creation of an unfavorable situation in this biological environment and negatively affect the course of diseases of the oral mucosa. This indicates the need to correct the level of hygiene in the complex treatment.

All patients had complaints of dysgeusia (taste disorder), dryness, burning, and bad breath. Objectively: the mucous membrane of the lips, cheeks, palate and back of the tongue is hyperemic and edematous. While removing milky-white curdled plaque an erosive bleeding surface was revealed.

As a result of laboratory studies, it was noted that the patients were most often found to have the species *C. albicans* and *C. tropicalis*, in one sample the species *C. famata* were present. Microscopy of smears from the oral mucosa showed a mixed fungal-bacterial flora (gram-positive cocci of *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus* and a small number of gram-negative rods). Resistance to polyene antimycotics (Nystatin, Amphotericin B) was observed in 60% of fungal isolates, to Imidazoles (Clotrimazole) - in 80%, all isolated cultures were resistant to Triazoles (Fluconazole).

All examined patients with COVID-19 in 100% of cases were required treatment for oral candidiasis. The prescribed by the attending physician drug "Fluconazole" at a dosage of 50 mg / day had no effect.

In order to eliminate clinical manifestations of the disease, eliminate fungi, restore a full-fledged stereotype of a specific immune response to fungal antigens, we proposed a treatment correction. It includes replacing the drug with Itraconazole at a dosage of 100 mg/day for two weeks, as well as oral baths from 0,05% chlorhexidine solution, 5 times a day. Bearing in mind the poor level of hygiene, patients with a new coronavirus infection were recommended for daily oral care PresiDENT Classic toothpaste, PresiDENT Classic rinse, Plus, PresiDENT Z3 toothbrush.

A month after the end of treatment, bacteriological examination did not reveal any fungi of the genus *Candida*.

Thus, fungi of the genus *Candida* are the cause of the development of Candidal

lesions of the oral mucosa in patients with a new type of coronavirus infection COVID-19 during the period of extinction of clinical manifestations.

**Conclusions.** In the context of the COVID-19 pandemic, it is highly relevant to study the effect of a type of coronavirus on the state of the oral mucosa.

Examination of patients in a hospital environment is associated with some difficulties and to a greater extent depends on the severity of the general disease, the form and degree of compensation, as well as on the level of physical and social adaptation of patients. The scope of diagnostic procedures must be selected optimally for each individual patient in order to obtain the maximum possible amount of information for making a diagnosis and drawing up a treatment plan.

When examining the oral cavity, it is recommended to use a headlamp. The best illumination is achieved by using a dental spherical mirror that is worn on the head.

In order to timely detect and treat candidiasis of the oral mucosa, it is advisable to include a mandatory dental examination in the examination plan for patients with COVID-19.

Our studies have confirmed the feasibility of using Itraconazole and 0.05% chlorhexidine solution in the treatment of oral mucosa candidiasis in patients with new coronavirus infection in a COVID hospital setting.

### **TREATMENT OF PATIENTS WITH PROGRESSED PRIMARY GLAUCOMA WITH NORMALIZED INTRAOCULAR PRESSURE**

**Farmonov R., Khikmatov M.N., Mirbabaeva F.A.**

Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** Despite significant advances in microsurgical treatment of glaucoma, glaucomatous optic neuropathy (GON) continues to progress in more than half of patients. It is proved that the main pathogenetic factors of its development after normalization of IOP are hemomicrocirculation disorders and the associated violation of transcapillary exchange in the optic nerve. This causes damage to the axons of the ganglion cells, leading to their apoptosis and death. According to leading glaucomatologists, the pathogenetically targeted treatment is the use of medications with neuroprotective and antioxidant effects. In clinical medicine, in particular, in the treatment of ischemic brain conditions, the drug of complex action, Gliatilin, is widely used. Gliatilin - choline alfoscerate is a central cholinomimetic with a primary effect on the central nervous system.

The composition of the drug includes 40.5% of choline released from the compound in the brain; choline is involved in the biosynthesis of acetylcholine (one of the main mediators of nervous excitation). Alfoscerate is biotransformed to glycerophosphate, which is a precursor of phospholipids. Acetylcholine has a positive effect on the transmission of nerve impulses, and glycerophosphate is involved in the synthesis of phosphatidylcholine (membrane phospholipid), resulting in improved membrane elasticity and receptor function.

Gliatilin increases cerebral blood flow, enhances metabolic processes and

activates the structure of the reticular formation of the brain, and also restores consciousness in traumatic brain damage.

It has a preventive and corrective effect on factors of involitional psycho-organic syndrome, such as a change in the phospholipid composition of the membranes of neurons and a decrease in cholinergic activity.

**The purpose of the research-** was to study the feasibility and clinical effectiveness of the use of gliatilin in patients with unstable glaucoma with persistently normalized IOP.

**Materials and methods of the research.** Under observation were 45 patients (81 eyes) with an unstable course of POAG with persistently normalized IOP. Among them were 49 eyes with developed and 32 with advanced stages of glaucoma. The age of patients ranged from 51 to 73 years, and the level of IOP - from 18 to 23 mm Hg. Patients were divided into two groups, comparable in age, sex, stages of glaucoma, the level of IOP.

The first group included 17 patients (34 eyes). These patients underwent traditional treatment, including parabolbar injections of 0.5 ml of 1% solution of emoxipin, intravenous drip infusions of 50-100 mg of pentoxifylline, 250 mg of ascorbic acid and oral administration of lipoic acid 25 mg 3 times a day.

The second group consisted of 28 people (45 eyes). Patients of this group, instead of intravenous infusion of pentoxifylline and ascorbic acid, received intramuscular injections of 1000 / 4.0 Gliatilin per day and intravenous infusions of 200 mg of Actovegin. The duration of treatment in both groups was 10 days.

All patients underwent visometry and perimetry with the determination of the total boundaries of the field of view (CPS). We also studied the indicators of regional hemodynamics - the linear velocity of blood flow in the suprablock artery (LSC NBA); studied the level of microcirculation of the bulbar conjunctiva; ocular perfusion pressure (P perf.) was determined using the Lobstein formula.

**The results of the research.** The effectiveness of treatment was evaluated immediately after its completion. In both groups, at the end of treatment, there was a varying degree of positive dynamics in visual functions. Thus, the increase in GPA in patients of the 1st (control) group was on average 1.9%, and in the 2nd (main) group - by 19.7%. In addition, in this group of patients, a decrease in the size and number of relative paracentral cattle was revealed. In 45.6% of the eyes of patients of the 1st and 53.3% of the eyes of the 2nd group, an increase in visual acuity was revealed above the initial level by 5.2% and 22%, respectively ( $p < 0.05$ ).

An increase in regional hemodynamics and microcirculation in patients of both groups was also detected, but their degree also turned out to be different. So, the NSC BFV increased by 7.1% ( $p < 0.05$ ) in the control group and by 36.2% ( $p < 0.02$ ) in patients receiving gliatilin; Ocular Rperf. - increased by 6.1% and by 38.8%, respectively ( $p < 0.02$ ). Biomicroscopy showed a significant increase in DA by 1.9% and 13.1%, respectively; PFC in 1 mm<sup>2</sup> field of view at 13.6% and 50%, respectively ( $p < 0.03$ ).

**MODERN APPROACHES IN COMPREHENSIVE TREATMENT  
OF AGEAL MACULODYSTROPHY**

**Farmonov R., Mirbabaeva F.A.**

Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** Age-related macular degeneration (AMD) is a chronic progressive disease characterized by damage to the Central photoactive zone of the retina. AMD is one of the most common eye diseases that threaten significant vision loss and disability in people over 60 years of age. Currently, several fundamental theories of the pathogenesis of senile macular degeneration have been identified: primary aging of the retinal pigment epithelium and Bruch's membrane, oxidative stress, which consists in damage to the eye tissues due to an imbalance in the system of free radical formation and antioxidant protection, damage to the eye products, primary genetic defects, and pathological changes in the blood supply to the eyeball. AMD is a multi-factorial disease, and the approach to its treatment should be comprehensive. In modern ophthalmology, bioregulatory therapy is a promising direction of pathogenetic influence. In this regard, the drug of the peptide structure "Retinalamin" is of particular interest. However, drug therapy can not always provide compensation for impaired metabolism, and its results are unstable, so physiotherapy becomes particularly relevant. Hyperbaric oxygenation (HBO) is one of the most effective and promising non-drug treatments for AMD.

The goal is to analyze the clinical and functional results of complex treatment, including the peptide bioregulator "retinalamine" and Mildrotane in comparison with traditional drug therapy, including the antioxidant "emoxypine".

**Material and methods of the research.** We conducted a study involving 33 patients (63 eyes) aged 61 to 82 years with dry atherosclerotic AMD. Among these patients, 9 people (17 eyes) received complex treatment (a course of retinalamine p/b for 0.5 # 10 ml and Mildronate I/V for 5.0 # 10), 24 people (46 eyes) received courses of emoxypine parabulbarno for 0.5 ml # 10. Patients were examined 1, 3, 6 months after the treatment. Clinical and functional studies included a standard ophthalmological examination with registration of the fundus on a digital fundus camera.

**Results of the research.** Among patients receiving complex treatment in combination with barotherapy, visual acuity improved in 70% of cases by an average of 0.1-0.2. A decrease in the number of Central relative cattle was observed in 60% of cases. Kchsm increased in 76% of the eyes by an average of 2.0 Hz from the original. In the group receiving traditional treatment, visual acuity improved by 50% of cases, on average by 0.05-0.15. A decrease in the number of Central relative cattle was observed in 35% of cases. Kchsm increased by 55% on average by 1.0-2.0 Hz from the original. In both groups, there was an improvement in the fundus picture.

**Conclusions.** Thus, complex treatment of AMD, including the peptide bioregulator "retinalamine" in combination with intravenous administration of mildronate, allows to achieve the most effective results compared to traditional therapy. The conducted studies indicate the effectiveness of this treatment and the

feasibility of further research.

## ASSESSMENT OF LOCAL AND HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

**Fasikhiddinov J.S.**

Tashkent State Dental Institute  
[jaloliddin.fasixiddinov@gmail.com](mailto:jaloliddin.fasixiddinov@gmail.com)

**Introduction.** The connection between the state of the oral condition and general somatic diseases is constantly emphasized by dentists. Among the diseases that lead to kidney failure, pyelonephritis takes the first place. It has been convincingly proved that during the inflammatory process in the kidneys, both cellular and humoral factors of immunity and factors of non-specific resistance are suppressed, the content of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in the daily amount of urine increases.

**The purpose of the research-** was to clarify the relationship of chronic pyelonephritis with the disease of oral mucosa by studying changes in the level of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in oral fluid, blood and urine for inclusion in the subsequent differentiated immuno correction of the combined form of the disease.

**Materials and methods of the 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. 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- $\alpha$  (TNF $\alpha$ )] and anti-inflammatory interleukin-2, -4 (IL-2, IL-4), interleukin-10 (IL-10)] were determined.

**Results and discussion of the research.** One of the factors of generalization of inflammation is the activation of the production and secretion of various cytokines and an increase in their content in various biological fluids. At the same time, activated monocytes and tissue macrophages synthesize both pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines. In chronic kidney disease, interleukins are synthesized mainly in response to inflammation by uroepithelial cells of the proximal tubular part of the nephron. There was a significant increase in the content of IL-1 in saliva compared with healthy donors by 23%. A high level of IL-1 in saliva in patients with CP indicated the generalization of inflammatory and destructive reactions in the tissues of the oral cavity. So, the increased content of proinflammatory mediators IL-1, IL-6, IL-8 and TNF- $\alpha$  in the oral fluid in patients with CP can activate inflammatory and destructive processes and manifest as exacerbations of periodontal diseases and oral mucosa. At the same time, increased levels of IL-6 provide activation of humoral immunity, limiting the significance of cell-mediated immune reactions. Despite the high values in the oral fluid, proinflammatory cytokines play a

protective role, since they ensure the recruitment of effector cells (neutrophils, macrophages) into the focus of inflammation, stimulate their phagocytic, bactericidal activity and induce the launch of an antigen-specific immune response. It is important to note that the protective role of proinflammatory cytokines is manifested when these mediators work locally, in the focus of inflammation, however, excessive and generalized production of proinflammatory cytokines leads to the development of organ dysfunction. A significant increase in the level of proinflammatory cytokines in the blood serum of the studied patients with chronic pyelonephritis was significant and on average it exceeded the baseline values by 1.5-2.3 times, compared with the indicators of healthy individuals.

### **Conclusions.**

1. The increased content of proinflammatory mediators IL-1, IL-6, IL-8 and TNF- $\alpha$  in the oral fluid in patients with CP can activate inflammatory and destructive processes and manifest as exacerbations of periodontal diseases and COPD. At the same time, increased levels of IL-6 provide activation of humoral immunity, limiting the significance of cell-mediated immune reactions.

2. Determination of pro- and anti-inflammatory cytokines in various biological substrates of the body in patients with CP have great diagnostic and differential diagnostic value.

## **EFFECTS OF INHIBITORS If-CHANNELS ON EFT VENTRICULAR FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE**

**Feroz S.A., Tyan I.V., Salyamova F.E**

Tashkent State Dental Institute

**The purpose of the research** - effects of coraxan on systolic and diastolic function in patients with CHF.

**Material and methods of the research.** Eligible patients had chronic HF and systolic dysfunction [LV ejection fraction (LVEF)  $\leq 45\%$ ], were in sinus rhythm, and had resting heart rate  $\geq 75$  bpm. Patients were randomly divided to coraxan or placebo, superimposed on background therapy for HF. Complete echocardiographic data at baseline and 6 months were available for 88 patients coraxan - 45, placebo - 43 patients. The base for study was RRAMCT and MR.

**Results of the research.** Treatment with coraxan reduced LVESVI vs. placebo ( $-6.2 \pm 16.3$  vs.  $-1.0 \pm 17.1$  mL/m<sup>2</sup>; difference (SE),  $-5.2$  (1.4),  $P < 0.001$ ). The reduction in LVESVI was independent of beta-blocker use, HF etiology, and baseline LVEF. Coraxan also improved LV end-diastolic volume index ( $-7.9 \pm 18.9$  vs.  $-1.8 \pm 19.0$  mL/m<sup>2</sup>,  $P = 0.002$ ) and LVEF ( $+2.4 \pm 7.7$  vs.  $-0.1 \pm 8.0\%$ ,  $P < 0.001$ ).

**Conclusion.** Heart rate reduction with coraxan reverses LV remodelling in patients with HF and LV systolic and diastolic dysfunction. Treatment with coraxan is associated with marked reductions in LV volumes and a significant improvement in LVEF, therefore suggesting that it is modifying disease progression in patients with HF.

**OPTIMIZATION OF SURGICAL METHODS OF THE REPLACEMENT OF BONE DEFECTS AND AN INCREASE IN THE SIZE OF ATROPHIED ALVEOLAR PROCESS OF THE JAWS**

**Fozilov M.M., Bekmurov B.B., Solijonova Sh.D.**

Tashkent State Dental Institute  
[bekmurovboymurod@gmail.com](mailto:bekmurovboymurod@gmail.com)

**The purpose of the research.** Optimization of surgical tactics in the replacement of bone defects and an increase in the size of atrophied alveolar processes of the jaws before implantation at an outpatient appointment with a dental surgeon.

**Materials and methods of the research.** The material of this study was the results of clinical observation of 264 practically healthy patients (men 96 (36.4%), women - 168 (63.6%); ratio 1:1.75), who underwent replacement of defects or pre-implantation enlargement of the alveolar part of the lower jaw and alveolar process of the upper jaw in the clinic of surgical dentistry of the Tashkent region from 2020 to 2021. All patients were divided into 5 clinical groups depending on the treatment method used. All patients underwent a set of diagnostic measures, including clinical, radiological (radiovisiography, computed tomography, digital orthopantomography) and general clinical research methods.

**Results of the research.** Based on the data obtained when measuring bone density, a comparative analysis of the effectiveness of osteoplasty with various materials was carried out (Colanol KPZ - 42, Osteonlast M - 57, Osteoplast K - 129, Bio-Oss - 21, as well as Parodocol membrane - 19, Bio-Gide - 84) within 1 to 12 months. This made it possible to evaluate their effect on osteoreparation depending on the used osteoplastic materials, their combination with FRP, membrane, autologous bone, as well as the nature and size of the defect. The use of osteoplastic materials in combination with FRP (clinical group 2) enhances osteogenesis and allows the formation of a bone matrix of new bone tissue of higher density.

**Conclusions.** The use of osteoplastic materials Kolapol KP-3, Osteoplast K, Osteoplast M, BioOss, autologous bones in outpatient dental practice, as well as in combination with FRF and Bio-Gide membranes, Parodocol enhances osteogenesis and allows the formation of a bone matrix of new bone tissue of optimal density.

**INVESTIGATION OF THE CLINICAL EFFICACY OF THE DOCTOR SMILE LASER IN THE TREATMENT OF JAW ALVEOLITIS**

**Furkatov Sh.F., Kholboeva N.A.**

Samarkand State Medical University  
[furkatov41097@mail.ru](mailto:furkatov41097@mail.ru)

**Introduction.** Despite the continuous development of dentistry, the operation of tooth extraction remains a rather unpleasant and traumatic procedure for the patient. After extraction of the tooth, a blood clot should form in the well, which is the key to successful healing in the postoperative period. If regeneration is disrupted

or a clot falls out, alveolitis may occur.

Alveolitis is characterized by pain syndrome, unpleasant odor, hyperemia and swelling in the area of the removed tooth, deterioration of the general condition, therefore dental surgeons use a wide range of medical procedures.

**Materials and methods of the research.** Materials used in the treatment of alveolitis: carpula with 4% solution of "Ultracaine DS", carpool syringe, injection needle, curettage spoons, scalpel, disposable syringe, 0.05% Chlorhexidine Bigluconate solution, iodoform turunda, sponge Alvanes with iodoform, laser Doctor Smile.

In the presence of hypertrophic alveolitis, thorough curettage was performed in all groups, after removal of granulations, antiseptic treatment of the well was carried out with 0.05% Chlorhexidine Bigluconate solution followed by drug therapy: Nimesil 2 r /d 3 days after meals for pain, oral baths 0.05% Chlorhexidine Bigluconate 3 r/d 6 days.

In the first group, after curettage and antiseptic treatment, iodoform turundum was placed in the well, in the second group, an Alvanes sponge with iodoform was laid, in the third – an iodoform turundum with a course of treatment with a Doctor Smile laser, in the fourth – an Alvanes sponge with iodoform in combination with Doctor Smile laser therapy. Doctor Smile laser treatment was carried out for 5 days: on the first day after curettage, as well as on the 3rd and 5th days with antiseptic treatment with 0.05% Chlorhexidine Bigluconate and a change of therapeutic material.

**Results and discussion of the research.** 56 subjects were recruited to participate in the study. Each group had the same number of patients – 14 people. In the second group, the improvement of healing and relief of pain syndrome on day 3 was 7 patients, on day 5 – 3 patients; in the first group, on day 3 – 8 patients, on day 5 – 3 patients. In the third group, positive dynamics in 2 patients was observed on day 2, on day 3 – in 8 patients, on day 5 - in 2 patients; in the fourth group, on day 2 – 3 patients, on 3 knocks – in 9 patients, on 5 – in 1 patient. Thus, by day 5, the effect of treatment was noticeable in the first group in 11 patients, in the second – in 10 patients, in the third – in 12 patients, in the fourth – in 13 patients.

**Conclusion.** It was found that the most effective in the treatment of alveolitis of the jaws has a therapeutic material in combination with a laser Doctor Smile. Also, during the study, iodoform turunda gave better results than the Alvanes sponge with iodoform due to the longer action of active substances and the absence of resorption. It should be noted that the main problem of this method of treatment is the high cost of equipment.

**ELEKTROMAGNIT NAVIGATSIYA TIZIMINING OTOXIRURGIYADA  
QO'LLANILISHI VA UNING IMKONIYATLARI**

**Gulyamov Sh.B., Muqumov B.B., Shoazizov N.N.,**

**Jafarov M.M., Muzaffarov T.A.**

Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi.

**Mavzuning dolzarbligi.** Jarrohlik amaliyotda zamonaviy navigatsiya tizimlaridan foydalanish tibbiyotda qo'llaniladigan texnologik imkoniyatlarning yorqin namunasidir. KT navigatsiyasidan foydalangan holda jarrohlik amaliyotlar eng samarador yo'nalishlardan biriga aylandi, chunki ular jarrohlik amaliyotlar muammolarini xavfsizroq va kamroq invaziv tarzda hal qilishga imkon beradi.

Bemorning kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans tomografiya (MRI) ma'lumotlari asosida intraoperativ navigatsiyadan foydalanish, shuningdek, tasvir jarrohligi (IGS) va jarrohlik navigatsiyasi deb nomlanuvchi rangli monitorda jarrohga qiyin holatlarda anatomik tuzilmalar bilan bog'liq asboblari va implantlarning holatini kuzatish imkonini beradi. Elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanishning maqsadi jarrohlik amaliyot vaqtida ikki yoki uch o'lchovda ishonchli va aniq harakat qilish va manipulyatsiya invaziv holatini kamaytirishdir.

Elektromagnit navigatsiya tizimining bir nechta turlari mavjud.

1. SAVANT .85, CBYON Corporation, Palo Alto, CA.
2. InstaTrak (Visualization Technology, Lawrence, MA).
3. VectorVision (BrainLAB, Heimstetten, Germany).
4. LandmarX (Medtronic Xomed, Jacksonville, FL).
5. Digipointeur† system (Collin, Bagneux, France).
6. Medtronic StealthStation™ S8.

Hozirgi kunda biz Bolalar Milliy Tibbiyot Markazida Medtronic StealthStation™ S8 navigatsiya tizimidan foydalanib kelmoqdamiz.

Medtronic Stealth Station S8 EM oldingi yoki intraoperativ tasvirlar bilan birgalikda real vaqt rejimida jarrohlik asboblari holatini kuzatuvchi navigatsion jarrohlik tizimidir. Tizim optik va elektromagnit (EM) kuzatuv imkoniyatlaridan tashkil topgan va mikroskoplar, ultratovush va Medtronic asboblarining keng assortimenti kabi tashqi qurilmalar bilan birlashadi. Stealth Station STEAM navigatsiyasi optik navigatsiyaning og'riqsiz variantidir. Elektromagnit navigatsiya vositalari uchni kuzatish uslubi, bemorni kuzatish va mos keladigan assimilyatsiya asboblarini o'z ichiga oladi. Stealth Station elektromagniti bitta elektron xarita yoki ikkita xarita va ixcham interfeys qutisi bilan tuzilgan. Ikkita emitent varianti mavjud bo'lib, ikkalasi ham yuqori kuzatuv hajmiga ega.

Navgatsiya tizimni sozlash. Barcha bemorlar operatsiyadan oldin navigatsiya tizim protokoli (bo'laklar o'lchami 1 mm) bilan chakka suyakning kontrastli bo'lmagan KT skanerlashdan o'tadilar. Oltita yopishqoq fidusialar bilan linea temporalis va mastoid maydoni kabi suyak nuqtalariga belgilanadi. Ushbu doimiy belgilar terining harakati, terining harakati bilan harakat qilish qobiliyati cheklanganligi sababli tanlanadi. Bemorga yopishqoq fidusialar o'rnatishdan oldin sochlar qirqib olinib, har bir yopishqoq fidusiyaning barqarorligini tasdiqlash va

belgilangan joyini almashtirishni osonlashtirish uchun teri markeridan foydalaniladi.

Bemorning boshi ostidagi AxiEM™ elektromagnit ro'yxatga olish protsessoriga ega Medtronic StealthStation™ S8 jarrohlik navigatsiya tizimi qo'llaniladi. Intubatsiyadan so'ng bemorlar jarrohlik amaliyot uchun standart qulay holatga joylashtirilib, dastlabki tayyorgarlik va steril maydon amalga oshiriladi. AxiEM™ magnit doskasi yonida metall buyumlarni miqdorini minimallashtirish tavsiya etiladi, chunki bu ro'yxatga olish aniqligiga xalaqit berishi mumkin. Chakka suyakning kompyuter tomografiyasi bemorning lateral yuzaki anatomik belgilariga mos keladigan navigatsiya zondi va yopishtiruvchi fidusial yordamida bemorning anatomiyasi bilan sinxronlashtiriladi.

Otoxirurgiyada elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanishning dolzarbligi chakka suyakning murakkab anatomiyasi bilan bog'liq bo'lib, uning qalinligida hayotiy tuzilmalar (yuz nervi kanali, ichki uyqy arteriya, ichki bo'yintiriq venasi, o'rta va orqa miya chuqurlarning chegaralari) joylashadi. Bundan tashqari, jarrohlik amaliyot davomida vaqt va kuchning katta qismi o'rta quloqning muhim tuzilmalarini tekshirishga sarflanib, chakka suyakning normal anatomiyasi patologik jarayonlar yoki jarrohlik amaliyot tufayli o'zgarganda qiyinchilik tug'diradi.

Bolalar Milliy Tibbiyot Markazida bugungi kunga kelib, 80 dan ortiq bemorlarda turli quloq kasalliklarda intraoperatsion elektromagnit navigatsiya tizimi qo'llanildi. EM qo'llanilgan jarrohlik amaliyotlar samaradorligi oshirildi. Jarrohlik amaliyot davomiyligi soatlarda kamayib, kam invazib tarzda muammolarni bartaraf etildi.

**Xulosa.** Shunday qilib, elektromagnit navigatsiya tizimi ENT jarrohlik amaliyotda foydalanish uchun etarli bo'lgan ichki aniqlikka ega bo'lib, kundalik amaliyotda jarroh tejamkor, ishlatish uchun qulay hisoblanadi. Navigatsiya tizimi quloq anatomiya tuzilmalarini lokalizatsiyasini aniqlash imkonini beradi va jarrohlik amaliyotida "o'zgargan" anatomiya bilan identifikatsiya belgilarini aniqlashga, ularning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslikka yordam beradi. Bemorning kompyuter tomografiyasi ma'lumotlari bilan elektromagnit navigatsiyadan foydalanish jarrohlik yondashuviga qarab tanlangan anatomik belgilarni aniqlash imkonini beradi, bu esa jarrohga operatsiya davomida to'liq harakat qilishni osonlashtiradi va hayotiy tuzilmalarni shikastlamaslikka yordam beradi. Yuqori aniqlikdagi KT tasvirlari va takomillashtirilgan navigatsiya texnologiyasi paydo bo'lishi bilan muntazam va ilg'or ottoxirurgiyada NT bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar o'z vaqtida ustuvor hisoblanadi.

**TASHQI ESHITUV YO'LI TUG'MA ATREZIYALI BEMORLARDA  
JARROHLIK AMALIYOTNI O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI VA  
INTRAOPERATSION NAVIGATSIYA TIZIMNING USTUVORLIGI**

**Gulyamov Sh.B., Shoazizov N.N., Jafarov M.M.,**

**Muqumov B.B., Muzaffarov T.A.**

**Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi.**

**Mavzuning dolzarbligi.** Tug'ma tashqi eshitish yo'lining tug'ma atreziiyasi (TEYTA) va stenoz tashqi quloq rivojlanishining eng keng tarqalgan nuqsonlaridir.

Turli tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, bu patologiya har 1:10000-20000 nisbatda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Odatda bir tomonlama tug'ma nuqsoni kuzatilib, asosan erkaklarda uchraydi. Tashqi eshituv yo'lining tug'ma stenoz va atreziyasi ko'pincha mikrotiya, o'rta quloq, yuz skeletining rivojlanishidagi anomaliyalar bilan birga kelib, ayrim holatlarda yagona anomaliya holatlarida kuzatilishi mumkin.

Ushbu holatlarni kelib chiqishida ekzogen va endogen omillar sabab deb ko'rsatiladi:

Ekzogen omillarga quyidagilar kiradi: 1. Jismoniy (mexanik, issiqlik, radiatsiya); 2. Kimyoviy (gipoksiya, gormonal diskorrelyatsiya, to'yib ovqatlanmaslik va teratogen zaharlar); 3. Biologik (viruslar, bakteriyalar va ularning toksinlari);

Endogen omillar: 1. Irsiy; 2. Jinsiy hujayralarning biologik jihatdan pastligi; 3. Ota-onalarning yoshi.

Nuqsonlarning rivojlanishi bilan bog'liq eng xavfli davr - bu homila rivojlanishning 2-8 xaftaligi. Yuqorida aytib o'tilganidek, TAYTA va stenoz turli sindromal kasalliklarda uchrashi mumkin:

1. Konigsmark sindromi (quloqchanning shakli, o'lchami va holatida uning aplaziyasigacha bo'lgan turli darajadagi kombinatsiyalangan o'zgarishlar, tashqi eshitish yo'lining atreziyasi, eshitish suyaklari zanjirining harakatsizligi yoki ankilozi va umuman rivojlanmasligi).

2. Tritcher-Collins sindromi (tashqi va o'rta quloqning yo'qligi, ichki quloqning o'zgarishi bilan).

3. Goldenhar sindromi (quloq supraning, tashqi eshitish yo'lining, uning elementlari bilan nog'ora bo'shliqning birgalikda rivojlanmaganligi, antrum borligi bilan aks etadi).

Umuman olganda, NT otologik jarrohlik amaliyotda minimal darajada kiritilgan va ushbu texnologiyaning klinik qo'llanilishini tasdiqlovchi tadqiqotlar hozirgi kunda kam. TEYTA ga xos bo'lgan chakka suyak anatomiyasi, bu populyatsiyani NT qiymatini o'rganish uchun yetarli darajada emas. Otolaringologiya rezidentlari sinus jarrohligida navigatsiya tizimlaridan qanday foydalanishni yaxshi bilishadi va oldingi dalillar chakka suyak anatomiyasi uchun NTning foydaliligi va qo'llanilishini ko'rsatadi.

TEYTA jarrohlik amaliyotida elektromagnit navigatsiya tizimidan foydalanishning dolzarbligi chakka suyakning murakkab anatomiyasi bilan bog'liq bo'lib, uning qalinligida hayotiy tuzilmalar (yuz nervi kanali, ichki uyqu arteriya, ichki bo'yintiriq venasi, o'rta va orqa miya chuqurlarning chegaralari). Bundan tashqari, jarrohlik amaliyot davomida vaqt va kuchning katta qismi o'rta quloqning muhim tuzilmalarini tekshirishga sarflanadi, ayniqsa chakka suyakning normal bo'lmagan anatomiyasi o'zgarganda. Navigatsiya tizimini kalibrlash imkonini beruvchi ko'chmas doimiy suyak belgilarining mavjudligi navigatsiyaning aniqligini ta'minlaydi. Navigatsiya qurilmasidan foydalanganda amaliyotlar aniqroq va kamroq invaziv bo'ladi. Navigatsiya tizimdan (NT) foydalanish zarurati, ayniqsa, quloqning rivojlanishidagi anomaliyalar va yallig'lanish jarayoni yoki neoplazmalar tomonidan anatomik tuzilmalar orasidagi chegaralarni yo'q qilish bilan ortadi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi TEYTA bilan og'rigan bemorlarda atresioplastika paytida, yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasi (KT) yordamida intraoperatsion navigatsiya tizimidan foydalanish orqali TEYTA patologiyalari bo'lgan bemorlarda jarrohlik amaliyotining samaradorligi sifatini oshirish.

2020 yildan hozirgi kungacha bo'lgan davrda Bolalar Milliy Tibbiyot Markazida 37 nafar TEYTA bilan og'rigangan bemorlarga navigatsiya tizimidan (NT) foydalangan holda jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bemorlarni Weerde tasnifi bo'yicha taqsimlandi.

Barcha bemorlar operatsiyadan oldin navigatsiya tizim protokoli (bo'laklar o'lchami 1 mm) bilan chakka suyakning kontrastli bo'lmagan KT skanerlashdan o'tdilar. Oltita yopishqoq fidusialar bilan linea temporalis va mastoid maydoni kabi suyak nuqtalariga belgilandi. Ushbu doimiy belgilar terining harakati, terining harakati bilan harakat qilish qobiliyati cheklanganligi sababli tanlandi. Bemorga yopishqoq fidusialar o'rnatishdan oldin sochlar qirqib olinib, har bir yopishqoq fidusiyaning barqarorligini tasdiqlash va belgilangan joyini almashtirishni osonlashtirish uchun teri markeridan foydalanildi.

Bemorning boshi ostidagi AxiEM™ elektromagnit ro'yxatga olish protsessoriga ega Medtronic StealthStation™ S8 jarrohlik navigatsiya tizimi qo'llanildi. Intubatsiyadan so'ng bemorlar jarrohlik amaliyot uchun standart qulay holatga joylashtirildi, so'ngra dastlabki tayyorgarlik va steril maydon amalga oshirildi. AxiEM™ magnit doskasi yonida metall buyumlarni miqdorini minimallashtirish tavsiya etildi, chunki bu ro'yxatga olish aniqligiga xalaqit berishi mumkin. Ipsilateral peshona suyakdagi yopishtiruvchi Sting-Ray™ sensori. Chakka suyakning kompyuter tomografiyasi bemorning lateral yuzaki anatomik belgilariga mos keladigan navigatsiya zondi va yopishtiruvchi fidusial yordamida bemorning anatomiyasi bilan sinxronlashtirildi.

**Xulosa.** Shunday qilib, zamonaviy kompyuter navigatsiya tizimlari ENT jarrohlik amaliyotda foydalanish uchun etarli bo'lgan ichki aniqlikka ega bo'lib, kundalik amaliyotda jarroh tejamkor, ishlatish uchun qulay. NT otorinolarologiyaning rinologik va oldingi bosh suyagi bazasi jarrohligi kabi boshqa kichik ixtisoslik sohalarida odatiy yordamchi vositaga aylandi. Bundan tashqari murakkab jarrohlik amaliyotlarni, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolariga zarar yetkazmasdan bajarish imkoni bo'ldi. Garchi u hech qachon maxsus tayyorgarlik va anatomiya bo'yicha joylashishi almashtirmasa ham, chakka suyak jarrohligida NTning roli bo'lishi mumkin. Uzoq muddatli natijalar va TEYTA va boshqa otologik jarrohlik amaliyotlarda qo'llanilishi haqida ko'proq ma'lumotlarga ehtiyoj bor. Yuqori aniqlikdagi KT tasvirlari va takomillashtirilgan navigatsiya texnologiyasi paydo bo'lishi bilan muntazam va ilg'or chakka suyak jarrohligida NT bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar o'z vaqtida ustuvor hisoblanadi.

---

## THE IMPORTANCE OF STUDYING HISTORY OF MEDICINE

Ibrohimova E.R., Sagatova Sh.B.

Tashkent State Dental Institute

**The research of the purpose** - making Medical English more memorable and understandable by analyzing its roots in other languages.

**Materials and methods of research.** The object of the study was the medical terminology of the English language, these are its main sections (anatomy, clinical pharmacology and developing: genetic engineering, immunology and other branches of modern medicine. The material also included dictionary entries from various medical dictionaries.

**Results and discussions of the research.** The national education system conveys principles of humanism and cultural diversity. Radical changes being introduced in Uzbekistan higher medical education have been triggered by the process of the country's integration into European Community, this implies greater mobility for students, more effective international communication, better access to information and deeper mutual understanding. In today's times health departments are required to train highly skilled doctors of medicine, who are able to solve medical issues at the highest level, to be competitive in the European market. On the other hand, rapid development in medicine and its technological equipment require a high rate of knowledge renewal in order to address the problems of humanity and morality. The history of the English language all starts with the Germanic tribes that invaded the Britain around the 7th Century AD. The word "English" itself comes from the word "Angles" (as in "Anglo-Saxons"), the name of one of these German-speaking tribes.

What happened to the Celtic people who were in Britain before the Germanic invaders came is not sure, but their languages had little influence on the English language, or on medical English. The basic, day to day vocabulary of body parts used by ordinary people and doctors for regions of the body (arm), internal organs and tissues (heart), and common symptoms and diseases (ache), therefore come from Anglo-Saxon roots. When the Vikings later invaded parts of the British Isles they brought other simple terms (such as leg) and lots of Scandinavian-sounding words (scalp,).

Although English is still grammatically a Germanic language from those early roots, English speakers find it much easier to learn French than German. This is because 60% of the vocabulary of English came from French. Medical words that came into English from French in the middle ages mainly have a technical but old-fashioned feel (cholera).

As in all European languages and many other languages in the world, thousands more medical terms have come into English from Greek and Latin roots over the years. In fact this continues today, with many new drug names being made up from classical roots. The oldest Greek words in medical English go all the way back to the works of the Father of Medicine, Hippocrates, himself (anthrax, asthma, bronchus etc.). The works of Aristotle are the first written source for more (aorta).

The last word comes from the Greek for “fox” (alopex) because hair loss reminded the Greeks of this animal.

Some of these Greek words have even earlier roots, however, in Ancient Egyptian medicine. The last word comes from the Greek word for “cuckoo” because this bone looks like the beak of this bird.

*Following languages have many words from these categories:*

words spelt with ‘ph’ for /f/; Greek

words spelt with ‘ce’ and ‘ci’ for /ch/; Italian

words with a silent last consonant, e.g. ‘et’ as /ei/; French

Food; French, German, Arabic, Chinese, Italian

sailing and boats; Dutch

clothes and fashion; French

artistic; French, Dutch, Greek

punctuation; Greek

sports; French

scientific, medical and technical; Greek.

*All the words and expressions below are used in English, and most of them are used in many other languages too.*

Skin, skull

hypodermic/ subcutaneous (under the skin)

radiology, hypertension

radiology, hypertension

Gestalt, antibody (translation from Antikurper)

Morphine- after Morpheus, the god of sleep

Gestalt, antibody (translation from Antikurper)

Pellagra, malaria (bad air)

Biopsy, Alphabet, Nostalgia, Anti, Atomizer, Mnemonic, (Data) analysis

abortion/*termination*

abs/ abdominal muscles

anorexia/ anorexia nervosa

armpit/ axilla

*arse ring/anal sphincter*

athlete’s foot/ tinea pedis

attack/ grand mal or petit mal

baby in your tummy/*embryo*

baby teeth/ deciduous teeth

back of the throat/ pharynx

back teeth/*molar teeth*

bad breath/*halitosis*

bad cholesterol/ LDL or low-density lipoprotein

ball bag/*scrotum*

ball sack/*scrotum*

balls/*testicles*

barfing/ emesis or *regurgitation*

bedsores/ pressure ulcers  
belch/ eructation  
belly button/ navel or umbilicus  
belly/*abdomen*

The relevance of the study is determined not only by the importance of the possession of terminological competence by medical specialists, but also by the lack of development of the theoretical and methodological foundations of professional literacy and terminological competence, as a readiness for further training and development of professional orientation.

Methods for the formation of terminological competence in teaching the Latin language and the basics.

In order to increase the effectiveness of teaching summarized improvement of disciplines "history of origin of medical terminology" in medical universities quality of professional training of future doctors, formation of the worldview of the modern physician in my opinion it is necessary to.

## **IMPROVING THE COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH ODONTOGENIC PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL REGION**

**Ikramov G.A., Ruzibaev D.R., Saparbaev M.Q., Olimjonova G.G.**

Tashkent State Dental Institute

**Introduction.** For many years in our country, the most common form of purulent-inflammatory disease of the maxillofacial region is odontogenic phlegmon. The proportion of patients with acute odontogenic inflammatory diseases is 10-20% of all patients who applied to dental clinics, and in the structure of hospitalization in maxillofacial hospitals - more than 50% of all patients.

Against this background, many methods and means of treating inflammatory processes that have been successfully used in recent years become ineffective or ineffective. It seems that the reason for the dissonance between the success of studies and the clinical effects of their results is the lack of fundamental knowledge on the topic under study. Surgical intervention is an important step in the complex treatment of odontogenic phlegmon of the maxillary fossa. In recent years, great interest in medicine has been given to antiseptics. Yoks-Teva is a broad-spectrum antiseptic.

In the treatment of phlegmon of the maxillofacial region in childhood, the antiseptic Yoks-Teva was not used, therefore, the study of the effectiveness of the drug in the complex therapy of children with odontogenic phlegmon of the maxillary fossa seems to be relevant and modern.

**The purpose of the research** - to substantiate the effectiveness of the use of Yoks-Teva preparations in complex treatment in children with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region.

### **Research objectives:**

1. Based on the results of clinical and microbiological studies, to substantiate the expediency of using Yoks-Teva antiseptic in children with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region.

**Materials and methods of research:**

We examined 30 children aged 9 to 18 years after the opening of phlegmon in the clinic of the TSSI at the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery:

I group. Traditional method of treatment (n-15); II - group with the use of Yoks-Teva antiseptic (n-15 children).

It was carried out clinical and microbiological (generally accepted bacteriological method with the study of cultural and biological properties of isolated microorganisms).

The state of the microflora of the postoperative wound in children with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region after the use of Yoks-Teva preparations was studied. In children of the control group, the identified clinical and laboratory characteristics indicate the severity of local symptoms, which retain their accents on the 3rd-4th day of treatment. The development of a syndrome of systemic reaction to inflammation, which persisted on the 3rd-4th day of treatment, allows us to characterize that therapy with standard drugs does not bring the expected result.

Since staphylococci are the cause of purulent-inflammatory processes in the maxillofacial region in 88% of patients of the examined groups, it makes sense to use antibacterial drugs before obtaining microbiological analyzes, given the strength of the action of antibiotics to this type of microorganisms. The traditional treatment of odontogenic phlegmon of the maxillofacial region in children was characterized by a slow resolution of the local inflammatory process and a long-term normalization of the general condition of patients.

Such clinical signs of endogenous intoxication and secondary immunodeficiency as weakness, lethargy, pallor of the skin, sleep disturbance, loss of appetite persisted in patients of the control group throughout their stay in the hospital. An important role in this was played by the long-term permanent action of odontogenic causal factors.

After treatment in the main group, the microflora of the oral cavity returned to normal on the 3-4th day, which eventually led to recovery. In the control group, it was possible to normalize the microflora only by 6-9 days, which increased the time of stay in the hospital (bed days) by 30-40% compared with the main group ( $p < 0.005$ ).

As in the control group before treatment, the microbial landscape of the wound did not differ in the species specificity of the microbes themselves, nor in their virulence, but after treatment in the main group there was a significant improvement in the purulent wound by the 3-4th day of the operation, which was clinically expressed in an improvement in general well-being sick. The microbial landscape of the wound returned to normal by 3-4 days, the number and virulence of staphylococci and streptococci decreased significantly, which indicates the high efficiency of the Yoks-Teva antiseptic.

**Conclusions.** The use of Yoks-Teva antiseptic in the complex treatment of children with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region significantly reduces the time for cleaning a purulent wound, accelerates the healing and epithelialization of wounds, activates processes in damaged tissues (improves trophism), and

generally reduces the time for treatment and medical rehabilitation of children.

## THE SENSITIVITY OF THE MICROFLORA OF THE MOUTH CAVITY TO CERTAIN MEDICINES

**Ikramov G.A., Khatamov U.A.**

Tashkent State Dental Institute

**Introduction.** According to various authors, in sick children with congenital cleft lip and palate, the following types of microbes predominate in the quantitative and qualitative composition of microflora taken from the cleft: *Candida* (75%), *E.coli* (13%), *Klebsiella* (80%). In this situation, an incorrectly chosen antibiotic at the beginning may cause the ineffectiveness of further therapy, the appointment of repeated courses of therapy, which will significantly increase not only the number of bed days, but also the cost of the entire treatment. That is why in recent years much attention has been paid to the rational choice of antibacterial agents, which does not imply the novelty of the drug, but the timely appointment of etiotropic therapy, taking into account the bacterial agent obtained during the microbiological study.

At the same time, in children with cleft lip and palate, one should also take into account the fact of repeated hospitalization, the possibility of the formation of stable hospital microflora in different hospitals. In addition, the choice of antibiotics, especially in children of the first months and the first 2 years, is limited due to the toxicity of many drugs related to aminoglycosides, phenicol chlorides, sulfonamides, ceftriaxone, and fluoroquinolones. Antibacterial drugs used in children should not only be highly effective, but also have a minimal risk of developing dysbacteriosis, toxic and allergic reactions.

In this regard, interesting data are presented in the article. Children with congenital cleft lip and palate are often ill children, mostly in the first year of life (65%) with a peculiar predominance of gram-negative microflora in the oral cavity. A favorable course of the postoperative period is possible when the operation is carried out early on days 3-8 and discharged on days 14-21 of hospitalization. Unfavorable course due to the development of intercurrent and concomitant diseases. At the same time, to prevent the development of complications, it is recommended to conduct a microbiological study in the early stages before admission and in the postoperative period. Antibiotics of choice in the preoperative and postoperative period should be 3-4 generation cephalosporins and cefixime, as well as protected aminopenicillins. The success of the treatment of this category of children in practice will largely depend on the above conditions for examination and treatment.

**The purpose of the research.** Based on the above data, we set ourselves the goal of studying the sensitivity of microorganisms living in the oral cavity to certain drugs.

**Material and methods of research.** To achieve this goal, we conducted a study of the sensitivity of microbes living in the oral cavity to such drugs as: sea buckthorn oil, actovegin, miramistin, becozen denta, solcoseryl and hexoral aerosol.

**Results and discussion of the research.** After completion of seeding in Petri

dishes, they were dried at room temperature for 10-15 min. Then they took sterile paper discs (like antibiotic ones) with tweezers, soaked them in drug solutions and applied them to the surface of the nutrient medium with microbial cultures. The cups were closed and brought into a thermostat at a temperature of 37°C and incubated for 18-24 hours.

After the expiration of the incubation period, the cups were removed from the thermostat, and the results obtained were recorded, the diameter of the microbial growth inhibition zones around the discs was measured using a ruler, turning off the diameter of the discs themselves with an accuracy of 1 mm.

**Conclusion.** Thus, the microbiological studies conducted to study the sensitivity of microbes in the oral cavity to the drug allow us to recommend the following conclusions:

1. Most drugs such as: sea buckthorn oil, actovegin, miramistin and bicosenda have a weak antibacterial effect on oral microbes.

2. However, such drugs as: hexoral aerosol and solcoseryl had a pronounced antibacterial effect on most oral microbes in the range from 21.0±0.2 to 27.0±0.3 mm. In this regard, these drugs can be recommended for use.

### **IMPROVING THE COMPLEX TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION**

**Ikramov G.A., Suvonov K.D., Khalmanov B.A., Ashurov S.S.**

Tashkent State Dental Institute

**Abstract.** Purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area still remain one of the most common and complex problems of modern surgical dentistry and maxillofacial surgery, the main cause of the development of intracranial complications and septic conditions, temporary disability among the population. Despite the fact that the primary prevention of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area, which consists in the timely sanitation of foci of chronic odontogenic infection, is the most effective, early diagnosis and treatment can reduce the risk of the most serious complications of purulent-inflammatory diseases of the maxillary fossa. The main role in the etiology of inflammatory diseases of the maxillofacial region is played by infectious agents, in most cases vegetating on the mucous membranes of the oral cavity, in periodontal pockets and carious cavities. Therefore, most of the studies were aimed at isolating and studying the properties of just such a flora. The results of these studies are now indisputable evidence of the etiological significance of such microorganisms as *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. However, there is a significant evidence base, indicating that the opportunistic flora also plays a role in the etiology of purulent-inflammatory diseases of the MFA. It is known that the structure of pathogens in the MFA can vary significantly in different regions of the world. In addition, in different regions, the causative agents of it may show a different level of resistance to the antibacterial drugs recommended for the treatment of this pathology. This is confirmed by the unequal clinical efficacy of the same regimens of antibacterial therapy for purulent-

inflammatory diseases in different regions. Thus, when developing antibacterial therapy regimens for purulent-inflammatory diseases, it is necessary to take into account not only the spectrum of possible pathogens, but also regional features of their resistance profile.

**The purpose of the research** - to increase the effectiveness of complex treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region by substantiating the choice of antibacterial drugs, taking into account the characteristics of pathogens.

**Material and methods of research.** To substantiate the choice of antimicrobial agents for antibacterial therapy in the complex treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial. The specificity of pathogenic microflora involved in the development of purulent-inflammatory diseases has been studied. The sensitivity of the isolated microflora to a wide range of antibacterial agents was determined. Established antibacterial agents effective in the treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region, for use in dental clinics and hospital maxillofacial surgery. Amoxiclav, cephalosporin antibiotics of the third generation, carbapenems, and fluoroquinolones are the most effective against isolated strains of pathogenic microorganisms. A retrospective analysis of the current practice of using antibacterial drugs, as well as a study of the spectrum of the main causative agents of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region and the determination of the sensitivity of isolated microorganisms to a wide range of antibacterial drugs showed that the accepted antibiotic therapy regimens need to be adjusted. The studied features of the regional sensitivity of pathogens of purulent processes in the maxillofacial region dictate the need for a differentiated approach to systemic antibiotic therapy in order to increase the effectiveness of treatment of these patients, and prevent purulent-septic complications, and reduce the duration of patients' disability. The proposed standards of antibiotic therapy can be used by surgeons when planning treatment tactics in patients with pro-inflammatory processes of the face and neck.

**Results and discussions of the research.** The obtained new data on the establishment of the spectrum of pathogenic microorganisms and their sensitivity to antibacterial drugs in patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region allow for targeted antibiotic therapy, avoiding the development of general somatic complications, reducing the treatment time, and improving the immediate and long-term results of treatment. The prevailing stereotypes of antibiotic therapy for patients with limited and diffuse purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region are not rational. Antibacterial therapy regimens for patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region should be active not only against *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. and anaerobic microorganisms, but also representatives of the family Enterobacteriaceae, *Enterococcus* spp. It should be taken into account that 52.6% of the isolated strains of Enterobacteriaceae produce extended-spectrum beta-lactamases to aminopenicillins, and 32.4% of the strains to cephalosporins of the first generation.

**Conclusions.** The most active drugs against staphylococci, streptococci and

enterobacteria isolated from patients with purulent-inflammatory diseases of the MFA in the hospital are inhibitor-protected penicillins and third-generation cephalosporins (amoxiclav, cefotaxime), carbapenems, vancomycin. In outpatient practice, staphylococci, streptococci and enterobacteria showed maximum sensitivity to inhibitor-protected penicillins (amoxiclav), third-generation cephalosporins. In addition, enterobacteria have shown high sensitivity to carbapenems and fluoroquinolones.

**YOSH BOLALARDA SURUNKALI QAYTALANUVCHI AFTOZ  
STOMATIT KECHISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI**

**Ishanova M.K., Eshqulova Sh.B.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

eshkulovashaxzoda@gmail.com

**Mavzuning dolzarbligi.** Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit eng keng tarqalgan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yarali kasalligi. Odatda bolalik davrida boshlanadi va dunyo aholisining 25% ga yaqinini qamrab oladi. Tipik aftalar aniq chegaralangan, yumaloq yaralar bo'lib, periferik eritema bilan o'ralgan, oq-sarg'ish rangli fibroz membrana markaziga ega. U uchta asosiy: kichik, katta va gerpetik turlarga ega. Aftaning kichik turida odatda 4-7 kun ichida chandiq qoldirmasdan tuzalib ketadi. Katta hajmli aftalar uzoqroq muddatli tiklanishga muhtoj va chandiq qoldirishi mumkin. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning etiopatogenezi hali ham noma'lum va multifaktorial. Bir nechta omillar qo'zg'atuvchi sifatida aniqlangan, jumladan mahalliy omillar, masalan, mahalliy travma, sezuvchanlik ushbu stomatitning etiologik agenti hisoblanadi. Sistematik omillar nuqtai nazaridan, H.pylori infeksiyasi kasallik rivojlanishida mavjud etiologik omil sifatida qayd etilgan. Bundan tashqari, yarali kolit va Kron sindromi kasalligi bilan ham bog'liq.

Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitga o'xshash og'iz yaralarining paydo bo'lishi, gluten kasalligi bor bemorlarda ko'proq tarqalgan va bu ularning birinchi shikoyati bo'lishi mumkin.

Etiologiyada irsiy omillarning roli ham katta. Chunki SQAS bilan kasallangan bemorlarning kamida 40% da bu holat oilasida mavjud. Bunday bemorlar og'ir belgilar va tez-tez uchraydigan remissiyalarga moyil. Allergiyaning ayrim turlari SQAS ni keltirib chiqarishi mumkin. Ba'zi oziq-ovqat mahsulotlari tarkibiy qismlari va og'iz orqali yuboriladigan mikrobial vositalarga yuqori sezuvchanlik potensial etiologik omillar hisoblanadi. SQAS va surunkali aftoz stomatit kasalligiga chalingan bemorlarning 5-10% da oziq moddalar va qonda mikroelementlardan temir, vitamin B12, foliy kislotasi va gemoglobin yetishmovchiligi uchraydi.

Subyektiv ravishda SQAS bilan bog'liq stressni keltirib chiqaradigan hodisalar ham aniqlanadi, ammo ular davomiy emas. Bundan tashqari, ushbu yaralarning paydo bo'lishida bolalar rejimida bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlar qayd qilinadi.

SQAS ni davolash asosan simptomlarni yo'qotishga asoslangan va ko'pchilik bemorlarda mahalliy davo samarali, ammo SQAS ning kichik hajmli turi va surunkali aftoz stomatitning katta hajmli turida sistemali davolash usullari ko'rib chiqilishi

kerak.

**Tadqiqotning maqsadi.** Ushbu ish yosh bolalardagi surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning etiopatogenetik o'ziga xosligi, chastotasi, simptomologiyasi va davolash vaqti bo'yicha tavsiflashga qaratilgan.

**Tadqiqot material va usullari.** Ma'lumotlar TDSI Bolalar terapevtik stomatologiyasi poliklinikasida 3 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan 43 ta bemor bolalar, ota-onalar va vasiylar orasida so'rovnomma va ko'rik o'tkazish asosida olindi. Ushbu tadqiqot surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit bilan kasallangan 43 ta bemor bolalar tog'risida hisoblanadi. Tadqiqotni o'tkazish uchun bolalarga tadqiqotchi rahbarligida anketalar tarqatildi. Bolalarning javoblarini baholash qiyin bo'lishi mumkinligini hisobga olib, savollarni tushunishni osonlashtirish va talqin qilish qulay bo'lishi uchun anketa dizayniga ba'zi vositalar ya'ni rasm kartalaridan (jumladan, og'iz bo'shlig'i aftalari, yashil sabzavotlar kabi oziq-ovqatlar va boshqalar dukkakililar) foydalanildi. Anketalar har bir bolaning ota-onalari yoki vasiylariga tarqatildi va ularni uyda to'ldirishni va keyin yetkazib berishni so'raldi. Statistik tahlil IBM SPSS 23.0 dasturi yordamida va Microsoft Office Excel 2013 dasturlarida amalga oshirildi. Testda qo'llangan 7 ta savol ishonchliligi tekshirildi va afta va etiologik omillar ya'ni oshqozon-ichak kasalliklari, allergiya, kundalik tish tozalash chastotasi, ortodontik asboblardan foydalanish, og'izda qalam yoki ruchka chaynash va ba'zi zararli mahsulotlar iste'mol qilish omillari o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi.

**Tadqiqot natija va muhokamasi.** Tadqiqotda 43 bola (21 o'g'il va 22 qiz) ishtirok etdi. Testda 7 ta savol uchun ota-onalarning javoblari bilan bolalar javoblari 80% dan yuqori natijalarni berdi. Ishtirokchilarning 53% da aftaning tarqalishi aniqlandi va bu 1,33 koeffitsientni ko'rsatdi. Qizlarda aftalar o'g'il bolalarga qaraganda tez-tez uchradi va ularning ko'pchiligida aftalar soni 1tadan 5 tagacha (95.8%) va lablar va tanglayda joylashishi, 4 kundan 7 kungacha davrda tuzalishi qayd etildi. 33.7% bolalarda o'rtacha og'riq bo'lishi aniqlandi. Tadqiqot qilingan bolalarning 46.4% da SQAS genetik omilga bog'liqligi va asosan ona tomonda ko'p uchrashi qayd etildi. Tekshirilganlarning 29.6% da aftalar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati travmalari bilan bog'liq bo'ldi. Boshqa tomondan, ota-onalarning 9.8%i aftalarning sababini stress bilan bog'ladi va bola asabiy va tajang bo'lgan paytda aftalar paydo bo'lishini ta'kidlashdi. 6% da aftaning paydo bo'lishi gastrointestinal kasallik bilan yaqqol bog'liqligi aniqlandi. Aftalar paydo bo'lishining boshqa sabablari, jumladan allergiya, kundalik ravishda tish tozalamaslik, ortodontik apparatlardan foydalanish, qalam va ruchkani og'izga solish yoki zararli ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish ko'rinadigan darajada bo'lmadi.

**Xulosa.** Ushbu tadqiqot natijalari bo'yicha aftaning klinik belgilari adabiyotlar bilan mos keladi. Adabiyotlarda afta va oshqozon-ichak kasalliklari o'rtasida bog'liqlik bo'lgan va ushbu tadqiqotda ham bu aloqa aniqlandi.

Aftalar paydo bo'lishi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi travmatik hodisalar yoki stress hodisalari bilan bog'liqligi ham aniqlandi, ammo boshqa omillarga qaraganda kam nisbatda topildi. Genetik tomondan sezilarli ko'rsatkich asosan ona tomonida ekanligi aniqlandi. Shuningdek ushbu tadqiqot kasallikning yashash sifatiga salbiy ta'sir etish to'g'risidagi adabiyotdagi ma'lumotlarni mustahkamlash va

mahalliy terapiyaga e'tibor qaratish kerakligi haqida xulosa qilindi.

## **PROBLEMS OF MEDICAL ERRORS IN DENTISTRY IN THE TREATMENT OF HYPERTROPHIC PROCESSES IN THE ORAL CAVITY**

**Islamova N.B.**

Samarkand State Medical University

**The purpose of the research.** According to the survey, examination and conclusion of general specialists, to evaluate medical errors in the treatment of hypertrophic processes of the oral mucosa.

**Materials and methods of the research.** 25 people took part in the survey. Of these, 12 men aged 22 to 50 years and 13 women aged 20 to 55 years. According to the collection of anamnestic indicators and examination, it was found that the hypertrophic process on the oral mucosa was present on average from three months to a year. Regarding these complaints, patients turned to dentists, but the process of hypertrophy was not suspended, since the patients were not oriented to visiting related specialists (endocrinologist, gynecologist, neuropathologist, etc.). A detailed examination of the oral mucosa did not reveal traumatic factors, which, as a rule, can be clasps of removable dentures, bridges (cast part), bite anomalies, fillings in the gingival region, etc. Patients of the main group were treated according to the traditional method: antiseptic treatment (nitrofurane preparations), anesthesia of the pathological element, keratolytic (4% resorcinol solution), keratoplasty (sea buckthorn oil).

The drug "Fibro-Vayne", pharmacological action - sclerosing, local anesthetic, acts on the vascular endothelium, causing protein denaturation, stimulates the rapid formation of a blood clot and its organization within 5-7 days. It reduces the excitability of nerve endings and the conduction of the pain impulse, ensuring the painlessness of sclerotherapy. The dosage of the drug and the number of visits (from 3 to 6) were selected depending on the degree of hypertrophy.

**The results of the research.** The effectiveness of the use of the drug "Fibro-Vayne" in complex treatment for the purpose of sclerosis, with hypertrophic processes was evaluated in the immediate and long-term periods of treatment (6 months and 1 year) according to complaints and visual examination. For the first time, it was found that the method of sclerosing therapy for hypertrophy of the oral mucosa using the drug "Fibro-Wayne" (control group) contributes to a faster relief of the process (on the 5th visit) than with traditional treatment (main group) with 4% resorcinol solution (on the 10th visit). The remission phase continued for 1 year of our observation of these patients.

The obtained results testified to the relief of inflammation and hypertrophy in more optimal terms. Thus, it is possible to prevent the risk of degeneration of hypertrophic growth on the oral mucosa into a more serious condition.

**Conclusions.** In the presented study, we analyzed the results of therapeutic intervention and problems in the treatment of hypertrophic processes of the oral mucosa. The effectiveness of stabilization of the hypertrophic process in a shorter

period of time was established against the background of detection and treatment of general somatic pathology and the use of injection of the drug "Fibro-Vayne" directly in the focus of hypertrophy for sclerosing therapy. Thus, this drug can be used in sclerosing therapy in the practice of a dentist.

## ASSESSMENT OF TREATMENT OF ORAL LEUKOPLAKIA

**Kadirbayeva A.A., Turayev A.I.**

Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** The health of the oral mucosa is an important factor in the initial prevention of digestive organs. At present, diseases of the oral cavity, as a result of physical pain and psychological effects, reduce the quality of life of people. In particular, the disease leads to disruption of the structure and functional state of the oral cavity. This thesis provides information on the number of diseases affecting the health of the oral cavity, which are found in the statistics of the population.

**The purpose of the research.** A number of studies show that oral health and overall quality of life go hand in hand. Loss of teeth as a result of periodontal disease is observed. This requires a lot of money and time, as well as reduces the efficiency of chewing. At this time, preventive measures play a key role. Oral leukoplakia is the most common potentially dangerous disease of the oral mucosa.

**Materials and methods of research.** Pre-treatment and post-treatment clinical findings were obtained and studied to compare the treatments performed on patients and evaluate the results.

**Results of the research.** Epidemiological studies indicate the prevalence of leukoplakia in OCD. In OSCA, erosive and hyperplastic forms of these diseases undergo malignant transformation in 3-12% of cases.

Many researchers consider leukoplakia to be a precancerous condition, and its treatment remains a complex and unresolved issue. The number of patients is growing every year, and the results of treatment are unsatisfactory. Long-term conservative treatment often does not guarantee complete recovery of patients, and surgical methods used are not always possible due to the complexity of the anatomical structure of the oral cavity and the prevalence of the pathological process. Morphological changes such as keratosis, hyper and parakeratosis, dyskeratosis are clinically different, cause certain difficulties in the diagnosis of nosoforms of leukoplakia and require the choice of specific treatment tactics.

For the diagnosis and treatment of leukoplakia has a clear idea of the impact of causal factors on the oral cavity, taking into account the structural features of the oral mucosa and changes in physiological processes, the localization of lesions should be. The physiological process of keratinization (desquamation of the surface cells of the epithelium of the oral mucosa) is unevenly expressed. In response to various types of irritants, the oral mucosa is able to form and accumulate keratin due to a clear granular layer of multilayered keratinizing epithelium, which leads to thickening of the white epithelium (increased tissue keratinization). At the same time, in certain areas of the submucosal layer of non-keratinized epithelium under the influence of

constant trauma, desquamation of the surface layers increases, which also leads to a violation of the keratinization process. In both cases there is a keratotic type of inflammation due to a violation of the keratinization process - leukoplakia is clinically diagnosed in the form of non-white scratched lesions of the mucous membrane.

**Conclusion.** The main goal of oral leukoplakia treatment is to detect and prevent malignancy. The first step is to stop dangerous activities such as smoking. Additional histopathological evaluation is required. The degree of dysplasia determines the choice of treatment. Oral leukoplakia can be completely ruled out when the risk of malignancy (dysplasia or simple dysplasia) is low, or other factors such as location, size, and the patient's involvement in smoking cessation should be considered in decision making. Surgical treatment is recommended for moderate to severe epithelial dysplasia.

## IMPROVEMENT OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF TRAUMATIC ULCERS OF THE ORAL MUCOSA

**Kadyrbaeva A.A., Azimova A.A.**

Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** The treatment of mechanical injury provides for the mandatory elimination of the traumatic agent, anesthesia, treatment of the ulcer and oral cavity with antiseptic solutions. In the presence of necrotic tissues, they are removed mechanically under anesthesia or with the help of proteolytic enzymes. In order to correct the pathological conditions of the oral mucosa, drugs of both synthetic and natural (including plant) origin are used. Herbal remedies, unlike synthetic ones, have a number of advantages: mild action, low toxicity, activation of the functions of not only the immune, but also the nervous and endocrine systems.

**The purpose of the research** - to study the factors of development of traumatic injuries of the oral mucosa in patients who applied to the department of therapeutic dentistry of the TSSI clinic and optimize the result of their treatment.

**Materials and methods of research.** The study will present examination data of patients with traumatic erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa.

The protocol for examining patients will include: assessment of complaints, history taking, clinical examination, cytological and photoplanimetric studies. Statistical processing of clinical material will be based on the principles of evidence-based medicine.

**Results of the research.** Based on a sufficiently large clinical material, an assessment of the dental status in patients with traumatic erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa will be performed.

With the help of reliable methods of static analysis (correlation analysis, diagnostic and prognostic value of the test, Fisher's criterion, etc.), a comparative analysis of drugs in the treatment of traumatic ulcers of the oral mucosa will be carried out.

**Conclusion.** The results obtained will be discussed and published in the

materials of various international and regional conferences, symposiums, congresses; published in periodicals of near and far abroad countries, republican editions. The results of the dissertation work will be implemented in the practical work of the department of therapeutic dentistry of the clinic of the Tashkent State Dental Institute, as well as in the process of teaching students of the Tashkent State Dental Institute.

## **INNOVATIVE APPROACH TO SURGICAL CORRECTION OF ACQUIRED EYELID DEFECT IN WOMEN OF FERTILE AGE**

**Kamalova M.K., Kodirova M.K.**

Bukhara State Medical Institute

[mexriniso.stomatolog@mail.ru](mailto:mexriniso.stomatolog@mail.ru), [maftunaqodirova408@gmail.com](mailto:maftunaqodirova408@gmail.com)

**Introduction.** In the literature sources studied by us, little attention is paid to the methods of surgical elimination of deformities of the eyelids and periorbital areas. All of the above served as the basis for conducting research and developing a system for the complex rehabilitation of patients with acquired eyelid deformities and defects. The increased demand for aesthetic surgeries contributed to the active development of plastic surgery in Uzbekistan.

The main problem in the treatment of women of childbearing age with defects in the eyelids of the periorbital areas is associated with the need to preserve or simultaneously restore the shape, functions of the eyelids, and normal anatomical tissue ratios. According to the etiology, defects are congenital and acquired, different in clinical manifestations and functional disorders, but in almost all cases they entail psychological problems due to a deterioration in a person's appearance and a decrease in the quality of his life. All of the above served as the basis for conducting research and developing a system for the complex rehabilitation of patients with acquired eyelid defects.

**The purpose of the research** - optimization of methods for surgical restoration of the original shape of the eyelids and periorbital areas in case of their deformities in women of childbearing age.

**Materials and methods of research.** The study is based on the analysis of clinical observations and the results of surgical and restorative treatment of 55 patients with congenital and acquired deformities and eyelid defects. All patients were divided into 2 groups depending on clinical manifestations and the presence of tissue deficiency. Before surgery, all patients underwent a general clinical examination, which included: chest X-ray, ECG, general and biochemical blood tests, and urinalysis.

**Results of the research.** The most difficult for reconstruction were patients with marginal eyelid defects (2.9%), who needed to restore all layers of the eyelid and the ciliary margin. Thanks to the use of an improved method for eliminating the marginal defect, in all cases it was possible to eliminate lagophthalmos, achieve the correct shape, good fit of the injured eyelid to the eyeball in 2-3 stages, including strengthening the lower eyelid and free autotransplantation of hair follicles without

complications. As the analysis of the obtained results of NEB showed, 37.5% of patients (subgroups 2C and 2D), who were at risk of developing eyelid retraction, needed to change the surgical tactics. Myopexy and canthopexy were obligatory steps, and sparing tissue resection was the main condition for NEP. A similar approach was effectively applied in all 19.7% of patients with involuntional deformities of the eyelids in combination with contouring of the malar fat, including its partial planar resection. In 1.9% of patients with involuntional changes in the lower eyelids of II or III degree without fatty "hernias", the optimal result was achieved by applying mechanical dermabrasion. In these cases, this method can be considered an alternative to the NEB and unjustifiably forgotten.

In 9.6% of patients with growth tendencies of hypertrophic scar(s) on the skin, soreness and itching, Bucca therapy was the most effective, which was used once in 3.9% of cases, twice in 7.9% of patients. Based on the results of our own observations and literature data, we consider it appropriate to use Bucca therapy in the early postoperative period: 1) as an independent type of treatment; 2) a preventive procedure or 3) as the final stage of rehabilitation measures. In all patients with mobile scars on the eyelids, full rehabilitation was achieved 1.5-2 months after the operation.

Summing up, we can briefly formulate the components of a good result of the complex rehabilitation of patients with congenital and acquired deformities of the eyelids and soft tissues of the periorbital region: planning of surgical correction taking into account anatomical and functional features, risk factors for the formation of eyelid retraction, 3) pathogenetic approach to the choice of surgical technique, which allows to eliminate all causes of deformities as much as possible; 4) precise execution of the surgical technique with a tendency to preserve and replenish the volume of tissues, supporting structures of the eyelids, and 5) a differentiated approach to restorative treatment and the use of effective methods, taking into account hemomicrocirculatory disorders.

**Conclusions.** Diagnostic signs-causes of eyelid retraction were established - tissue deficiency, pathological scars, lack of sufficient bone support for the lower eyelid, levator pathology, lower eyelid hypotension and tissue hyperelasticity, including the tarsal plate and ligamentous apparatus of the eyelids in various combinations, reflecting the prevalence of the pathological process in deformities and defects of the eyelids. According to the clinical and morphological study, it was found that the volume of surgical intervention in patients with involuntional deformities of the eyelids and soft tissues of the periorbital region depends on the presence of pseudoblepharochalasis, blepharochalasis, blepharoptosis, A-deformity, epicanthus, and risk factors for the formation of lower eyelid retraction (hypotension, tissue hyperelasticity, exophthalmos, expansion of the correction zone during resection of malar fat), which was the basis for creating a working classification and developing a differentiated approach to surgical treatment. The use of improved upper aesthetic blepharoplasty with a vertical dissection of the orbital part of the orbicular muscle of the eye by the type of notches, techniques for forming the fold of the upper eyelid by septo-aponeurotic fixation, and developed methods for correcting

brow ptosis in pseudoblepharochalasis can improve the aesthetic component of blepharoplasty operations with involutional deformities of the upper eyelids and adjacent areas.

**Practical recommendations.** For the maximum-objective and accurate assessment of the state of the aligned tissues in patients with deformations, defects of the eyelids and soft tissues of the periorbital region of various etiologies in the complex "Orbit-eye-eyeline-periorbital area", the use of advanced classifications is shown. The modified rotational buccal-zygomatic flap is recommended for the elimination of extensive defects, including the eyelids, two or more anatomical areas located in the central parts of the face, a vascularized frontal flap - for isolated multilayer eyelid defects, a full-layer free skin flap - for superficial defects of the eyelids and surrounding areas combined with the strengthening of the supporting structures of the century. To eliminate limited superficial defects of the eyebrow, it is recommended to use autotransplantation of graft flaps containing 1-2 hair follicles, with a large defect in the eyebrow region - a vascularized temporal flap on a hidden vascular pedicle, which improves the efficiency of surgical correction.

### **FEATURE OF TREATMENT FOR RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS OF THE OROPHARYNGIAL REGION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS**

**Kamilov Kh.P., Ibragimova M.Kh., Ubaydullaeva N.I.**

Tashkent State Dental Institute

[nikaubaydullaeva@gmail.com](mailto:nikaubaydullaeva@gmail.com)

**Introduction.** 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. V.A. Epishev observed chronic recurrent aphthous stomatitis in 15.2% of cases and according to G.V. Banchenko – only in 12% cases. 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. 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 ileocolitis, 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. 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%). 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 of not so much asingle, but as a combined gastroduodenal pathology.

**Materials and methods of research.** 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. It has been proven that in patients with chronic cholecystitis, products of free radical lipid oxidation (MDA, catalase, glutathione peroxidase and SOD) and intensive proteolysis of medium molecular weight peptides (MSM E254 and MSM (E280) lead to an aggravation of the clinical course of CRAS in the oropharyngeal region;

it was found that in patients with CRAS with chronic cholecystitis, the level of opportunistic microflora increases: fungi of the genus *Candida*; *Staphylococcus aureus*, as well as a weakening of the potential of salivary protective factors (sIgA, lysozyme titer, phagocytosis index);

the relationship of clinical changes in the diameter of aphthous lesions, the composition of microbiocenosis and indicators of local protective factors has been established, which is a new link in the pathogenesis of CRAS in chronic cholecystitis;

a new complex pathogenetic treatment of CRAS patients with chronic

cholecystitis was substantiated by normalizing the MSM parameters E254 and E280; peroxidation processes: MDA, catalase, glutathione peroxidase, SOD; elimination of dysbiosis: fungi of the genus *Candida*, *Staphylococcus aureus* and secondary immunodeficiency of local protective factors by increasing the level of sIgA; titer of lysozyme, an indicator of phagocytosis.

### **METHODS FOR DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY – DESTRUCTIVE PERIODONTAL LESIONS**

**Kamilov Kh.P., Takhirova K.A., Abduganiev U.B.**

Tashkent State Dental Institute

**The purpose of the research.** The aim of the study is to expand the capabilities of clinical laboratory medicine, improve diagnostic panels, significant progress in the field of fundamental sciences, the effectiveness and consistency of interdisciplinary interaction, the widespread introduction of modern technologies create prerequisites for revising the role of oral fluid (OM) in the life processes of the body (A.V. Avdeev, 2012; N. B. Zakharova, 2015; L. N. Kazarina, 2016; E. V. Kondyurova, 2018; S. V. Averyanov, 2018; G. F. Beloklitskaya, 2019; Y. Furuichi, 2019).

**Materials and methods of research** - to solve the tasks set will be used: clinical, hygienic, microbiological, static and biochemical research methods.

**Results of the research.** The results of the study of the etiology and pathogenesis of periodontal diseases in children and adolescents are very ambiguous. Thus, the role of microbial, traumatic, immune, vascular and other factors has been comprehensively studied. However, extremely important for understanding the development of periodontal pathology is the knowledge of the ratio of internal and external factors, which were pointed out by Arkovy back in 1903. The etiological factor almost never manifests itself as one «specific culprit» and only one specific disease, it does not just affect the body, but interacts with it.

**Conclusion.** The use of biochemical indicators makes it possible to determine the intensity of inflammatory and destructive changes in periodontal tissues in patients, depending on the diagnosis, objectively assessing both pathological changes and the effect of ongoing anti-inflammatory therapy in dynamics.

### **FACTORS ASSOCIATED WITH PLASMA IL-6 LEVELS IN HIV-POSITIVE PEOPLE**

**Karimov D.A., Akhmedjanova Z.I., Nazarova M.F., Begmatov B.X.**

Tashkent state dental institute,

Institute of immunology and human genomics

**Background.** Elevated interleukin 6 (IL-6) levels have been linked to cardiovascular disease, cancer and death. Persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection receiving treatment have higher IL-6 levels, but few data are available on factors associated with circulating IL-6.

**Materials and methods of the research.** Participants in the study with IL-6 measured at baseline were included (N=48). Factors associated with IL-6 were identified by linear regression. Demographic and HIV variables (nadir/entry CD4+cell count, HIV RNA level, antiretroviral therapy regimen) were investigated in the study. In the study, CD4/CD8 ratio, smoking, comorbid conditions, viral load and educational level were assessed.

**Results of the research.** Demographics associated with higher IL-6 levels were older age and lower education. Higher HIV RNA levels were associated with higher IL-6 levels, and higher nadir CD4+ cell counts with lower IL-6 levels. Compared with efavirenz, protease inhibitors were associated with higher and nevirapine with lower IL-6 levels. Smoking and all comorbid conditions were related to higher IL-6. IL-6 levels increased with decreasing eGFR and decreasing serum lipids.

**Conclusions.** Higher levels of IL-6 were associated with older age, higher body mass index, HIV replication, low nadir CD4+ cell count, protease inhibitor use, comorbid conditions, and decreased eGFR. Multiple factors affect inflammation in HIV and should be considered in studies of IL-6 as a biomarker of clinical outcomes.

## **SUT TISHLARNI VAQTIDAN OLDIN OLINISHI SABABLI YUZAGA KELUVCHI IKKILAMCHI DEFOTMATSIIYA TURLARI**

**Karimova M.A., Aripova G.E., Rasulova Sh.R.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

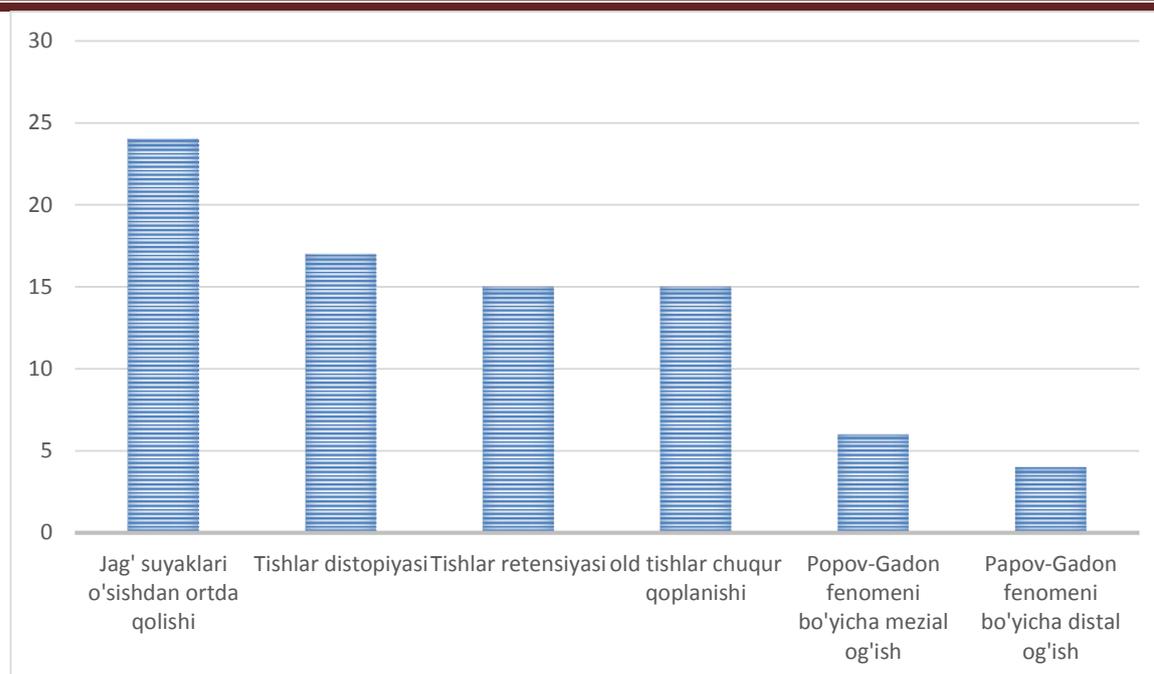
**Mavzuning dolzarbligi.** Hozirgi vaqtda bolalarda karies va uning oqibatlarini, jarohat va boshqa sabablar tufayli tishlarni yo'qotilishi ko'p uchramoqda. Sut tishlarini vaqtidan oldin yo'qotilishi esa o'z navbatida bir necha xil ikkilamchi defotmatsiyalarni rivojlanishiga sabab bo'ladi. Natijada bolalarda tish qatorlari va tishlov buzilishi kuzatilmoqda.

Bunda bolalarda tishlarning retensiyasi yoki doimiy tishlarning chiqishi kechikishi kuzatiladi. Chunki, sut tishlari olingandan so'ng doimiy tish kurtaklarini rivojlanishini stimullovchi omil ham yo'qotiladi. Shuningdek, sut tishlarini erta olinishi jag' suyaklarini o'sishini sekinlasib, rivojlanishdan ortda qolishiga ham sabab bo'ladi. Sut chaynov tishlari yoki ba'zan doimiy birinchi molyarlarning erta yo'qotilishi esa tishlovning chuqurlashuvi, yuzning pastki qismi kaltalashuvi bilan namoyon bo'ladi.

**Tadqiqot maqsadi** - bolalarda sut tishlarini vaqtidan oldin yo'qotilganda kelib chiquvchi ikkilamchi deformatsiya turlarini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari.** 26 ta bemor bemorning fotosuratlarini, ortopantomogramma va yon telarentgenogrammasi, modellari. 26 ta bemorning fotosuratlarini, ortopantomogramma va yon telarentgenogrammasi tahlili, modellarining antropometrik tahlili.

**Tadqiqot natijasi.** Tadqiqotdan quyidagi natijalar olindi:



**Xulosa.** Sut tishlarining erta tish qatorlari va tishlovdagi ikkilamchi o'zgarishlaridan tashqari olinishi ham estetik ham nutq buzilishiga sababchi bo'ladi. Ikkilamchi deformatsiyalar har bir bemorda individual rivojlanib, boalarning qaysi yoshida olinishiga, qaysi guruh tishlarning yo'qotilganiga qarab turli ko'rinishlarda namoyon bo'ladi.

## EFFECT OF ENAMEL FADING ON ORTHOPEDIC TREATMENT

**Khabilov N.L., Safarov M.T., Melikuziev K.K.**

Tashkent State Dental Institute

The loss of hard tissues of the tooth due to the abrasion of enamel and dentin occurs throughout a person's life. This process, which occurs as a result of regular contact both between the teeth themselves and between the teeth and the food bolus during the act of chewing, can either intensify or weaken during a person's life, and it is considered to be physiological. Due to the mechanical strength of enamel and dentin, abrasion of both temporary and permanent teeth proceeds relatively slowly and evenly.

The occlusal surface and the cutting edge of the teeth have an anatomical shape that allows the main function of the dentoalveolar system - chewing. These surfaces provide stability to the mandible during swallowing. In addition, chewing efficiency depends on the area of the chewing surface of the teeth and its relief. With age, the tubercles of the chewing teeth are erased, which leads to a smoothing of the occlusal surface.

Physiological abrasion is accompanied by the formation of abrasion facets and contributes to the free and smooth sliding of the dentition, as a result of which the overload of individual groups of teeth is eliminated and the chewing function improves (Bushan M.G.). Wear facets are ground areas of the occlusal surface that are formed during the function due to various movements of the lower jaw relative to

the upper.

Thus, the erasure of hard dental tissues is a natural process aimed at maintaining the morphological integrity and functionality of the periodontium, TMJ and masticatory muscles during age-related changes in the human body.

In addition to the physiological abrasion of teeth, pathological abrasion is distinguished. The time factor and the degree of loss of hard tissues are the main distinguishing criteria for these processes. In dental practice, pathological abrasion is assessed by degrees:

1. The loss of hard tissues to the height of the tubercles and the cutting edge or to 1/3 of the height of the crown;
2. To pads (1/2);
3. To the height of the crown of the tooth (up to the gum).

To assess the physiological abrasion D.A. Entin proposed the following gradation: up to the age of 30, the enamel is eroded, by the age of 40, the dentin is exposed, by the age of 70, the crown of the tooth can be worn down to the cavity of the tooth.

According to A.G. Moldovanova physiological erasure of teeth has its own forms: I form - erasure of teeth of incisors and smoothing of tubercles of molars and premolars (up to 25-30 years). II form - erasure within the enamel (up to 45-50 years). III form - erasure within the enamel-dentin border and partially dentin (50 years and older).

Thus, the data available in the literature on the morphological features of the occlusal surfaces of teeth in different age periods are diverse and differ from each other, which determines the relevance of further study of this issue.

### **IMPROVING THE PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER URANOPLASTY IN CHILDREN**

**Khatamov U.A., Ikramov G.A.**

Tashkent State Dental Institute

The problem of rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate continues to be relevant and complex. The very birth of a child with visible developmental disorders is a severe social and psychological trauma for parents and the child himself. This is especially evident in cases where rehabilitation measures end at a later date with the development of secondary deformities.

Complete medical, psychological and social adaptation of the child, the formation of a full-fledged personality are directly dependent on anatomical, functional and cosmetic disorders, as well as the timeliness of the rehabilitation measures taken.

To provide qualified assistance to this group of complex patients, multi-stage surgical interventions and constant monitoring by an orthodontist, pediatrician, speech therapist and other specialists are required.

The most urgent issue in solving the problem of rehabilitation of this contingent of patients today is the creation of a concept of assistance to these patients,

because this assistance includes a number of specific organizational, medical, technical and social aspects.

The most common complication after surgery is the divergence of the edges of the wound at the border of the hard and soft palate. This is the result of technical errors during the operation (poor removal of the vascular bundles, incorrect, rough interlaminar osteotomy). In isolated cases, marginal or partial necrosis of the mucoperiosteal flaps is observed due to extensive tissue trauma or severe compression after the surgical bandage. A short, inactive palate is a leading sign of palatopharyngeal insufficiency. For a clear pronunciation of speech sounds, the soft palate must be mobile, long, and when speaking, it must ensure a sufficiently complete closure of the palatopharyngeal closure. Proper planning of the operation, taking into account the width and length of the cleft palate, reduces the percentage of postoperative complications.

This requires further in-depth study of the features of regeneration of the oral mucosa with congenital cleft palate in order to increase the clinical effectiveness of soft tissue plasty and improve the course after the surgical period. Healing after a surgical wound in conditions of deficiency of the surrounding tissue is also an unsatisfactory result, since complications such as dehiscence of the wound edges due to edema and hematoma or marginal necrosis due to excessive tension are possible. In the future, there is a change in the architectonics of the oral cavity, aesthetic and functional disorders due to the formation of deforming scar tissue, which aggravates the further possibility of orthopedic treatment and disrupts the implementation of such functions as chewing and swallowing. The effectiveness of uranoplasty largely depends on the functional and metabolic activity of the tissues of the oral cavity.

There is a need to improve existing and develop new methods of treatment that would be highly effective and at the same time economically acceptable.

In connection with the above, complications are relevant for the practice of pediatric surgical dentistry, and we were very interested in the data on the use of Hexoral aerosol, which would allow isolating postoperative defects in the oral cavity with congenital cleft palate, protecting the wound surface and optimizing wound healing processes.

Hexoral aerosol (produced by the international pharmaceutical company Johnson & Johnson, LLC, Russia produced by: Famar Orleans).

The antimicrobial effect of the drug "Hexoral ®" is associated with the suppression of oxidative reactions of bacterial metabolism (thiamine antagonist). The drug has a wide spectrum of antibacterial and antifungal activity, in particular against gram-positive bacteria and fungi of the genus *Candida*, but the drug "Hexoral ®" may also have an effect in the treatment of infections caused, for example, by *Pseudomonas aeruginosa* or *Proteus* spp.

At a concentration of 100 mg / ml, the drug suppresses most strains of bacteria. The development of resistance was not observed. Hexetidine has a weak anesthetic effect on the mucous membrane.

The foregoing circumstance served as the basis for the present clinical study.

**The purpose of the research.** To study the state of local factors of protection

of the oral cavity and microflora in children with congenital cleft palate before and after uranoplasty and to improve the prevention of inflammatory complications of uranoplasty.

**Research objectives.** To study the effectiveness of Hexoral aerosol in children with congenital cleft palate after uranoplasty.

**Materials and methods of research.** 30 children 18 boys and 12 girls with CCLP at the age of 3-10 years were hospitalized and followed up in the Department of Pediatric Surgical Dentistry of the Tashkent State Dental Institute. All children with CCLP underwent uranoplasty. Cheiloplasty was performed by him at the age of 6 months. up to 1.5 years. In each patient, the extent of the palate defect, the condition of the muscles of the soft palate and pharynx, the size of the palatopharyngeal passage were determined, the features of speech disorders (twang and articulation changes) and hearing, and the intellectual development of the child were specified. Depending on the characteristics of postoperative local treatment, all patients were divided into groups. The first group included 20 children who received only basic therapy: after the completion of uranoplasty, an iodoform-gauze swab was applied to the bare surface of the hard palate. On the fifth day, the protective plate was removed, the iodoform tampon was removed from the surface of the mucoperiosteal flap. Daily oral cavity and wound were irrigated with antiseptic solutions. The second group included 20 children. After completion of uranoplasty, we apply Hexoral aerosol on the bare surface of the hard palate, held by a protective plate. On the second day it was removed, and the wound surface remained open. The rest of the days we treat with Hexoral aerosol.

The study of local signs shows that children with CCLP on the first day after uranoplasty had pain in the soft palate and pharynx during swallowing and eating, swelling of the soft tissues and bruising and hematoma of the mucous membrane of the palate and pharynx. Particular attention was paid to the condition of the sutures and edges of the postoperative wound, since the type and nature of healing depends on it. As a result of the operation in the soft tissues and muscles of the palate and pharynx, capillaries are crushed and the tissues are flooded with blood, after which bruises, hematomas are formed, swelling of the soft tissues of the palate and pharynx occurs, which decreases only on the sixth-seventh day of treatment. Bruising and hematoma of the mucous membrane of the palate and pharynx increase in the first 3 days after the operation, significantly decreasing by the sixth day.

In patients who received traditional treatment, bruising and hematoma of the mucous membrane of the palate and pharynx, pain in the soft palate and pharynx during swallowing and eating persist up to the fifth day, swelling of the soft tissues of the palate and pharynx and bad breath remain until the sixth day of treatment .

The state of the seams and edges after the surgical wound depends not only on the type, quality and technique of suturing, but also on the development of inflammation in the soft tissues, which leads to suppuration of the wound. In 10 (50%) of 20 children who received traditional therapy, the wound became infected and on the fourth or fifth day, 50% of the sutures (along the line "A" and in the oropharynx, where the tension of the wound edge was greater than in other places)

were in unsatisfactory condition. As a result, in 5 children by the eighth-ninth day of treatment there was a partial divergence of the sutures. In 5 children, secondary healing was observed after the surgical wound, which led to palatopharyngeal insufficiency. The use of Hexoral significantly influenced the dynamics of local signs of the wound process after uranoplasty. In these children, pain in the soft palate and pharynx disappeared earlier than in the first two groups, hematomas resolved earlier. In 2 out of 20 children who received traditional therapy, the wound became infected on the fifth day. As a result, secondary healing of the postoperative wound occurred in 1 child by the ninth day of treatment.

**Conclusion.** Thus, the high efficiency of Hexoral aerosol application in children with congenital cleft palate after uranoplasty in the early postoperative period was noted. As can be seen from the data obtained, the drug maintains a moist environment that promotes the fastest healing of wounds.

### **IMPROVEMENT OF TREATMENT COMPLICATIONS IN TRAUMAS OF THE ZYGOMATICORBITAL COMPLEX**

**Khusanov D.R., Patkhiddinov J.Sh.**

Tashkent State Dental Institute

[jpatxiddinov@gmail.com](mailto:jpatxiddinov@gmail.com)

**Relevance.** A number of scientific studies aimed at improving the effectiveness of surgical treatment of patients with combined zygomaticorbital injuries and prevention of resultant traumatic optical neuropathy (TON) are performed all over the world. In this regard, the search for new studies aimed at early detection and prevention of complications in combined zygomatic orbital injuries, prevention of disability and complete loss of vision, effective rehabilitation together with maxillofacial surgeons and other related specialists is very relevant and justified.

Consequences of trauma are one of the main causes of disabling visual impairments and account for 16% of the total. Domestic (56%) and criminal (18%) injuries mainly lead to disability, with anophthalmia in 25% of cases, subatrophy of the eyeball in 13%, and various corneal leukomas in 30%.

Fractures of the OMC were found more frequently than other injuries of the middle zone of the facial skull- 20-25% of all cases, with OMC fractures accounting for 72.9% and nasal bones fractures for 15.9%. Facial bone injuries are combined with CMT in 56% of patients, and fractures of the OMC with fractures of the lower orbital cavity wall are diagnosed in 10.8% of patients.

Karayan A.S. says: "Severe traumas of the midface cause not only functional disorders associated with changes in the location of the eyeball, disorders of nasal breathing and bite, but also significant disfigurement of the patient's face, leading, as a rule, to severe mental disorders and social disadaptation".

Fractures of the orbital floor bones occur in 6-12%, and 70% of orbital wall fractures are associated with injuries to the eyeball, the musculoskeletal apparatus of the eye, fractures to other bones of the facial skull, and CMT. Severe traumas and fractures of the facial skeleton are often combined with deformities and changes in

the orbital volume, dislocation of the contents, changes in eye mobility, and functional disorders. The fractures of the OMC in the structure of the CATS make up 50%, in 29.4-56% they are associated with traumatic brain injury and in 86% - with eye trauma.

Oculomotor disorders in SOC fractures are often caused by damage to the musculoskeletal apparatus of the eye, and isolated pressure on the inferior rectus, inferior oblique, and external rectus muscles more than 5 mm Hg causes diplopia, as well as posttraumatic exo-or enophthalmos.

Late diagnosis and inappropriate treatment tactics of SOC fractures can lead to cosmetic defects, purulent-septic complications, and visual disabilities.

According to our findings: the incidence of SOC fractures in CMT was 11.8%. In most cases, each subspecialist solves problems independently, resulting in treatment being divided into several stages and taking longer time.

Due to late referral to an ophthalmologist, these patients have injuries of various parts of the orbit and eyeball at the same time as the CHT. The ophthalmological picture in patients with concomitant damage of the brain, orbit, and eyeball was characterized by polymorphism of symptoms manifested as contusion of the eyeball and optic nerve, extraocular muscles, edema and emphysema of the retrobulbar cell, and lesions of III, IV, and VI pairs of cranial nerves.

In our study, TON was observed in 21.9% of cases. Timely ophthalmological examination of patients with SOC fractures allows the diagnosis and initiation of conservative symptomatic treatment in the earliest possible time, as well as the shortest possible time to determine the volume and timing of surgical intervention (first two days after injury).

In 42% of patients with ACS fractures in CMT with damage to the eyeball and optic nerve, there was an improvement in visual function against the background of medical therapy. In the postoperative period, positive dynamics of visual functions in patients with TON was observed in 68.8% of patients. In our study, the percentage of visual impairment recovery was 87.2%.

According to the standards for the treatment of concomitant injuries, SOC provides for surgical intervention during the first 3 days after injury. Late surgical treatment of orbital fractures in most patients leads to orbital deformation, which is often accompanied by diplopia, distortion of the position of the eyeball in the orbit, and limitation of its mobility. According to our data, in ACS fracture traumatic brain injury, disruption of eyeball mobility was seen in 41.6 percent of cases, with orbital malpositioning in 38.5 percent and diplopia in 30.1 percent. Our study proves that timely performance of reconstructive operations at an early stage allows restoration of functional disorders: correct position of the eye in the orbit in 82.5% of cases, disappearance of disturbances of oculomotor movement in 86.6% and diplopia in 86.5%.

Thus, patients with contusions of the visual organ in SOC fractures require timely ophthalmological, radiological ultrasound examination including MSCT of the orbit as well as ophthalmodoplerography to prevent TON in the early stages of injury.

### **Conclusions:**

1. Fractures of the SOC in traumatic brain injury occur in 11.4% of cases.
2. The leading ophthalmologic symptoms of zygomaticoorbital trauma are enophthalmos, restricted eyeball movement, and diplopia.
3. Timely performance of reconstructive operations at early stage allows restoring functional disorders: dystopia in 89.8% of cases, correction of strabismus in 73.6%, diplopia in 91.5% and obtaining good cosmetic results.

### **ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF CEMENT AND SCREW FIXATION DURING PROSTHETICS ON IMPLANTS**

**Kim V.E., Mun T.O., Jandarova M.A., Tashpulatova K.M.**

Tashkent State Dental Institute

[DC.Vitaliy@gmail.com](mailto:DC.Vitaliy@gmail.com)

**Actuality.** In dentistry, the longcy of the functioning of structures has always been relevant. To understand in what situation it is better to apply a screw or cement fixation during prosthetics on dental implants. This review article studied articles of various authors, about their research in the field of fixing artificial crowns for dental implants using screw and cement fixation. Each researcher highlights the advantages and disadvantages of each system. When screw fixation requires a x-ray study to make sure the superstructure of the suprastructure to the implant. In case of cement fixation, in addition to x-ray examination, careful removal of cement residues is otherwise needed problems with soft tissues around the implant.

**The purpose of the research** - proof advantages and disadvantages of cement-screw fixation in prosthetics on implants.

**Material and methods of research.** There are two main factors affecting the preservation of the implant screw hard:

- 1) an increase in fixing pressure or forces
- 2) reduction or minimization of sharing forces

Application to teeth implants:

It is likely possible to connect several implant prostheses with a fully passive suction in the clinical situation. These inconsistencies leave microstrokes, and as a result, the exact interface between the casting and the implant is not achieved. The clinical picture is that the restoration of implants is constantly subjected to local exposure. These forces include the following: Excursion contacts, axial centering contacts, corner abutments, interproximal contacts, console contacts.

The goal is to minimize clinical compatible separation forces. Accurate placement of implants and treatment planning are the first important step in maintaining strict implant screws.

According to the results of the study V.N. Olesov and S.I. Dubinsky (the advantages of the screw connection of an artificial crown with an implant according to mathematical modeling).

**The results of the research.** Aesthetic considerations can affect the choice of orthopedic parts and the method of fixation. Holes for screws are extremely unaesthetic. But this problem is limited only by lower premolars and molars. Modern

opaque composite materials can disguise the gray spots of screw holes, but cannot hide them completely. It is obvious that such a problem does not exist for restorations with cement fixation. When screw fixation before the final tightening of the screw, an X-ray is required to confirm the correctness of the suspicion of the suprastructure to the implant. With cement fixation, except X-ray, careful removal of cement residues is required, as it affects the condition of the tissue around the implant. Yu-Hwa Pan rated cement strength. Cements were divided into 7 groups: final cements included zinc phosphate cement, Advance, All-Bond 2, Panavia F and Durelon, while temporary cements included Temp Bond and Improv. They came to the conclusion that the polymer cements All-Bond 2 and Panavia F have a statistically reliably higher value for loads compared with other 5 types of cement. Waerhaug's study showed that the roughness of the enforcement part of the tooth cement contributes to the deposition of the plaque in the govary groove. Similarly, cement residues cause perimplentitis with all its signs: swelling, soreness, deepening of periodontal pockets, bleeding (or separation of exudate) during probing, radiographic signs of bone loss around the implant. With the help of microscopy, more pronounced abutment displacements relative to the implant were confirmed by inclined loading of the crown during cement fixation, leading to an increase in the fit of the fit microdistrict, and the remains of cement on the edge of the cemented crowns were revealed, which provokes the development of inflammatory complications in comparison with the screw fixation. More convenient, safe and reliable view is the screw type of fixation. This is due to the fact that if some problem arises with the implant (periodic replacement of orthopedic parts; attenuation or fracture of the screw; the fracture of the abutment; modifications of the prosthesis after the implant loss; re-surgical operation), then the filling material can be drilled over the screw, and the screw Slide and, thus, remove the crown. This is especially important in the case of prosthetics with extended structures consisting of several artificial crowns (i.e. bridges), which are fixed on several implants. Lack of opportunity to easily remove the restoration is the main disadvantage of cement fixation.

**Conclusions.** Disadvantages and advantages of cement and screw fixation during prosthetics on implants are shown. Knowledge of the possibilities and disadvantages of cement and screw fixation will help the dentist to choose the best option for each clinical situation.

## **PLASMOLIFTING EFFICIENCY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS**

**Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Sherbekova F.U.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto: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 research.** 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 research.** 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

**Conclusions.** 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.

## **IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT PATIENTS WITH ODONTOGENIC JAW CYSTS**

**Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Abdullaev A.S.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**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 research.** 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 research.** 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 and MSCT studies. 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 examination, in which the outcome is the most favorable, without complications, relapses and of course a

short time rehabilitation.

## **MODIFICATION OF TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES**

**Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Mardonkulov Sh.K.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**Introduction.** To date, the problem of treating patients with odontogenic inflammatory diseases remains relevant.

This is due to the prevalence of odontogenic diseases. According to a number of authors, it accounts for 40 to 60% of all referrals to the maxillofacial surgery clinic.

The issues of patient management in the preoperative and postoperative periods remain unresolved. A feature of odontogenic diseases is a specific microflora in the focus of inflammation. In this regard, the treatment of patients will be aimed at fighting infection and preventing relapses. An important aspect in the rehabilitation of patients is postoperative management with the appointment of a set of measures to reduce the risk of postoperative complications.

**The purpose of the research.** The work is to analyze the preparation of patients with odontogenic inflammatory diseases for surgical treatment, the stages of treatment and postoperative management.

**Material and methods of research.** The department of maxillofacial surgery of the Samarkand City Medical Association treated 60 patients with odontogenic inflammatory diseases: 40 with abscesses and 20 with phlegmon of various localization. Before starting treatment, a clinical examination was conducted, including the patient's complaints, anamnesis of the disease, and anamnesis of life. Differentiated with lymphadenitis of one or another localization, benign or malignant neoplasm, with the consequences of injuries of the maxillofacial region. A laboratory examination was performed, including a clinical blood test; determination of blood glucose levels, blood clotting time, biochemical blood analysis, coagulogram, blood test for infectious diseases, general urine analysis. Orthopantomography and chest radiography were performed as part of the radiation examination methods. Electrocardiography was performed to exclude cardiovascular pathology. In the conditions of the inpatient department of maxillofacial surgery, the patient was prepared for emergency surgery. In the preoperative period, drug therapy was performed, including infusion, antibacterial, anti-inflammatory, desensitizing, antiplatelet, symptomatic. With pronounced inflammatory processes, two types of antibiotics were prescribed. Prior to the operation, premedication was prescribed, consisting of sedatives, painkillers, desensitizing drugs, tranquilizers, and cholinolytics. Depending on the severity of the inflammatory process, total intravenous anesthesia or inhalation anesthesia was performed.

**The results of research.** All patients underwent a set of measures to combat infection and prevent postoperative complications, which allowed them to be

discharged from the department of maxillofacial surgery as soon as possible. Clinical observations have shown the need to follow all stages of surgical treatment and additional methods of rehabilitation of patients of this category.

**Conclusions.** A component of the successful treatment of patients with odontogenic inflammatory diseases is a complex of therapeutic measures aimed at timely and adequate primary surgical treatment of a purulent focus and its drainage, removal of a "causal" tooth and at the same time surgical sanitation of the oral cavity, the appointment of adequate antibacterial therapy, infusion therapy from the first hours of the patient's stay in the department, regular dressings with using ointments, antiseptic solutions and enzyme solutions. The timely appointment of HBO, physiotherapy, mechanotherapy and myohymnastics for a more complete and rapid rehabilitation of patients is shown.

## DIFFERENCE BETWEEN CARIES AND HYPOPLASIA

**Kuzieva M.G., Ismailova M.B.**

Tashkent State Dental Institute

**The purpose of the research.** A longitudinal cohort study (from birth) regarding the relationship between fluoride exposure, biological and environmental factors, and oral health. Using data collected on dental caries and enamel hypoplasia in deciduous teeth, this article reports on the relationship and differences between enamel hypoplasia and caries.

**Materials and methods of research.** for the medical research, I've given a brief overview of caries and hypoplasia. With visual factors of their discovery and a route to our purpose , namely , to capture some differences between them.

**The results and discussions of the research.** Hypoplasia underdevelopment of hard tissues of the tooth during their growth and formation Distinguish between systemic and local hypoplasia Systemic hypoplasia is the result of various pathological processes in the body, in which the function of ameloblasts, and often odontoblasts, is impaired or inhibited, which leads to a violation of the mineralization of enamel and dentin. Systemic hypoplasia of temporary teeth is formed in the prenatal period and is associated with disorders in the body of a pregnant woman. Systemic hypoplasia of permanent teeth is associated with severe infectious diseases, rickets, digestive tract disorders, insufficiency of the endocrine glands (especially parathyroid glands), metabolic disorders

Local hypoplasia is associated with a metabolic disorder in a localized area near the rudiments of permanent teeth, which occurs as a result of an inflammatory process in the region of the apex of the temporary tooth root or with trauma to the developing follicle. It is more often observed on premolars, the rudiments of which are located between the roots of temporary molars. Hypoplasia develops as a result of the action of various factors: Endogenous (abnormalities of embryonic cell priming) Exogenous (factors that adversely affect the cells of the fetus or organ). Hypoplasia must be differentiated from the initial and superficial forms of caries. With hypoplasia, white spots are multiple, usually on symmetrical groups of teeth, the

surface of the tooth is smooth, not stained with dyes. With caries, the white spot is single, more often localized in the cervical region, stained with a 2% solution of methylene blue.

Prevention of systemic hypoplasia: Caring for the health of a pregnant woman and a newborn Dental education in antenatal clinics and children's clinics Prescribing multivitamin complexes for pregnant women ("Pregnavit") Breastfeeding and good nutrition of the child, harmonious development Prevention of infectious and non-infectious diseases in young children Prevention of local hypoplasia is in the prevention of caries of temporary teeth or its timely treatment in order to prevent the development of the inflammatory process in the periodontium.

The cause of the appearance of this disease are microorganisms that are present in the human oral cavity in many. First, the destruction of the enamel, and then the dentin (the hard substance of the tooth), with further damage to the pulp chamber, occurs under the influence of acids that these bacteria secrete in the course of their life. and in the thickness of plaque, so periodic professional cleaning of teeth is one of the most effective methods of caries prevention.

1. Signs of caries
2. Discomfort when the tooth comes into contact with sweet, sour, cold or hot.
3. Areas of darkening of the enamel.
4. Rough areas on the surface of the tooth.
5. Bad breath.
6. Formation of various defects in hard dental tissue.
7. Finally, pain, which indicates the development of acute caries.

Treatment of this pathology depends on the stage of its development. So, with caries in the stain stage, it is enough to remineralize the enamel using special solutions and pastes. And if the destruction of hard tissues has begun, then mechanical cleaning of the cavity, the use of drugs that stimulate the restoration of dentin, and the installation of a filling will be required.

How to distinguish hypoplasia from caries?

Hypoplasia appears immediately when the tooth erupts, and caries - after a while on the initially healthy, uniform color of the enamel. Hypoplasia is located in the region of the cutting edge or in the middle of the tooth crown, and caries is closer to the gum or at the junction of two adjacent teeth

With initial caries, chalky spots appear, they are located on the contact surfaces and in the cervical region. Such spots do not have clear boundaries, they can be pigmented, with a smooth, matte surface, and are stained with dyes. Over time, their gradual progression occurs, ultimately resulting in a defect in hard tissues and the formation of a cavity in the tooth.

Spots with enamel hypoplasia are multiple, they are localized over the entire tooth surface, white, with a shiny, smooth surface, clear boundaries, they are not stained with dyes. They appear immediately after teething.

In more severe forms of fluorosis, it is necessary to carry out differential diagnostics with various lesions of a non-carious and carious nature: a wedge-shaped

defect, medium and superficial caries, erosions, etc.

## ANALYSIS OF THE MICROBIAL PROFILE IN CHILDREN WITH GINGIVITIS

Mamanazarov A.N., Patkhiddinov J.Sh.

Tashkent State Dental Institute

It is known that gingivitis is accompanied by inflammation of the gum mucosa, which becomes easily vulnerable and bleeding.

With further progression of the disease, teeth mobility and loss occur. Gingivitis is catarrhal, hypertrophic, ulcerative and mixed. Quite often, gingivitis is only a sign of periodontitis or periodontal disease.

**The purpose of the research-** characterization of the microbial profile of saliva (MPS) in children with chronic catarrhal gingivitis (CCG).

**Material and methods of research.** MPS was studied in 36 children with CCG aged 9 to 18 years. The representative control group consisted of 16 healthy children of the same age who did not have pathology from the dental organs.

To study MPS, the contents of the swabs were thoroughly suspended in test tubes in Schedler's broth, then plated in sectors on general and differential diagnostic nutrient media to isolate and identify aerobic and anaerobic bacteria.

**The results of the research.** Analysis of MPS data showed that in patients with HCG in culture, the total microbial contamination on average was  $7.14 \pm 0.33$  lg CFU / ml (in control  $5.84 \pm 0.21$  lg CFU/ml ( $p < 0.001$ )), and the overall seeding rate was 100% of cases. In this group, the number of streptococci, in particular *Str. pyogenes*, was  $5.92 \pm 0.19$  lg CFU/ml in 100% of children.

Contents *St. aureus* in saliva was  $6.60 \pm 0.36$  lg CFU/ml (in control -  $6.82 \pm 0.27$  lg CFU/ml), *Str. epidermidis*  $-2.25 \pm 0.44$  lg CFU/ml ( $p < 0.01$ ).

In the control group of 16 children, 12 (80%) had *St. aureus*, in 8 (53.3%) – *St. epidermidis*.

In the saliva of healthy children, fungi of the genus *Candida* were sown in 5 children (33.3%) and their number was  $1.18 \pm 0.30$  lg CFU/ml (in patients with CCG –  $2.7 \pm 0.16$  lg CFU/ml).

The study of MPS in patients with mild and moderate CCG revealed dysbiotic changes in saliva of varying degrees.

The data showed that in patients with CCG, there is a significant increase in the total microbial contamination in comparison with the data of the control group.

**Conclusions.** Revealed a peculiar spectrum of MPS in children with CCG, namely, a decrease in *Staphylococcus aureus* with a simultaneous increase in total microbial contamination and an increase in the number of *Candida* fungi. The data obtained will constitute a kind of benchmark for the targeted pathogenetic treatment of CCG in children.

**COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA JAG'  
OSTEONEKROZINING DIAGNOSTIKASI**

**Mamanazarov A.N.**  
[great4991@gmail.com](mailto:great4991@gmail.com)

Jag' Osteonekrozi (JON) ning differentsial diagnostikasi alveolyar ostit, sinusit, gingivit, periodontit, periapikal patoz kabi ilgari aniqlangan boshqa klinik sharoitlarni o'z ichiga oladi. Suyak yallig'lanishi va infeksiyasi odatda rivojlangan Jag' Osteonekrozli bemorlarda mavjud bo'lib, ular ikkilamchi hodisalar bo'lib ko'rinadi. Bifosfonatlar (BF) ning dozalari ortib borayotgan Beagle modelida nekroz hududlari dastlab infeksiya yoki mikrobial kolonizatsiya belgilarisiz hajmi va soni ortdi, ammo vaqt o'tishi bilan ochiq suyak va uning atrofidagi yumshoq to'qimalar ikkilamchi infeksiyaga aylandi, natijada osteomieliyaga o'xshash klinik ko'rinish paydo bo'ldi. Biroq, bu suyak namunalarning gistologik tahlillari o'tkir yoki surunkali osteomieliy tashxisini qo'yish uchun zarur bo'lgan mezonlarni kamdan-kam ko'rsatdi (odatiy gistologik topilmalar atrofida bakterial qoldiqlar va yallig'lanish hujayralari infiltratsiyasi bilan yashovchan bo'lmagan suyak hududlarini o'z ichiga oladi). Jag' Osteonekrozi bilan og'riq bemorlarning rezektsiya qilingan nekrotik suyagining fizik xususiyatlarini tahlil qilish ham Jag' Osteonekrozi uchun ishonchli biomarker bo'lib xizmat qiladigan o'ziga xos xususiyatlarni ko'rsata olmadi.

Bemor tarixi va klinik tekshiruv Jag' Osteonekrozi uchun eng sezgir diagnostika vositalari bo'lib qolmoqda. Og'iz bo'shlig'ida 8 hafta yoki undan ko'proq vaqt davomida to'g'ri terapiyaga javob bo'lmasa, suyakning ochiq klinik ko'rinishi Jag' Osteonekrozining izchil diagnostik belgisidir. Suyakning ochiq va nekrotik joylari uzoq haftalar, oylar va hatto yillar davomida asemptomatik bo'lib qolishi mumkin. Bu jarohatlar ko'pincha atrofdagi to'qimalarning yallig'lanishi bilan simptomatik bo'lib qoladi. Alomatlar va belgilari klinik jihatdan aniqlanadigan osteonekroz rivojlanishidan oldin paydo bo'lishi mumkin va ular og'riq, tishlarning harakatchanligi, shilliq qavatning shishishi, eritema, oshqozon yarasi, paresteziya yoki hatto uch shoxli nervning shoxlari sezuvchanligi yo'qolishini o'z ichiga oladi. Ba'zi bemorlarda simptomlar ham paydo bo'lishi mumkin. Ta'sirlangan joyda sezuvchanlikning o'zgarishi, chunki neyrovaskulyar to'plam atrofdagi yallig'lanishdan siqilib qolishi mumkin. Ko'pgina holatlar qatorida Jag' Osteonekrozi oldingi og'iz bo'shlig'ida jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan joylarda, xususan, olib tashlash joylarida sodir bo'lganligini tasvirlaydi. Onkologik bemorlarda ekzostozlar. Nekrotik mandibula yoki maksilla ikkilamchi infeksiyalanganida intraoral va ekstraoral oqmalar rivojlanishi mumkin. Og'iz-antral oqma bilan yoki bo'lmagan osteonekrozdan kelib chiqqan surunkali yuqori sinusit yuqori jag' suyagi tutilishi bo'lgan bemorlarda namoyon bo'lishi mumkin.

**RESPUBLIKAMIZDA SOG‘LIQNI SAQLASH BOSHQARUVCHILARI-  
MENEJERLARNI TAYYORLASH TIZIMI ISTIQBOLLARI**

**Mamatqulov B., Avezova G.S.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi

[avezovag@mail.ru](mailto:avezovag@mail.ru)

Respublikada sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish chora-tadbirlarini amalga oshirish doirasida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatishning zamonaviy tizimini shakllantirish borasida muayyan natijalarga erishilmoqda. O‘tgan davrda qishloq vrachlik punktlari, shahar va qishloq oilaviy poliklinikalarini tashkil etish orqali birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini ko‘rsatish tizimi takomillashtirildi hamda aholining ushbu xizmatlardan foydalanish imkoniyatlari kengaytirildi. Shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatishning yagona markazlashgan tizimi yaratildi, fuqarolarga, jumladan, joylarda yuqori texnologiyalarga asoslangan tibbiy yordam ko‘rsatuvchi respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari tarmog‘i takomillashtirilmoqda. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha qator maqsadli milliy dasturlar amalga oshirildi. Bolalarning irsiy va tug‘ma kasalliklar bilan tug‘ilishining oldini olish maqsadida respublika va hududiy skrining markazlari tashkil etildi.

Shu bilan birga, sog‘liqni saqlash sohasi faoliyatini tashkil etishda so‘nggi yillarda to‘planib qolgan tizimli kamchilik va muammolar fuqarolarning sog‘lig‘ini muhofaza qilish tizimini yanada takomillashtirishga qaratilgan vazifalarni samarali hal etishga to‘sqinlik qilmoqda. Xususan: sog‘liqni saqlash tizimini boshqarish va rejalashtirish bo‘yicha konsepsiya hamda strategik maqsadlarning mavjud emasligi oqibatida ushbu sohadagi islohotlar to‘liq bo‘lmagan shaklda amalga oshirilmoqda, bu esa aholining tibbiy yordam sifatiga doir istak va talablariga javob bermayapti; amaldagi kadrlar siyosati tibbiy yordam ko‘rsatishning barcha darajalarida, ayniqsa, birlamchi bo‘g‘inda mutaxassislar bilan ta‘minlashning, shuningdek, sog‘liqni saqlash tizimi tashkilotchilari va boshqaruv xodimlarini tayyorlashning istiqbollarini prognozlashtirish imkonini bermayapti. Shu maqsadda ushbu vazifalarni yechimi sifatida bir necha normativ –huquqiy hujjatlar qabul qilindi:

✓ O‘zR Prezidentining 2019 yil 7 dekabrda “O‘zbekiston respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PF-5590-sonli Farmoni;

✓ O‘zR Prezidentining 2020 yil 12 noyabrda “Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-6110-sonli Farmoni;

✓ O‘zR Prezidentining 2020 yil 12 noyabrda “Sog‘liqni saqlash tizimini tashkil etishning yangi modeli va davlat tibbiy sug‘urtasi mexanizmlarini Sirdaryo viloyatida joriy etish chora-tadbirlari to‘g‘risida” gi PQ-4890-sonli qarori;

✓ O‘zR Prezidentining 2021 yil 23 fevraldagi “Sog‘liqni saqlash sohasida raqamlashtirish ishlarini samarali tashkil etish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-5000-sonli qarori.

Sog‘liqni saqlash tizimini rajalashtirish, ishini tashkil etish, tizimdagi kadrlar siyosati, ularni nazorat qilish, bir so‘shz bilan aytganda sog‘liqni saqlash tizimining sifati va samaradorligi ko‘p jihatdan shu soha tashkilotchi va boshqaruvchi xodimlariga bog‘liq. Shu munosabat bilan ushbu sohaga boshqaruvchi kadrlarni - menejerlarni tayyorlash muhim vazifalardan biridir. Tizimdagi boshqaruvchi kadrlar tayyorlash masalasini hal qilish maqsadida Toshkent tibbiyot akademiyasida 2021-2022 o‘quv yilidan Menejment: Sog‘liqni saqlash menejmenti bakalavriat ta‘lim yo‘nalishi ochildi (4 yil) va unda 150 ta talabalar tahsil olmoqda.

Bundan tashqari, Jamoat sog‘lig‘ini maktabida 2 ta yo‘nalishdagi boshqaruvchi kadrlarni tayyorshaga yo‘naltirilgan magistratura mutaxassisligi bo‘lib, ular shifokor boshqaruvchi-menejerlarni tayyorlash uchun “Sog‘liqni saqlashni boshqarish va jamoa sog‘lig‘ini saqlash” va o‘rta tibbiyot xodimlarini boshqaruvchi-menejerlar tayyorlash uchun “Oliy hamshiralik ishi” magistratura mutaxassiligidir. Oxirgi 10 yil davomida (2005-2021 yillar) JSSM magistratura mutaxassisliklarini 188 nafar talabalar bitirib, ulardan “Sog‘liqni saqlashni boshqarish va jamoa sog‘lig‘ini saqlash” yo‘nalishi bo‘yicha 90 nafar mutaxassis, “Oliy hamshiralik ishi” yo‘nalishi bo‘yicha esa 104 nafar mutaxassislar bitirib, dunyoning Xalqaro tashkilotlari (World Health Organization Regional Office for Europe, Quality Improvement Family Health International, Washington D.C. USA) hamda Respublikamiz sog‘liqni saqlash tizimi muassasalari (Respublika sog‘liqni saqlash vazirligi, “Salomatlik-3” proektini amalga oshirish markaziy byurosi, Respublika salomatlik va tibbiy statistika instituti va uning filiallari, Viloyat, shahar sog‘liqni saqlash boshqarmalari, Tuman tibbiyot birlashmalari, Davlat sanitariya epidemiologiya nazorati markazlari, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari, tibbiyot kollejlar)da o‘z faoliyatlarini olib bormoqdalar.

JSSMning qo‘shimcha dasturlari asosida Respublika tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining professor-o‘qituvchilari, sog‘liqni saqlashning birlamchi bo‘g‘inining umumiy amaliyot shifokorlari, menejerlari, sog‘liqni saqlash muassasalarining raxbarlari quyidagi fanlar bo‘yicha malakalarini oshiradi va ularga belgilangan tartibda sertifikatlar beriladi: Dalillarga asoslangan tibbiyot; Sog‘liqni saqlashda menejment; Tibbiy yordam sifatini oshirish; Tibbiy sug‘urta asoslari; Sog‘liqni saqlash iqtisodiyoti va moliyalashtirish.

2021 yil Jamoat sog‘lig‘ini saqlash va sog‘liqni saqlashni boshqarish (Master of Public Health (MPH) and Master of Health Administration (MHA)) magistratura mutaxassisligining dasturi Yevropa jamoat sog‘lig‘ini saqlash agentligi APHEA (Agency for Public Health Education Accreditation) akkreditatsiyasidan ilk bor o‘tkazildi. Hozirgi kunda ushbu magistratura mutaxassisligiga xorijiy talabalar qabul qilish va ularni o‘qitish masalalari ko‘rib chiqilmoqda.

2022-2023 o‘quv yilidan Jamoat sog‘lig‘ini saqlash maktabida 1. “Sog‘liqni saqlashda menejment” 2. “Tibbiy sug‘urta ishi Magistratura mutaxassiliklarini ochish rejalashtirilmoqda. Bundan tashqari sog‘liqni saqlash amaliyoti rahbar xodimlari malakasini oshirish va qayta tayyorlash maqsadida Sog‘liqni saqlash menejmenti markazi hamda, Davlat tibbiy sug‘urta xizmati va fondida faoliyat olib borayotgan xodimlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash maqsadida Tibbiy sug‘urta markazini ochish rejalashtirilgan.

Halqaro hamkorlik doirasida “Sog‘liqni saqlash menejmenti” magistratura mutaxassisligi bo‘yicha JAMK (Finlandiya), Vestminster, moliya va iqtisodiyot Universitetlari bilan hamkorlikda qo‘shma dasturlar ochish rejalashtirilgan.

Jamoat sog‘lig‘ini saqlash maktabi professor-o‘qituvchilari, doktorantlar, mustaqil izlanuvchilar tomonidan quyidagi yo‘nalishlarda ilmiy ishlar bajarilgan.

✓ Bolalar salomatligi shakllanishining tibbiy-ijtimoiy qirralari va ularga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordamni takomillashtirish

✓ O‘zbekiston Respublikasida yolg‘iz qariyalar va nogironlarning salomatligi, xayot sifati va ularga ko‘rsatilayotgan tibbiy-ijtimoiy yordamni takomillashtirish

✓ O‘zbekistonda tibbiy patronaj xizmatini takomillashtirish uning sifati va samaradorligini oshirish

Hamda quyida keltirilgan yo‘nalishlarda ilmiy ishlar bajarilishi rejalashtirilgan.

✓ Birlamchi tibbiy sanitariya yordami (BTSYo) muassasalari boshqaruv tizimni takomillashtirish

✓ Sog‘liqni saqlash menejmenti –boshqaruv tizimini zamon talablariga mos xolda transformatsiya qilish

✓ Tibbiy sug‘urta mexanizmlari va uning boshqaruv tizimni takomillashtirish

✓ Sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish tizimining samaradorligini oshirish hamda raqamli tibbiyotni bosqichma –bosqich joriy etish

Respublikada sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish chora-tadbirlarini amalga oshirish maqsadida Toshkent tibbiyot akademiyasidagi sog‘liqni saqlash tizimiga boshqaruvchi kadrlarni tayyorlash borasidagi ishlar sog‘liqni saqlash sohasini rivojlantirishga, sohaga zamonaviy boshqaruv tamoyillarini joriy etish, tibbiy yordam ko‘rsatishning zamonaviy tizimini shakllantirishga qaratilganligini ko‘rsatadi.

## **BURNOUT OF MEDICAL NURSES WORKING IN THE DENTAL FIELD**

**Marufi F.A., Ruzieva S.Yu.**

Tashkent State Dental Institute

[sohibaruziyeva@gmail.com](mailto:sohibaruziyeva@gmail.com)

**Relevance.** A burnout as an indicator of mental adaptation of the specialist at professional workplace is considered. Early detection and prevention of a burnout contribute to optimization of a working activity, on the load bearing and gives the increase in quality of the qualified medical aid. The group of nurses, working in the conditions of dental institutions, is distinguished among medical profile. The work of nurses is an occupational hazard, eating disorders, increased working hours and responsibility for office communication with patients and their relatives. For nurses emotional burnout is especially significant, because any disease requires stressful situation. The sphere of nurses' activity is maximally saturated with stress factors, the effect of which is intensified as a result of increased functional load on professional activity. The problem is that the researcher distinguishes different personal characteristics of nurses aimed at estimating the manifestation of burnout syndrome

of professional activity in the workplace. In addition, it is important to establish the relationship between a set of psychological characteristics of nurses and the duration of work in this profile.

**Objective** - to identify and prove psychological features of the development of emotional burnout syndrome in nurses working in a dental institution.

**Research objectives.**

1. To identify the presence and degree of psycho-emotional and professional burnout syndrome in dental nurses.
2. Determine nurses' performance indicators and their correlation with emotional burnout syndrome.

**Materials and methods of research.** Specialists with nursing education working as a nurse in the dental field.

The research methods used were a questionnaire, an interview, and mathematical and statistical data processing. Thirty-five nurses participated in the questionnaire. Aged between 18 and 70 years, of whom 100% were women. All respondents have secondary medical education and work in the position of "general nurse". The work experience in the specialty ranges from 1 to 40 years.

**The results of the research.** The questionnaire revealed the level of burnout syndrome expression, strategies of working behaviour, personal characteristics of nurses, as well as the indicator of burnout is a profile built on three independent variables of burnout, which are reflected in the questionnaire. It was studied and analysed in 2020-2021 on the basis of the multidisciplinary TMA clinic. In the course of the study the features of the structure and development of psycho-emotional burnout syndrome typical for the group of nurses working in dental polyclinics were studied, and it was revealed that development of burnout syndrome starts and manifests itself most often with depersonalization subfactor. The dynamics of a burnout syndrome depending on the duration of professional activity was revealed to a greater extent than the age of the respondents, that testifies to the fact that burnout syndrome development in nurses is caused by the work specifics and has its characteristic differences in this professional group. High psychological stress leads to emotional burnout. The development of a burnout syndrome affects the structure of professional and organizational commitment, which contributes to a decrease in job satisfaction and performance of nurses. Nervous system exhaustion is quite a common problem, more often appearing in nurses.

**Conclusion.** Specific questionnaires have been administered, in which the nurses have been interviewed according to a specially designed programme.

Analyses and studies have shown that the level of development of psycho-emotional state among nurses is in direct relation to the degree of dissatisfaction with working conditions and content, does not calculate their strength, which results in exhaustion of the body. Besides, a number of subjective factors (value-motivational and emotional) influences activity of medical workers, such as getting high results in work, moral satisfaction, recommendation for work improvement and professional growth in work. According to the research results, 30% of nurses have psychological determinants of burnout syndrome development. The level of burnout syndrome

development is medium in 15% and high in 10% of the nurses surveyed. The leading role in its development is played by the symptom of "depersonalization". High quality of nursing work is ensured when four work factors are present: human, organizational, technical and time factors. The work of nurses is largely undervalued, otherwise it is considered not to be a high-paying profession.

**THE EFFECTIVENESS OF AN INDIVIDUAL SPLINT-MOUTHGUARD  
IN THE TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS  
WITH TYPE II DIABETES**

**Mirkhusanova R.S., Dadabayeva M.U., Khikmatullokhonova M.I.**  
Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** In type II diabetes, chronic infection, microangiopathy, waste products of periodontopathogenic microflora, systemic immunosuppression, lead to increased destruction of periodontal tissues. The treatment of periodontitis requires an individual integrated approach in the selection of therapeutic measures and the participation of specialists of various profiles in this process. Orthopedic treatment due to temporary splinting allows you to redistribute stresses, which helps to reduce periodontal overload and thereby eliminates traumatic occlusion, normalizes the direction of the load, prevents secondary displacement of teeth and increases the effect of therapeutic treatment. In the process of choosing a design, the reserve forces of the periodontal should be taken into account, without which it is impossible to adequately distribute the masticatory pressure in the dentition.

**The purpose of the research** - analysis of the effectiveness of an individual splint-mouthguard in the treatment of periodontitis in patients with type II diabetes.

**Materials and methods of research.** 15 patients with chronic generalized periodontitis of moderate severity with type II diabetes were examined and treated. The age of the patients ranged from 38 to 65 years, the duration of the diabetic status was from 4 to 30 years.

The anamnesis was collected, the subjective feelings of the subjects were studied, the dental status, the assessment of the presence of a periodontal pocket, the state of hygiene and periodontal tissues (Green-Vermillion and PMA indices) were assessed. Tooth mobility was assessed on the Miller scale (modified by Fleszar T.J.) and by periostometry, bleeding was assessed on the Mulleman–Cowell scale. The level of glycemia was determined by a noninvasive method: a drop of blood was obtained by probing the dental sulcus with a sterile button probe. A drop of blood was applied to a test strip (a Satellite Express glucose meter was used). Restoration of dentoalveolar attachment was assessed by the dynamics of changes in the magnitude of the loss of dentoalveolar attachment and the depth of the periodontal pocket. Root resorption, periodontal fissure expansion, tartar presence, alveolar bone change were analyzed by OPTG.

Complex treatment included sanitation of the oral cavity, removal of dental deposits, local antibacterial, anti-inflammatory therapy, the appointment of desensitizing and restorative agents. The treatment was carried out with strict control

of blood glucose levels. According to the testimony, selective grinding was carried out according to Jenkelson. After taking anatomical casts with alginate mass, studying diagnostic models of the jaws, determining the boundaries of the structure, an individual splint-kappa from bioplast was made for patients on a Mini Star device, with an overlap of the gingival margin by 2 mm. The mouth guard was also used to administer drugs for local therapeutic treatment. The patients were trained in oral hygiene and mouth guard care. Evaluation of treatment results was carried out 3 and 6 months after the start of treatment. Statistical analysis was carried out using the software package Stat Soft Statistica v6.0.

**The results and discussion of the research.** After clinical examination of patients before the start of complex treatment, the following data were obtained: glycemia 7.5-12.2 mmol/L; Green-Vermillion index  $2.88 \pm 0.36$ ; PMA index  $51 \pm 1.2\%$ ; bleeding index on the Mulleman-Cowell scale –  $2.37 \pm 0.11$ ; tooth mobility on the Miller scale  $1.86 \pm 0.07$ ; periostometry –  $22.85 \pm 1.89$ ; the depth of periodontal pockets on average –  $5.69 \pm 0.17$  mm, gum recession –  $3.11 \pm 0.07$  mm. Signs of periodontal inflammation were revealed: hyperemia, swelling of the papillae of the gum, cyanosis of the marginal and alveolar part of the gum, bleeding and pain when touched with a probe; 6 (30%) people had exudate from periodontal pockets.

After preliminary treatment, a significant improvement in clinical indicators was noted. Positive dynamics and relief of the inflammatory reaction were also observed after fixation of the individual splint-mouth guard. The disappearance of swelling and bleeding of the gingival papillae was observed already on the 3rd day of therapy and wearing a splinting structure; the feeling of itching and pain in the gum disappeared by the 2nd day. The subjects noted that it was convenient for them to maintain optimal oral hygiene.

At the 6th month of treatment, the Green-Vermillion index was  $1.14 \pm 0.05$ , which is 60.4% lower than the baseline. The PMA index after treatment was  $10 \pm 0.5$  (80.4%); the bleeding index on the Mulleman-Cowell scale was  $0.91 \pm 0.08$  (61.6%); tooth mobility on the Miller scale (modified by Fleszar T.J.) –  $0,51 \pm 0,08$  (72,6%); periostometry values –  $4.35 \pm 0.25$  (81%); the depth of periodontal pockets averaged  $4.57 \pm 0.14$  mm (6%), gum recession –  $2.17 \pm 0.07$  mm (2%).

**Conclusion.** The results of the studies have shown that the use of an individual splint-mouthguard to stabilize the dentition in the treatment of periodontitis in patients with type II diabetes gives positive results and is convenient for local administration of medications and maintenance of optimal oral hygiene. This design does not require the preparation of hard dental tissues, unlike systems for adhesive splinting. In some cases, it is possible to correct occlusal relationships by combining mouthguards with occlusal overlays. It should also be noted that monitoring and stable maintenance of blood glucose levels is one of the key factors determining the effectiveness of the comprehensive treatment of periodontal diseases in patients with type II diabetes.

**ESHITISH A'ZOLARIGA TELEFONNING ZARARI**

**Mirzanozimov E.N., Rasulova D.R., Xodjayeva D.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Hozirgi kunda mobil telefonlari inson faoliyati uchun ko'plab qulayliklar yaratmoqda. Lekin shuni bilib olishimiz kerakki, foydali deb bilgan yordamchilarimizning inson organizmiga ko'plab zararli ta'sirlari mavjuddir. Ayni damda biz telefonning va uning qo'shimcha qurilmalarini eshitish a'zolariga ziyoni haqida tanishamiz.

Inson organizmi 16 Hz dan 20000 Hz gacha bo'lgan chastotadagi tovushlarni eshita oladi. 16 Hz dan past tebranishli infratovush va 20000 Hz dan yuqori bo'lgan tebranishli ultratovushlarni inson organizmi eshita olmaydi. Hozirgi kunga kelib shahar shovqinlari va turli xil quloqchilarda qo'shiq eshitish natijasida inson eshitish organlari eshitish qobiliyatining pasayishiga olib kelmoqda. Shaharlardagi yirik ko'chalarda tovush 100 dB ga yetishi va undan ham oshishi mumkin. Shuni aytib o'tish lozimki, inson 30-50 dB o'rtasidagi tovushlarni eshitishi kerak bo'ladi. Odam qulog'ining 30 dB darajadagi tovushni qabul qilishi odatiy holdir. Texnologik uskunalarning ishlashi, qichqiriqlar, 80 dB dan yuqori bo'lgan avtomobil shovqinlari eshitish organlari uchun zararli hisoblanadi. Ushbu daraja metrodagi shovqinga mos keladi. Minigarnituralar to'g'ridan-to'g'ri 120 dB gacha chiqadi, bu 50 metr masofada o'lchangan samolyotning reaktiv dvigatelining balandligiga mos keladi. Inson uchun ruxsat etilgan yuqori shovqin darajasi 75-80 dB ni tashkil etadi. Olimlar baland musiqa tinglash uchun aksesuarlardan foydalanish to'liq eshitish qobiliyatini yo'qotishiga olib kelishini isbotladilar. Zamonaviy o'smirlar gadjetlarni aynan shu maqsadda ishlatishadi, buning oqibatlarini qanday bo'lishini o'ylamaydilar. Vakuimli asboblarni silikon yoki kauchuk muhr bilan mahkamlash orqali foydalanuvchi o'zini tashqi tovushlardan ajratib turadi. To'g'ridan-to'g'ri quloq pardasiga uzatiladigan to'lqinlarning tebranishlari eshitish organiga juda katta zarar yetkazadi. Mutaxassislar fikriga ko'ra, bunday minigarnituralardan 5 yildan ortiq vaqt davomida foydalanishda patologik og'riqli jarayonlar qaytarilmas bo'lib, eshitish qobiliyatini pasayishiga olib keladi, shuning uchun bunday aksesuarlar eng xavfli hisoblanadi. Mobil telefonlar cho'ntagimizdagi kichik mikroto'lqinli pechga o'xshatsak bo'ladi. Undandan chiqadigan nurlar birinchi navbatda eshitish a'zolari va bosh miyaning qobig'iga, so'ngra hayot uchun muhim bo'lgan yurak, o'pka va jinsiy organlarga sal'biy ta'sir ko'rsatadi.

Gaplashish chog'ida mobil telefon quvvati 1 Vt ga yetishi mumkin. Biroq, nurlanishning bir qismigina odamga yetib boradi, u ham organizmga deyarli ta'sir qilmaydi. To'lqinlar energiyasining kichik qismi odamga singib, issiqlikka aylanadi. Bunday zaif issiqlik ta'sirini aniqlash mumkin emas, organizmga zarari to'g'risida esa, gapirmasa ham bo'ladi. Zamonaviy quloqchilardagi moslamalar quloq yo'lida vakuum hosil qiladi va tashqi muhitdan ayrim tovushlar kirishini to'sib qo'yadi. Bu ba'zi bir qulayliklar keltirib chiqarishi bilan birga ko'p shunday qo'shiq eshitish natijasida eshitish a'zolari va bosh miyada turli xil og'riqlarning bo'lib turishiga olib kelishi mumkin.

Xulosa o'rnida shuni ta'kidlashimiz joizki, har qanday jihozdan faqat va faqat kerakli maqsadlardagina foydalanish joizdir. Mobil telefonning asosiy vazifasi uzoqni yaqin qilish uchun aloqa olib borishdir. Undagi boshqa funksiyalar, masalan musiqa eshitish, kalkulyatordan foydalanish, kitob o'qish, rasmga olish va rasmlarni ko'rish va bir qator shunday funksiyalridan imkon qadar ko'p foydalanmaslik maqsadga muvofiqdir.

**LABORATORY SURFACE STUDY OF THE DENTAL IMPLANT  
"IMPLANT.UZ"**

**Mun T.O., Khabilov N. L., Usmonov F. K.**

Tashkent state dental institute

[mun.tatyana@gmail.com](mailto:mun.tatyana@gmail.com)

**Actuality.** In the last decade, surgical aspects of restoration of teeth and dentition by dental implantation were solved quite well, however, fixed prosthetics based on dental implants were successful which depends on the design of the implant, has a number of features and remains incomplete spent. Important issues are the convenience of the dental implant system in work and method of isolating the interface implant and suprastructure from impact aggressive environment and microbiological factors in the oral cavity.

Implants are presented in two stages systems, which implies the presence of several elements in the finished structure, namely: implant, abutment, fixing screw (all three elements in total constitute the so-called interface). The complexity of the design creates the prerequisites to microbial contamination of the internal structures of the implant during clinical use, which, in turn, can lead to infectious and inflammatory processes in the area of the implants. In this regard, the main a requirement for the interface is its tightness, since the prerequisites for microbial aggressiveness are created in the oral cavity. The tightness of the interface ensures a reliable barrier for the penetration of microorganisms into the implant, and even if they are fall, the development of secondary infection completely excluded. This, in turn, reduces the risk of developing inflammatory diseases associated with the presence of orthopedic implant-supported structures in the cavity mouth.

Breaking of the tightness of the connection abutment - the implant leads to the mobility of the fixed prosthetic (single artificial crown, bridge), which in turn causes inadequate pressure on the implant, and mechanical injury to the gingival margin around implant.

**The purpose of the research** - to study of the surface of the implant "Implant.uz" in laboratory.

**Material and methods of research.** The tightness of the construction of the implant was studied during exogenous infection in vitro. As test strains for in vitro experiments used cultures of acid-forming microorganisms: St. aureus, Str. pyogenesa and suspension these cultures.

The assembled sterile implant was placed in 3 tubes: 1 tube - meat-peptone broth containing only St. aureus, 2 tubes - meat-peptone broth contained only Str.

pyogenes, 3 tubes - meat-peptone broth containing a bacterial suspension these two microorganisms. After 3 After daily incubation, implants from meat-peptone broth were placed for 45 minutes in 6% hydrogen peroxide solution for decontamination. Then the implants were washed 5 times with sterile saline. Rinsing was carried out by immersing the test samples in 10 ml of physiological solution. For the cultivation of a wide range of microorganisms, the disassembled washed implants were dipped in sterile sugar broth and incubated in a thermostat at 37 ° C 48 hours. At the end of the incubation period, the sugar broth was inoculated onto blood agar. The dishes were incubated at 37 ° C for 72 hours. At the end of the incubation period, the growth of microorganisms was recorded. 3 series of studies were carried out, each experience.

**The results of the research.** At the end of the incubation period, the growth of microorganisms was not registered. Composite parts of the construction of a domestic dental implant made of titanium after contamination with staphylococci, streptococci and a mixed culture of these bacteria turned out to be sterile, which indicates the tightness of the structure implant.

**Conclusion.** Research to study of tightness of the dental implant with exogenous infection in vitro test strains found the absence of growth of microorganisms, which indicates about an exact fit at the articulation points implant, abutment and retaining screw.

## PREVIOUS DENTAL STATUS OF INDIVIDUALS WITH COVID-19

Mun T.O., Ibraximova K.A., Rabiyev B.H.

Tashkent state dental institute

[www.ibrakhimova98@inbox.ru](mailto:www.ibrakhimova98@inbox.ru)

**Introduction.** The oral cavity plays a critical role in the spread of acute respiratory infections, including COVID-19. The incidence of COVID-19 infection caused by the SARS-CoV-2 virus is currently one of the most urgent problems of modern medicine throughout the world. It should be noted that the foci of chronic odontogenic infection in the oral cavity, which are factors of sensitization of the human body and affect the state of the immune system, as well as the level of hygiene, can determine both the severity of the clinical course of COVID-19 and the severity of the immune response, as well as determine the activity of viral particles in the oral fluid, which reduces or increases the risk of infection. In studies conducted by scientists, it has been proven that the SARS-CoV-2 virus that causes COVID-19 can be detected in the oral fluid before, during and after the acute clinical stage of the disease and even in asymptomatic cases, which definitely proves its replication in oral cavity, the tissues of which express the ACE-2 receptor, with the help of which SARS-CoV-2 penetrates into the epithelial cells of the salivary ducts, which can become the first targets of infection.

**The purpose of the research** - to investigate the dental status of people who subsequently fell ill with COVID-19.

**Material and methods of research.** An analysis was made of 20 outpatient dental records of patients who subsequently fell ill with COVID-19, caused by the

SARS-CoV2 virus for the period March-April 2021. Criteria for inclusion in the study group - the presence of the SARS-CoV2 virus in the study group, confirmed by PCR, age over 18 years. The obtained data were subjected to statistical processing, the distribution of the trait was found to be different from normal, non-parametric methods of statistical analysis were used.

**The results of the research.** The age of patients in the study group ranged from 29 to 80 years, the average age was 56.0 (37.0-61.0). Women were 60.0% (12), men - 40.0% (8). In the study group, multiple foci of chronic odontogenic infection (MFCHOI) were detected in 80.0% (16) of individuals, the number of foci ranged from 2 to 28. The average number of identified foci of MFCHOI was 7.0 (5.0-12.0). The average number of detected facts of caries in individuals of this group was determined to be 2.0 (2.0-5.0), the average number of periodontitis (endodontically treated and/or extracted teeth) was 6.0 (3.0-11.0). This fact indicates that infectious and inflammatory processes in bone tissue and periodontium prevailed over carious lesions of hard dental tissues. It has been proven that chronic foci of infection are a sensitization factor and reduce the body's immunological defense. The average value of the KPU index was 15.0 (7.0-23.0), which corresponds to the average level of caries intensity (CIC). It should also be noted that 50% (10) tested group of individuals had a history of acute odontogenic periostitis of the jaws, 35.0% (7) tested group of individuals had a history of stomatitis and gingivitis, which is consistent with the data.

**Conclusions.** In patients with COVID 19, according to the results of the analysis of the dental status, multiple foci of chronic odontogenic infection were identified with a predominance of lesions of bone tissue and periodontium; mild periodontal disease and a satisfactory level of oral hygiene.

## **JAG'LARNING O'TKIR ODONTOGEN OSTITINI DAVOLASH VA ASORATLARINI OLDINI OLISHNI QIYOSIY BAHOLASH**

**Muqimov O.A., Xalmanov B.A., Muqimov U.T.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

**Mavzuning dolzarbligi.** Shifokor amaliyotida jag'larning o'tkir odontogen ostiti muammosining dolzarbligi ushbu patologiyaning keng tarqalishi, davolanish kursining og'irligi, qaytalanish tendentsiyasi va ushbu kasallikning asoratlarining yuqori chastotasi bilan bog'liq. Jag'larning o'tkir odontogen ostitini davolash uchun ko'plab usullar va vositalar taklif qilingan, ammo ularning samaradorligi yetarli darajada yuqori emas.

Yiringli yaralarda immunitet buzilishining rolini o'rganishga ko'plab tadqiqotlar bag'ishlangan, ammo jag'lar odontogen ostitining takroriy qaytalanishi sabablari va xususiyatlari yetarlicha o'rganilmagan. Klinik amaliyotga mahalliy va umumiy jarrohlik yordami, antibakterial preparatlar va kimyoterapevtik vositalarni qo'llash, dezintoksikatsiyalovchi va korrekktiv terapiya, qo'shimcha kasalliklarni davolash, zamonaviy fizioterapevtik vositalar kabi davolash usullari keng joriy etilayotganiga qaramay yuz-jag' sohasining yallig'lanish kasalliklari inson

salomatligi va hayotiga xavf solishi davom etmoqda. Bundan tashqari, yuz-jag' sohasidagi o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklari kechishining klinik ko'rinishining o'zgarishi, sepsis, mediastenit, bosh miya absessi, yuz venalarining va kavernoziy sinus tromboflebiti, bakterial shok kabi asoratlar sonining ko'payishi kuzatiladi. Bu mikrofloraning virulentligining o'zgarishi, mikroorganizmlarning antibiotiklarga chidamli va antibiotiklarga bog'liq bo'lgan shtammlarining paydo bo'lishi, immunitetning tushishi yiringli-yallig'lanish kasalliklarini antibakterial davolashda oshqozon-ichak trakti disbiozi fonida kuchayishi bilan birga keladi, bu kasallikning borishini murakkablashtiradi va bemorlarni davolashni qiyinlashtiradi.

Mavjud diagnostika usullari, shu jumladan klinik, har doim ham patologik jarayonni yetarli darajada kuzatishga imkon bermaydi, bu esa shifokorga bemorning davolanishini o'z vaqtida, samarali tuzatish imkonini bermaydi. Bu mikrobiologik, laborator diagnostika usullariga tegishlidir.

Yuz-jag' sohasidagi yiringli-yallig'lanish jarayonlari va ularning klinik laboratoriya ko'rinishlaridagi ushbu qonuniyatlar mavjud davolash va diagnostika usullarini takomillashtirish zarurligini ko'rsatadi. Bu yallig'lanish patogenezi turli bo'g'inlarga ta'sir qiluvchi va kasallikning borishini bashorat qilishni ta'minlaydigan yangi samarali davolash vositalarini izlab topishni talab qiladi.

Jag'larning o'tkir odontogen ostitini kompleks davolashda jarrohlik aralashuvi muhim bosqichdir. So'nggi yillarda tibbiyotda katta qiziqish antiseptik vositalarga berilyapti. Mirastimin keng spektrli antiseptik hisoblanadi.

Jag'larning o'tkir odontogen ostitini davolashda Mirastimin antiseptik vositasi ishlatilmagan, shuning uchun jag'lar ostitini kompleks davolashda ushbu preparatni qo'llash samaradorligini o'rganish dolzarb va zamonaviy hisoblanadi.

**Tadqiqot maqsadi** - jag'larning odontogen ostitini kompleks davolashda Mirastimin preparatlarini qo'llash samaradorligini asoslash.

**Tadqiqot vazifalari.** Yiringli o'chog'ni ochgandan so'ng Mirastimin antiseptikidan foydalangan holda mikrobiologik tadqiqotlarning qiyosiy tahlilini o'tkazish.

**Tadqiqot material va usullari.** TDSI Jarrohlik stomatologiyasi poliklinikasida 18 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 40 nafar bemor jag'lar o'tkir yiringli ostitini ochishdan oldin va keyin tekshirildi. I guruh - an'anaviy davolash usuli (n=20); II guruh - antiseptik Mirastimin qo'llash bilan (n=20); klinik va mikrobiologik (mikroorganizmlarning kultural-biologik xususiyatlarini o'rganish bilan umumiy qabul qilingan bakteriologik usul).

**Tadqiqot natijalari.** Jag'larning o'tkir odontogen yiringli ostiti bor bemorlarda jarrohlik amaliyotidan so'ng Mirastimin preparatini qo'llashdan oldin va keyingi mikroflora holati o'rganildi.

Tadqiqot davomida o'tkir odontogen yiringli ostit bo'lgan bemorlarda davolanishgacha bo'lgan holatda, yaralarni mikrobiologik tekshirilganda streptokokklar va stafilokokklarning barcha turi mavjudligini ko'rsatdi. An'anaviy davolash usuli qo'llanilgan nazorat guruhida davolanishdan so'ng, hatto 6-8 kun ichida yaraning mikrobiologik holatida o'zgarishlar kuzatilmadi, bu mikroblarning qo'llaniladigan terapiyaga yuqori chidamliligini va an'anaviy davolash kursining past

samaradorligi ko'rsatadi. Nazorat guruhida bo'lgani kabi, davolashdan oldin yaraning mikrobiologik holati, mikroblarning o'ziga xosligi va ularning virulentligi bo'yicha farq qilmadi, ammo asosiy guruhda operatsiyadan keyingi 3-4 kunda, davolashdan so'ng yiringli yaraning sezilarli yaxshilanishi kuzatildi, bu klinik jihatdan bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishida namoyon bo'ldi. Yaraning mikrobiologik holati 3-4 kun ichida normal holatga qaytdi, stafilokokklar va streptokokklar soni va virulentligi sezilarli darajada kamaydi, bu Mirastiminning yuqori samaradorligini ko'rsatadi. Mirastimin preparatini jag'larning odontogen ostiti bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda qo'llash qo'llaniladigan antibiotiklar sonining kamayishiga olib keladi.

**Xulosa.** Shunday qilib, jag'lar odontogen ostiti bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda Mirastimin antiseptik preparatini qo'llash gramm-musbat va gramm-manfiy mikroorganizmlarga bakteriotsid, yallig'lanishga qarshi ta'sirga, hamda patogen zamburug'larga fungitsid ta'sir ko'rsatadigan va o'tkaziladigan davolash muolajalarining effektivligini oshiradi.

### **EFFICIENCY PREVENTION OF DENTAL CARIES IN CHILDREN OF JUNIOR SCHOOL AGE**

**Murtazaev S.S., Mirsalikhova F.L., Burkhanova A.A.**

Tashkent State Dental Institute

[aziza.abduganiyevna@mail.ru](mailto:aziza.abduganiyevna@mail.ru)

The high prevalence and intensity of dental caries, especially among children, remains an urgent problem in dentistry. The questions of the features of the treatment of dental caries in children remain relevant. The awareness of parents about the timing of the eruption of permanent teeth in children and especially the first permanent molars (PPM) is rather low. Currently, there are many works on the prevention of caries. Despite the fact that a lot of positive experience has been accumulated in the implementation of preventive measures, the level of dental morbidity, according to WHO, is not decreasing. Studies have established that the most effective methods of primary prevention of dental caries are methods that increase the mineralization of hard tissues, increasing their density. It was revealed that the incidence of destructive changes increases with the eruption of the first permanent molars and, with an equal height of the crowns of the first permanent molars and second temporary molars, is 38%.

Optimization of the prevention of caries in permanent teeth in children of primary school age through a set of measures based on the results of assessing their dental and behavioral status.

To solve the tasks set, a dental examination, therapeutic and preventive measures and dynamic observation of 45 children were carried out, of which 15 children were 6 years old, 11 children were 7 years old, and 6 children were 8 years old. Exclusion criteria: children with established severe somatic and mental illnesses (diabetes mellitus, bronchial asthma, mental retardation, etc.) - a simple random sampling method was used. All children were randomly divided into 3 groups:

Group No. 1 consisted of 12 children aged 6-8 years, whose fissure sealing of the first permanent molars was carried out using the classic glass ionomer cement MIRACLE MIX

Group No. 2 - 10 children aged 6-8 years, fissure sealing of the first permanent molars in which was carried out using the classic glass ionomer cement Cemion F

Group No. 3 - 7 children aged 6-8 years, whose fissure sealing of the first permanent molars was carried out using the current Ketac Molar EasyMix composite (3M ESPE).

Decompensated form of dental caries in children 6-8 years old (25.5% in children 6 years old, 20.0% in children 7 years old, 15.4% in children 8 years old), after using laser fluorescence assessment of the condition hard tissues, this form of caries was found (45.5% - in children 6 years old, 43.0% - in children 7 years old, 44.4% - in children 8 years old) In children with an unsatisfactory or crisis emotional state, high or very high dental anxiety was revealed, and, as a result, non-cooperative behavior at a dental appointment (linear correlation coefficient - 0.766).

Based on the data obtained, it can be concluded that the use of fissure sealants in the prevention of dental caries in children aged 6-8 years with its decompensated form has a high clinical effectiveness.

## **TROMBOTSITLARGA BOY FIBRIN (PRF) NING EKSTRAKSIYADAN KEYINGI TISH KATAGINI DAVOLASHDA SAMARADORLIGI**

**Narziyev M.A.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

[mirshodbek1717@mail.ru](mailto:mirshodbek1717@mail.ru)

**Mavzuning dolzarbligi.** PRF matritsalarini yuz-jag' jarrohlik va implantologiyada turli ko'rsatkichlar uchun ishlatilgan. Ba'zi klinik tadqiqotlar turli qon konsentrat tizimlarining afzalliklari va kamchiliklari haqida xabar beradi. So'nggi paytlarda turli xil maqolalar va adabiyotlarda PRF dan foydalanish bo'yicha mavjud ma'lumotlarni umumlashtirishga qaratilgan. Ushbu tezisda quyidagi asosiy savollarni ko'rib chiqish uchun PRF ning ahamiyatiga e'tibor qaratilgan: tish olingan bemorlarda og'riqni oldini olish va yumshoq to'qimalar va suyaklarni qayta tiklashda PRF samaradorligi qanday?

**Tadqiqot maqsadi** - yangi tish olingan bemorlarda trombotsitlarga boy fibrin (PRF) og'riqni oldini olish va yumshoq to'qimalar, suyaklarni qayta tiklashdagi samaradorligi va PRFsiz davolash bilan solishtirganda samaradorligi qandayligini o'rganish.

**Tadqiqot materiallari.** Tadqiqotni TDSI jarrohlik stomatologiya va dental implantologiya kafedrasida olib borish, o'quv adabiyotlari, ilmiy-tibbiy nashrlar tahlili bilan o'tkazish.

**Tadqiqot natijalari.** Tadqiqotlarning 66,6 foizida PRF operatsiyadan keyingi og'riqni sezilarli darajada kamaytiradi, ayniqsa tish olingandan keyingi dastlabki 1-3 kun ichida. PRF guruhida yumshoq to'qimalarni davolash 1 haftada o'z-o'zidan yara bitishi bilan solishtirganda sezilarli darajada yaxshilandi (baholangan tadqiqotlarning

75%). Suyak yo'qotilishi PRF qo'yilgan bemorlar guruhida va o'z-o'zidan yara bitishi bilan solishtirganda sezilarli darajada past bo'lgan. Tadqiqotlarning 85% da tish katagiga PRF qo'yishni o'z-o'zidan yara bitishi bilan solishtirganda sezilarli darajada yuqori bo'lgan. Tahlil qilingan tadqiqotlarga asoslanib, PRF tish olingandan keyingi 2-3 oylik erta shifo davrida eng samarali hisoblanadi.

**Xulosa.** Ushbu tadqiqotda yaraning o'z-o'zidan bitishi bilan solishtirganda tish olingandan keying tish katagini davolashda PRF samaradorligini klinik dalillar bilan ta'minlashga qaratilgan. Yig'ilgan ma'lumotlarning cheklovlari doirasida PRF operatsiyadan keyingi og'riqni kamaytirish, yumshoq to'qimalarni davolashni rag'batlantirish va suyaklarning yo'qolishining oldini olishda, ayniqsa 2-3 oyning boshida samarali ekanligi aniqlandi.

## **TISH IMPLANTLARIGA PROTEZLASHDA QO'LLANILADIGAN METALL QOTISHMALARNING OG'IZ BO'SHLIG'I SUYUQLIGINING MIKROELEMENTLAR TARKIBIGA TA'SIRINI BAHOLASH**

**Norbutaev A.B.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Mavzuninig dolzarbligi.** Ortopedik stomatologiyaning ustuvor vazifalaridan biri dentoalveolyar tizimning funktsiyalarini tiklash va uni asl holatiga yaqinlashtirishdir. Shu maqsadda turli konstruktsiyalar qo'llaniladi va so'nggi yillarda tish implantlari asosidagi konstruktsiyalar foydalanishning ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda.

**Tadqiqot maqsadi** - olinmaydigan protezlarda qo'llaniladigan metall qotishmalarining so'lakning mikroelementlar tarkibiga ta'sirini baholashni takomillashtirish. Tish implantlari asosidagi tuzilmalardan foydalangan holda bemorlarni ortopedik davolash samaradorligini oshirish.

**Tadqiqot material va usullari.** 140 nafar bemor tekshirildi, ular tadqiqot maqsadiga muvofiq 4 guruhga bo'lingan. 1-guruh - og'iz bo'shlig'ida ortopedik konstruktsiyalar bo'lmagan 35 bemorni o'z ichiga olgan. 2-guruh - og'iz bo'shlig'ida tish implantlari bo'lmagan, olinmaydigan ortopedik konstruktsiyalar bo'lgan 35 bemordan iborat. 3-guruh - tish implantlarda olinmaydigan ortopedik konstruktsiyalari bo'lgan 35 bemorni o'z ichiga oldi. 4a guruhi - dental implantlarda olinmaydigan geterogen ortopedik konstruktsiyalari bo'lgan 35 nafar bemordan iborat.

**Tadqiqot natijalari.** So'lakning mikroelement tarkibini dastlabki baholashdan so'ng, ushbu guruhdagi bemorlarga metall qotishmalaridan yasalgan qoplamalar metallsiz qoplamalar (sirkoniy dioksid) bilan almashtirish bilan ortopedik davolash o'tkazilganligi aniqlandi. O'rganilayotgan so'lak namunalari keyinchalik ulardagi xromni aniqlash uchun namuna tayyorlash ularning ho'l usulda mineralizatsiyasini o'z ichiga oladi. Keldal kolbalariga 5sm<sup>3</sup> hajmdagi so'lak alikvoti solingan, 0,5sm<sup>3</sup> konsentrlangan HNO<sub>3</sub> va 0,5 sm<sup>3</sup> distillangan suv qo'shilgan. Namunalar 15 daqiqa davomida saqlanadi. Keyin namunalar 5 daqiqa qaynatiladi. Shundan so'ng, 0,2sm<sup>3</sup>

bo'laklarga 0,4 sm<sup>3</sup> vodorod perikis qo'shiladi va yana 5 daqiqa qaynatiladi. Keldal kolbasining tarkibi miqdoriy jihatdan 25 sm<sup>3</sup> hajmli o'lchov kolbalariga o'tkazildi. To'liq tahlil qilish uchun tayyorlangan namuna shaffof rangsiz suyuqlik edi.

**Xulosa.** Shunday qilib, tadqiqot natijasida og'iz bo'shlig'idagi tish implantlarida geterogen olinmaydigan stomatologik ortopedik konstruktsiyalar mavjudligi so'lakning mikroelement tarkibiga eng salbiy ta'sir ko'rsatishi aniqlandi. So'lakdagi metall ionlari orasida alyuminiy ko'pincha aniqlangan, vanadiy esa eng kam tarqalgan. Metall protezlarni tsirkoniy dioksiddan tayyorlangan konstruktsiya bilan almashtirish metall ionlarining kontsentratsiyasini, shuningdek ularni so'lakda aniqlash chastotasini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Shuning uchun, qisman adentiya bor bemorlarda ortopedik davolanishni rejalashtirayotganda, metallsiz dental ortopedik konstruktsiyalarga ustunlik berish kerak. Bu og'iz bo'shlig'ining a'zolari va to'qimalariga va umuman tanaga davolanishning salbiy ta'sirini rivojlanishining oldini oladi.

## PHYSICAL ACTIVITY AS A LEADING FACTOR IN THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

Nurmamatova K.Ch., Mirzaraximova K.R.

Tashkent State Dental Institute

[Knurmamatova23@gmail.com](mailto:Knurmamatova23@gmail.com)

**Introduction.** Popular physical activities include walking, cycling, roller skating, sports, outdoor activities and games that are suitable for all skill levels and are enjoyable for everyone.

Regular physical activity has been shown to help prevent and treat non-communicable diseases such as heart disease, stroke, diabetes, and some types of cancer. It also helps prevent hypertension, maintains a normal body weight, and may improve mental health, quality of life, and well-being. This study examines the impact of physical activity on the formation of physical and mental health, as well as physical activity as a factor in the prevention of the occurrence of non-communicable diseases (cardiovascular, cancer, obesity and diabetes). The main idea of our study is to study the attitude of the population to physical activity and socio-economic conditions that allow them to lead an active lifestyle. A prerequisite for the study is the theory that a conscious attitude to physical activity is one of the fundamental factors in the formation of a healthy lifestyle.

**The purpose of study** - to study the relationship between the attitude of the population to physical activity and the socio-economic conditions for its implementation according to scientific research.

**Materials and methods** - psychological tests are used in the research: psychological activity test, independence and awareness test, motivation level test. In addition to psychological tests, physiological indicators (BP, weight) were compared. In addition, a questionnaire survey of the attitude of the population to physical education was conducted.

**The results and discussion** . According to the WHO definition, physical

activity is any movement of the body produced by skeletal muscles that requires energy expenditure, including activities during work, play, housework, travel and recreational activities. People who do not engage in sufficient physical activity are more susceptible to such common non-communicable diseases as: cardiovascular, obesity, diabetes, chronic respiratory, etc. In addition, the lack of physical activity has a negative impact on the psychological state of the population: stress and fatigue, frequent changes moods, etc. People whose attitudes towards physical activity were less motivated paid less attention and time to maintaining a sufficient level of physical activity. Accordingly, attracting the population to an active lifestyle, motivation, creating appropriate socio-economic conditions for exercise, positive examples and reinforcement of experience help to attract more people to physical activity and thereby improve the health of the population.

**Conclusion.** Lack of physical activity in everyday life, as a result of low motivation and a frivolous attitude towards physical activity, often leads to negative consequences for physical and psychological health. In this regard, it is necessary to increase the motivation and need of the population for physical activity. The problem of lack of physical activity is undoubtedly socially and economically significant. Physical activity largely depends on gender, age, level of education, beliefs and attitudes, social environment, etc. Considering all these factors, it is necessary to stimulate and promote an increase in physical activity of the population through changes in attitudes towards everyday physical activity.

## **INSON RUXIY OLAMINI SOG'LOMLASHTIRISHDA PSIXOLOGIK BILIMLARNING AHAMIYATI**

**Ochilova F.B., Tolibjonova S.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

**Mavzuning dolzarbligi.** Ijtimoiy Psixogenitika va Psixosomatikaning bir-biriga bog`liqligi “Borliq bu o`zida barcha ajoyibotlarni saqlovchi energiya manbai, uni anglab yetish, tushunishga, o`rinish qiyinchilik to`g`diradi. Sababi borliq cheksizlikka o`xshaydi, uni anglab yetganing sari seni o`z domiga tortib tubi yo`q ummonga g`arq qiladi”. Bu fikrlarning barchasi bundan bir asr avvalgi insonning o`y-xayollaridir. Ammo zamonaviy dunyo buni rad qiladi. Borliq-inson. Mana shu kichik ta`rif qanchalik oddiy bo`lmasin shu ikki ibora yordamida barchasini tushunib yetish mumkin. Psixologiya, Psixosomatika va Psixogenitika tushunchalari yuqoridagi fikrlarni anglashga imkoniyat yaratadi. Psixologiyaning ushbu yo`nalishlari shaxsning ruxiy olamini tushunishga yordam beradi, Psixosomatika va psixogenitika ong va ong osti bloklari orqali inson ruxiyatining yuzaga keladigan muammoli jarayonlarini o`rganadi.

**Tadqiqot maqsadi** - inson ruxiy olamini sog`lomashtirishda psixologik bilimlarning ahamiyati buyicha ma`lumotlarni yoritish.

**Tadqiqot material va usullar.** Psixogenitika orqali bizning ajdodlarimiz o`rganilib, ular orqali bizning hayot yo`limizdagi bazi xodisalarni tushunib yetsak bo`ladi. Agarda bolaning ajdodlari katta savdogar yoki tikuvchi bo`lishgan bo`lsa

unda uning DNK sida shunga tegishli kodlar saqlanib qolgan bo'ladi va ular bolaga, katta omad olib kelishi mumkin shunchaki ozgina harakat bo'lish kifoya qilishi mumkin. Sababi Psixogenita ruh va uning kelib chiqishini genlar DNK ni o'rganadi. Bizning DNK mizning 99% bir-xil. Ammo biz farq qiladigan 1% katta ahamiyatga ega. Aynan shu farq ko'p narsani bilishga imkon beradi. Umuman olganda Psixogenitikani Psixologiyaning onasi deyish mumkin. Xo'sh unda uning otasi nima, albatta Psixosomatikadir. Psixosomatika bu tibbiyot va psixologiyaning chorrahasida joylashgan fandır. Psixosomatika yordamida qo'yidagilarni bilish mumkin. Saraton kasalligi. U qanday kelib chiqishu mumkin bilasizmi?! Saraton hujayralar har birimizda bor. Ularni o'zimiz rivojlantiramiz. U uzoq vaqt davomida insonning ichida joylashib uni tom ma'noda yemirishni boshlaydi. U alam tuyg'usi katta sir yoki qayg'u sizga halovat bermay ich ichingizdan yemiradi. Nafrat tuyg'usining saqlanib qolishi orqali kelib chiqadi. Xo'sh bundan qanday davo topish mumkin? Shunchaki ongni to'g'ri dasturlash orqali, *“Men o'tmishni kechiraman va u bilan bajonidil vidolashaman”*. *“Bugundan boshlab dunyoyimni quvonch bilan to'ldira boshlayman. Men o'zimni sevaman”*, kabi ijobiy fikrlar jamlanmasini ongga singdirish yordam beradi.

Aynan shu gaplarni ong ostiga singdirish orqali saraton kasalligini davolash mumkin. Yoki yana bir misol. Qandli diabet. Uning tahminiy sabablari. "Amalga oshmagan narsalar sog'inchi, nazoratda bo'lgan kuchli ehtiyoj, chuqur qayg'u, ortiq hech qanday yoqimli narsalar qolmaganidan kelib chiqishi mumkin. Uni davolashning yangicha usuli. *“Ushbu lahza men uchun quvonch bilan to'lgan, men bugungi kundan bahra olaman”* kabi hissiyot bilan ong ostini dasturlashtirish orqali davolash mumkin. Barcha narsa tug'ilishimiz, olamni tark etishimiz, yashashimiz, bugungi va ertangi kunimiz, kasal yoki sog'lom bo'lishimiz, ham shunga bog'liq bo'lishi mumkin.

**Tadqiqot natija va muxokamasi.** Umuman olganda Psixologiya, Psixogenitika, Psixosomatika, yangi davrni anglashga unga moslashishga yordam beradi. Munosabatlarga kirishuvchi va ijtimoiy taraqqiyotda faol ishtirok etuvchi odamni shaxs deb ataladi. Individ sifatida dunyoga kelgan odam keyinchalik shaxsga aylanadi. Individ tushunchasida kishining nasl-nasabi mujassamlashgandır. Bu individning sog'lom turmush tarzi uning hayotiy prinsiplari va fikrlari bilan chambarchas bog'liqdir.

**Xulosa.** Insonni shakllanishi asosiysi uning o'zigagini ko'proq axamiyatlidir. Shaxsiy o'sish, o'z ustida ishlash va xarakterda bo'lish uni yanada mukammal va sog'lom bo'lishini ta'minlaydi. Kelajak avlodlarga ajdodlardan olingan ma'lumotlarni yetkazish vositachisi sifatida shaxsiy ijobiy, sog'lom ma'lumotlarni etkazishda mas'uliyatlidir, bu borada psixologik bilimlar insoniyat rivojiga katta xissa qo'shishi bilan ahamiyatlidir.

**APPLICATION OF COMPUTER TECHNOLOGIES IN PHTHISIATRIA**

**Parpieva N.N., Khodzhaeva M.I., Muxamedov K.S., Massavirov Sh.Sh.,**

**Kayumova S.S., Ongarbayev D.O.**

Tashkent Medical Academy

Currently, tuberculosis continues to be a serious medical and social problem in the world, due to various factors affecting the development of this disease.

Over the past decade, virtually all countries have successfully adopted a radically new strategy, "Stop TB. Previously unknown serious public health challenges such as drug-resistant tuberculosis have emerged. New priority tasks have emerged due to the reforms of the health care system and the development of primary health care services based on early, timely diagnosis based on the use of innovative methods for detecting mycobacterium tuberculosis. Actual, fundamentally new and important international standards for the application of modern innovative diagnostic methods in practical work were adopted.

Information technology (IT) is firmly embedded in all areas of healthcare. Every year, their implementation is carried out at a rapid pace.

Phthisiology is one of the branches of medicine, which definitely cannot stand aside. The latest digital technologies have a positive effect on the development of the most promising methods of organizing the provision of medical care to the population in Uzbekistan. At the same time, the following innovations in the medical field are becoming increasingly important: computed tomography, telemedicine, electronic medical records, PCR methods for researching laboratory diagnostics and so on.

All this has become possible thanks to the development and implementation of IT in medicine, which will bring informatization to a new level and will have a beneficial effect on improving the provision of medical care to the population.

New software products are actively being developed, making a significant contribution to the development of medical high technologies.

As world practice shows, the introduction of information technologies in the healthcare sector provides an opportunity to improve the quality of patient care, significantly speed up the work of medical staff and reduce costs for patients.

Currently, the listed benefits are becoming available to almost every medical institution. Modern software products allow bringing the clinic to a fundamentally new level of work.

Innovative technologies in medicine allow:

- detect and eliminate serious diseases in the early stages of the disease;
- detection of primary and secondary resistance of mycobacterium tuberculosis (MBT) to antibacterial drugs at various phases of the disease;
- make a computer analysis of the database using the methods of mathematical statistics;
- keep an electronic record of patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis;
- to make the work of employees more efficient and rational. Since their

invention, X-ray research methods have taken leading positions in the diagnosis of pathology of the chest cavity organs and in phthisiopulmonology. For radiation diagnosis of respiratory tuberculosis, the following are used: digital or analog chest x-ray, spiral computed tomography, ultrasound examination of the lungs and mediastinal organs. In extrapulmonary tuberculosis (VLT), computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound examination of the abdominal cavity and retroperitoneal space and other anatomical areas are used.

The advantages of digital fluorography and radiography are clear contrast resolution in a large dynamic range, which makes it possible to study both low-contrast and high-contrast objects in one image. In addition, these methods make it possible to conduct an examination against the background of a reduced exposure dose, perform mathematical processing using various programs, as well as convenient archiving and the ability to transmit information over communication lines at any distance.

Computed tomography (CT) allows you to detail the localization, length, structure of the tuberculous process. At the same time, the spiral scanning technology makes it possible to construct three-dimensional images of the structures under study, including areas hidden for classical radiology. It is possible with a high degree of resolution to reliably determine the density of pathological changes and avoid the effect of summation.

The use of new diagnostic methods, such as multislice computed tomography (MSCT), has brought radiation diagnostics to a fundamentally new diagnostic level. Today, doctors can use MSCT data of a patient regardless of the country in the world it was produced in.

CT images from conventional tomographs (older versions) were usually printed on film for review. It was necessary to document on film all the sections that carried information about the study area, but they were very small, the number of sections was limited (no more than 30–40). With the advent of MSCT, the number of sections that need to be documented can reach several thousand, and given that the sections must be viewed in several modes (pulmonary, bone, etc.), they should measure densities, sizes, carry out multiplanar and 3D reconstructions, the practice of archiving images introduced the preservation of data in digital archives. Modern MSCT provide for the preservation and archiving of information on digital media (CD-disks, DVD-disks, flash cards). Processing and analyzing this amount of information significantly increases the time spent by radiation diagnostics doctors. In order to reduce the time and increase the throughput of expensive equipment, modern MSCT form an image according to standard examination protocols for this organ and record the information on a digital carrier. The value of archiving data on digital media lies in the fact that all research information is stored. The information recorded on a CD-disk can be viewed on any personal computer.

The basis of diagnostic measures for respiratory tuberculosis is fast and high-quality etiological diagnosis of tuberculosis. The priority is the identification of microbacteria of the tuberculosis complex (MBTC) in the diagnostic material by methods with the maximum available sensitivity and specificity. To minimize the

likelihood of discrepancy in the results obtained by different methods, a comprehensive study should be carried out from one sample of diagnostic material.

Cultural methods are the main phenotypic methods for detecting MBT. Their significant drawback is that the results are obtained no earlier than 10-14 days from the moment of setting, however, the sensitivity and specificity of these methods exceeds by 20-30% that of microscopic methods. The advantage of culture studies is the ability to isolate a culture of mycobacteria with subsequent identification and determination of the MBT sensitivity to a wide range of anti-tuberculosis drugs.

The main advantage of culture studies on liquid media using automated systems (Bactec MGIT) is the reduction of the time for diagnosing tuberculosis by 2 - 3 times compared to the traditional method of culture on solid nutrient media. The sensitivity of studies on liquid media is about 10% higher than that on solid media.

Molecular genetic methods (MGM) are of particular importance for the diagnosis of tuberculosis, which make it possible to substantiate the etiology of the process and determine the drug sensitivity of the pathogen. The main advantage of molecular genetic methods is that they are "fast" and highly sensitive, allowing to obtain results in a short (1 - 2 days) time frame, in contrast to cultural studies (10 - 90 days), and also have a high sensitivity - 75 % (microscopic method - 50%). The conclusion about the presence of the causative agent of tuberculosis in the diagnostic material is made on the basis of the detection of the DNA of mycobacterium tuberculosis. Positive results of molecular genetic methods do not determine the status of bacterial excretion, like microscopic and cultural methods. The conclusion about drug resistance (DR) when using MGM is based on the identification of mutations in genes associated with drug resistance. An important advantage of molecular genetic methods is the rapid and reliable detection of drug-resistant tuberculosis in patients, which plays an important role in infection control measures, and also allows timely inclusion of reserve anti-tuberculosis drugs in the treatment regimen.

Rapid diagnosis of the disease and early initiation of effective treatment based on the selection of personalized chemotherapy regimens are at the heart of preventing the spread of tuberculosis.

The foregoing substantiates the fact that information technologies are necessary in every field of medicine, becoming an integral part of it, helping to solve many medical problems and provide effective medical care. The use and active introduction of information technologies in phthisiology will only lead to positive results.

### **Conclusions:**

1. Practical use of digital beam research methods allows to expand diagnostic capabilities and significantly reduce the dose load during research;
2. The use of automated systems in the cultural method of research makes it possible to increase the efficiency of detecting mycobacterium tuberculosis;
3. The use of molecular genetic diagnostic methods allows at the early stages to substantiate the etiology of the process and determine the drug sensitivity of the pathogen;

4. The above methods contribute to improving the quality of detection and treatment of patients with tuberculosis.

**TISHLARNING NOKARIOZ KASALLIKLARIDA (PONASIMON NUQSON VA EROZIYA) KOMPLEKS DAVOLASHDA DENTIN KANALLARINI GERMITIZATSIYALOVCHI LIKVIDDAN FOYDALANISH**

**Qosimova D.M., Absalamova N.F.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

[arogin\\_stomatolog@mail.ru](mailto:arogin_stomatolog@mail.ru)

So'nggi yillarda tishlarning nokarioz shikastlanishlari (ponasimon nuqsonlar va eroziya) sezilarli darajada oshib kelmoqda.

**Tadqiqot material va usullari.** Vazifalarni hal qilish uchun biz laboratoriyada va klinikda ishlarni amalga oshirdik. Laboratoriya tadqiqot usullari in vitroda o'tkazildi. Klinik tadqiqot doirasida 50 ta bemorda 70 ta tish davolandi. 21 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan bemorlar. Bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Tadqiqot guruhi - 21 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 27 bemor, eroziya va ponasimon shaklidagi nuqsonlar fonida giperesteziyani boshdan kechirayotganlar. Ushbu guruhdagi bemorlarni davolashda. Ponasimon nuqsonlar va eroziya bilan kasallangan tishlar kompozit bilan to'ldirildi yordamida beshinchi avlod yopishtiruvchi tizimi bilan ishlatildi. Nazorat guruhi 21 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan 28 nafar bemordan iborat. Ponasimon nuqsonlar va eroziya bilan kasallangan tishlarni chuqur ftorlash texnikasini qo'llanildi. Barcha bemorlarga ambulatoriya kartasi berildi, ularda ma'lumotlar qayd etildi dastlabki tekshiruv va keyingi tashriflar haqida malumotlar olindi. Bemorlarni tekshirish paytida og'iz, periodont va og'iz shilliq qavatining holati, ortopedik konstruksiyalari holati, plomba moddalari, tishlash anomaliyalari, shuningdek, ilgari davolanilgan tishlar haqida ma'lumot olindi. Ma'lumotlarni qayta ishlash dastur paketi yordamida amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari.** Shuni kursatdiki bemorlar 2 guruhga bo'lingan edi: 1-guruhda DGL (Dentin germitizatsiyalovchi likvid) dan foydalanilmasdan plombalangan tishlari bor bemorlar. 2-guruhda DGLdan foydalanib plomba qilingan tishli bemorlar. Bemorlar ma'lum vaqt davomida 24 soat, 3 oy, 6 oy, 12 oy oralig'ida bemorlar qayta tekshiruvga chaqirildi. Tishlar zondlandi, sovuq suv bilan tekshirildi, sovuq havo oqimi bilan tekshirildi va quyidagi natijani oldik.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki DGL qo'llanilgan tishlarda samaradorlik 92% ni ko'rsatdi. DGL qo'llanilmasdan qilingan plombali tishlarda esa samaradorlik 85% ni tashkil qildi. Usish surati esa 15%ni kursatdi. 75 ta (ponasimon nuqson va eroziya) bilan zararlangan tishlardan 64 tasi qoniqarli natija berdi, 11 ta tishda esa qoniqarsiz natija bo'ldi.

**Xulosa.** Tadqiqot natijalariga ko'ra, DGL dan foydalangandan so'ng, tishlarning qattiq to'qimalarining turli xil ta'sirlarga sezgirligining doimiy pasayishi kuzatildi. Bundan tashqari pulpa hayotiyliigi ham to'liq saqlanib qoldi. DGLdan foydalanganda yopishtiruvchi bonding tizimdan ham foydalandik. DGL yopishtiruvchi tizimga hech qanday nojo'ya tasir qilmadi va restavratsion plombaning

sifati ham o'zgaradi. DGL va yopishtiruvchi vositadan foydalangandan keyin plombalarning marginal o'tkazuvchanligi elektrometriya ma'lumotlariga ko'ra amalda klinik kuzatish davomida o'zgaradi. Laboratoriyada olingan natijalar, klinik tadqiqotlar natijasi bizga DGL ni tavsiya qilish imkonini beradi.

### OG'IZ BO'SHLIG'I GISTOSITIZ X-I

**Razzoqov Q.R., Safarova M.S.**

Buxoro davlat tibbiyot instituti

mashhura\_85@mail.ru

Gistasitiz X yana bir ko'rinishdagi sindrom bo'lib, periodontal kasallikni IX formada namoish bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ya'ni paradontbing idiopatik kasalligi sifatida va klinik kechish davrida paradontning emirilishi bilan ifoda etiladi. Gistositiz X terminini birinchilardan bo'lib 1953 yilda Lixtenshteyn 3 xil kasallikni birlashtirib, aks holda ular alohida hisoblansalarda ularning kechish simptomatikasin ketma-ketligini inobatga olib quyidagicha belgiladi: - Eozinofe granulyomasi: surunkali ksantomaz (sindrom Xodjada-Shullera-Krischena). O'tkir santomatoz sindrom (Lepsherera-Zinta) bunday belgilanishning asosiy sababi kasallikni bir ko'rinishdan keying ko'rinishga ketma-ketlik bilan farqli o'laroq, nafaqat yallig'lanish prosesi bilan bir qatorda retikulo-endosital to'qimalarning proliferasiyasini electron mikraskob ostida 1971 yilda Kanter tomonidan gistositlar deb belgilandi. Kasallik etiologiyasi hozircha aniqlikga ega emas. Ba'zi olimlar virusli etiologiya desa (Oda 1941) tavsiyalar bilan bog'laydi, bazilari esa nasldan naslga o'tadi degan ma'lumotlar mavjud. Statistika qaralsa asosan bu kasallik 40-60 yillardan buyon o'rganila boshlangan bo'sa asosan kata yoshdagi ibsonlar orasida ko'p uchrasada bolalarda kam uchraydi (asosan go'daklik davrida va balog'at yoshida).

Chet el olimlarining kuzatishi bo'yicha (Sbarbaro 1967; Solamo 1960; Hartman 1980) On yoshdan kichiklarda 40 % 10, 50 yoshdagilarga 60 % ni tashkil etgan bo'sa shundan 62% og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va suyaklarda, 33% yumshoq to'qimalarda 5% limfa bezlari va teri so'lak bezlaridagi patalogik proseslar bilan namoyon bo'ladi. Bundan 76% suyak to'qimasining yallig'lanishi pastki jag' suyagiga to'g'ri kelsa aynan 2/3 holatda kata va kichik chaynov tishlari sohasida (ya'ni molyar) to'g'ri keladi, ammo ikki tomonlama kasallanish kam uchraydi. Shularni inobatga olgan holda, asosan bolalar stomatologi juda e'tiborli bo'lishlari, ya'ni bolalar va o'spirin yoshlarida to'g'ri keladi (tez rivojlanish, o'sish davri bo'lganligi sababli).

Ayni kunda 1974 yilda Collins tomonidan taklif qilingan klassifikasiya (Gistositiz X) keng tarqalgan:

1. Chegaralangan gistositiz X – eozinofil granulyoma
2. Surunkali dissemir gistositiz X – (sindrom Xodjada-Shullera-Krischena)
3. O'tkir dissemir gistositiz X – (sindrom Lettereyra Zive)

Og'iz bo'shligi'dagi morfologik o'zgarishlar uch holatda ham deyarli bir xil bo'lib, gistositlar ko'pligi, rangsiz sitoplazma yoki granuloma (Gute-1977 y) shaklida ko'rinish beradi. Bu borada stomatologlar uchun to'liq ma'lumotni birinchilardan

bo'lib rus olimi Taratanov 1914 yilda, nafaqat suyak to'qimasida og'iiz shilliq pardasi milk limfa bezlari pulpa, periodontda uchrashini belgilagan bo'lsada 1974 yilda I.M. Chuprinina yallig'lanish bo'lsada eozinofil reaksiyasi bo'lmasligi, u asosan o'tkir davrida bo'lib surunkali davrida kuzatilmasligi mumkinligiga aniqlik kiritdi. Shuningdek patologik anatomiya tekshirishlarida ham gistositoz X 3 xil shaklda kechishda gistositlarning reaktiv aktivliklar bilan belgilanadi.

Eozinofil granuloma – yaxshi sifatli gistositoz X formasi bo'lib klinik kechish davri 2-bosqichga bo'linadi.

Prodrom (erta bosqich) bunda asosan yakka yoki bir nechta o'choqli destruktiv o'zgarishlarni suyak to'qimasida kuzatish mumkin. (Yassi suyak to'qimasi bosh va pastgi jag'da) boshqa organ va to'qimalarda o'zgarish bo'lmaydi. Bemorning umumiy holati uzgarmagan holda 24% holatlarda simptomsiz kechadi. Ba'zi hollarda shikoyati kechish jarohat sohasida noqulaylik vaqti vaqti bilan ushbu ko'rinishning ko'payishidan 90% bemorlar shikoyat qiladilar. 10% holatda holsizlik, o'riq, shishlar paydo bo'lishi, og'riqli bo'lib pastki jag'ning o'siq, burchak sohasida kuzatiladi. Tashqi ko'rinishda assimitriya yuzda va jag'da asosan molyar va premolyar sohasida shish yarali o'choq tishlar patologik qimirlashi kuzatiladi. 1,5-2 oyda ikkinchi bosqichga o'tadi. Ya'ni "rivojlangan holatga o'tadi. Bunda tishlarning progressive patologik qimirlashi yallig'lanish prosesining tez rivojlanishi, miklarning shishishi, qonashi kabi patologik cho'ntaklar va ularning tish va jag' suyagiga ajralishi kuzatiladi. Chegaralangan patologik qimirlash (1-2 molyar) oziq tishlar sohasida bo'lib, gingivitning rivojlanishi va tishlar tushganda (yoki ekstraksiyada) tish o'choqlarining bitmasligi yarali gingivit keltirib chiqaradi. Bolalarda esa asosan ko'krak yoshidagilarda tish chiqarish jarayonini (sut tishlari va doimiy tishlar) cho'zib, buzib yuboradi. Bu esa abses, flegmona, osteomiyelitlarga olib keladi. Rentgenda birinchi stadiyasida suyak to'qimasida o'zgarish bo'lmaydi, rivojlangan davrida esa aniq, o'choqli oval yoki halqasimon har xil hajmda tishning uchki qismi yoki pastki jag' tana qismida suyak to'qimasining destruktiv o'zgarishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda kista yoki patologik sinishlar kuzatiladi. Tez rivojlanish davrida suyak to'qimasida destruktiv o'zgarish sirg'anuvchi harakatga ega bo'lib, bir tishning tushishi ikkinchi tishning patologik qimirlashi kuzatiladi, jarayonga to'g'ri davo olib borilsa, sog'ayish yoki disseminirlangan forma (surunkali holat) ga o'tishi kuzatiladi.

Sindrom (Xenda Shullera Krischina): Gistositozning bu formasi surunkali bo'lib og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlar bilan bir qatorda ichki organlar, teri toshmalari, bosh suyagi rezorbsiyasi, jigar va taloq kattalashishi kuzatiladi. Bu yerda triada simptomi, ya'ni geografik bosh suyagi ekzoftalm qandsiz diabet ushbular tashxiz qo'yish belgilasada bu holat faqat 10 % bemorlarda uchraydi. Stomatologlar e'tiborini og'iz bo'shlig'I o'zgarishlari tortadi. Kasallikni kechishi 2 davrda bo'ladi.

Boshlanish davri sekin kechib bir uch yilni o'z ichiga iladi. Og'iz bo'shlig'i jarohatlari milklarning vaqti vaqti bilan yallig'lanib turishi shuning bilan bir qatorda bemorning umumiy holati adinamiya ishtaha yo'qolishi vazn yo'qotish, holsizlik. Mehnat faoliyatining susayishi va hokazolar. Bunday holatda bemorlar stomatologga borishmaydi lekin og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar kuchayganda (milk qonashi, yarali, nekrozli gingivit, tishlarning patologik qimirlashi) majbur bo'ladilar. Ko'rikda

asosan e'tiborbni molyar premolyar tishlar sohasida ko'kintir shish, chegaralangan gingivid, og'iz hidlanishi tishlarninf atrof to'qimalardan ajralishi, tishlarning turli darajada patologik qimirlashi o'ziga xos yiringli ajralma sarg'ish-jigarrang bo'lib nafaqat milkda yoki shilliq qavatda, qattiq tanglay, va lunj kesishlari bunday o'zgarish og'iz bo'shlig'ida diffuz xarakterga ega bo'lib, molyar sohasidagi o'zgarishlar har to'rtinchi tish sohasida simmetrik kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda aniq chegaralangan o'choqli suyak to'qimasining destruktiv o'zgarishi, pastki jag'ning tana, o'siq sohasida kuzatiladi. Bu esa kista yoki kichik o'choqli osteomyelitni eslatadi

Rivojlangan davrida – ichki organlar yallig'lanish simptomlarining ko'payishi bemor holati og'irlashuvi, teri toshmalarining oshishi, jigar va taloq kattalashishi, Krischen triadasining rivojlanishi, tishlarning progressiv patologik qimirlashi va to'kilishi. Jarayon 3-4 yillar davom etishi mumkin. Davolanish jarayoniga qarab, sog'ayish, takrorlanish kuzatiladi. Organlarning jarohatlanishi, ikkilamchi kasalliklar va yoshga bog'liq (ba'zi mualliflar 30% deb belgilaydi).

Letterer-Ziv sindromi: Gistositozning disseminlangan formasi bo'lib asosan yosh bolalarda uchraydi. Kasallik o'tkir boshlanib, tana haroratining oshishi, umumiy ahvolning og'irlashishi, birlamchi simptomlar, bosh sohasida toshmalar, teri toshmali, og'ir formasida qo'l va oyoqlarda paydo bo'lib, ular o'tkir uchli papilloma shaklida bo'lib, yakka yoki bir nechta birikkan holda, ko'kintir-qizil rangda bo'ladi. Otit, konyuktivit, jigar, taloq kattalashishi sababli ular bolalar shifokoriga murojaat qiladilar. Og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlar ikkilamchi bo'lib, yarim nekrotik gingivo-stomatit shaklida rivojlanib, chuqur patologik cho'ntaklar tishlar atrofida hosil bo'lib, shishib granulyatsion hosil qiladi. Progressiv rivojlanish natijasida tishlar to'kila boshlaydi. Rentgenda-alveolyar o'siqning to'liq lizisi (so'rilgani) kuzatiladi. Bu esa "filtrlangan tish" yoki tishlar bir bo'shliqda osilib turgandek" tasavvur hosil qiladi. Bemor doimo chanqash, suyaklar og'rig'i va ularning tez surilishidan shikoyat qiladi. Bu holatlar o'tkir kechadi, ya'ni 1-2 oy ichida. Bemorlar infeksiyaviy va terapevtlarga davolanadilar. Faqat surunkali disseminlangan formaga o'tganda og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan stomatologga murojaat qiladilar va davolash yillar davomida olib boriladi. Ba'zi olimlarning fikricha og'ir hollarda o'lim 70-80% tashkil qiladi.

Qiyosiy tashhis: Gistositoz X ni tashhishlash oson kechmaydi. Bunda uzoq kuzatish, kasallik anamnezi va oila anamnezi, klinik-laborator tekshirishlar o'tkaziladi. Paradontit va paradontoz kasalliklarini turli darajada uchramaydigan o'zgarishlar gistositoz X larda kuzatiladi:

- eozinofil granulyomada:

1. Parodont to'qimasining chuqur jarohati (molyarlar sohasida) va tashqi ta'sirlovchi faktorlar yo'qligi
2. Chuqur patologik cho'ntaklardagi ajralmalarda yiring bo'lmasligi
3. Vaqti-vaqti bilan pastki jag' burchak sohasida shish, og'riq bo'lishi
4. Tishlarning chegaralangan qimirlashi
5. Olingan tish o'rinlarining uzoq bitishi
6. Sut tishlarining tez to'kilishi va doimiy tishlarning uzoq chiqishi

### Letterer-Ziv sindromi

✓ Qonda QIV(COЭ) yuqori bo'lishi va eozinofiliya, anemiyaning tez rivojlanishi (T.F. Vinogradov 1976)

✓ Olingan tish o'rinni bitmasligi, yondosh tish siljishi (kalsugaya mol)

### Xend-Shyuller-Krischen sindromi

✓ Asosan yosh va o'rta yoshlarda uchrashi

✓ Tishlar orasidagi to'siqlarning so'rilishi

✓ Rentgenda jag' suyaklarida bir nechta chegaralangan, o'choqli to'qimalarning destruktiv o'zgarishi va osteoparoz kuzatiladi

✓ Yondosh tishlarning progressiv qimirlashi

Pato-gistologik tekshirishda (biopsiya) infiltrat to'qimasida differentsiallashtirilgan va differentsiallashtirilmagan gistositlarning ko'p miqdorda bo'lishi va eozinofiliya kuzatiladi.

Leningraddagi Vrachlar malakasini oshirish instituti professori V.E.Krekshin kuzatuv ostidagi bemorlardagi gistositoz X triada sindromlaridan quyidagi ma'lumotni ko'rsatgan: bemor 45 yoshda tuman poliklinikasida "generallashtirilgan paradontoz" tashhisi bilan murojaat qiladi, shikoyati olingan tish o'rni bitmasligi, vaqti-vaqti bilan shishib og'riq berishi 11, 12 tishlar sohasida anamnezida 3 hafta oldin kyuretaj qilingan, oxirgi kunlarda tanglay sohasida shish paydo bo'lib, tishlar qimirlay boshlagan. Oilasida irsiy kasalliklar kuzatilmagan, ammo gipertonik kaslik bilan og'riydi. Umumiy ahvoli qoniqarli. Tish va suyaklari sohasida deformatsiyalar mavjud emas, prikus chuqur. 11 tish qimirlash darajasi III; 12 tish qimirlash darajasi II; milk ko'kimtir rangda; 11, 12 tishlarda chuqur patologik cho'ntak, granulyatsion to'qimalar bo'rtib chiqqan, qonaydi, yiring yo'q. Rentgenda esa 11, 12 tishlar ildiz qismida, tishlararo to'siqda rezorbsiya (so'rilish) ko'rinadi. Umumiy va bioximik tekshiruvdan so'ng bemorga "laxtakli operatsiya 11, 12, 13 tishlar sohasida" nekroektomiya qilinadi. Operatsion to'qima pato-gistologik tekshiruvga yuboriladi va buning asosida "eozinofil granulyoma" tashhisi tasdiqlanadi. Bemor dispanser ro'yxatiga olinib 3 yil kuzatiladi, jarayon takrorlanmaganiga xulosa qilinadi.

Ushbu triadaning og'ir asoratlari va o'linga olib kelish sabablaridan biri bu o'pkaning fibrozli yallig'lanishi va plevrada suvli xaltachalar hosil bo'lishi (bullyoz) jigar va buyraklarni jarohatlanishidir. Sababi xirurg stomatologning anamnezini mukammal o'rganmay tish olishi yoki gingivoektomiya qilishga shoshilmasligi zarur, surunkali davrida faqat stomatolog vrachlar nazorati ostida bo'lishi shart.

Bemor F. 1975 yil Buxoro viloyati Jondor tumanida tug'ilgan. Shikoyati tishlarining tez to'kilishi va ayrim tishlar sohasida chegaralangan shishlar paydo bo'lib, tishlarning og'riqsiz qimirlashi, holsizlik, tez-tez qonashi holatlaridan iborat.

Bemor oxirgi 3-4 yildan buyon betob bo'lib, yashash joyidagi stomatologlarda "Paradontoz" tashxisi bilan davolanib yurgan. Natijasi bo'lmagach, bizlarga murojaat qildi. Qator tekshirishlar o'tkazilib, yondosh kasalligi borligi aniqlandi (surunkali kolit, surunkali gepatit va pankreatit tashxisi qo'yildi.) Gastroenterologlar bilan hamkorlikda davolash rejasi tuzilib, davolanish davom ettirildi.



1-rasm.



2-rasm.

*Bemorning birlamchi ko'rikdagi holati*

Status localis: yuqori jag', pastki jag' qisman adentiyasi 38, 32, 42, 43, 44 tishlar sohasida chegaralangan shish, to'qima gipertrofiyasi, chuqur patologik cho'ntak va ularda serozli sariq ajralmalar bo'lib, tishlar III darajali qimirlashi, to'qimalar to'q ko'kimtir rangda, paypaslab ko'rilganda kuchsiz og'riq va og'izdan badbo'y hid keladi.

Umumiy qon analizi: gemoglobin 102 g/l, eritrositlar  $4,8 \cdot 10^{12}$ , leykositlar  $5,4 \cdot 10^8$ , trombositlar  $180 \cdot 10^8$ , segment yadroli neytrofillar 60, monositlar 1%, limfositlar 28%, EChT 6, qonning ivish darajasi: bosh.4' tugashi 4'31', umumiy oqsil 71,0g/l, xolesterin 3,9 mmol/l, glyukoza 5,0mmol/l, mochevina 4,1 mmol/l, kreatinin 65,0 mmol/l, bilirubin umumiy 17,22 mmol/l, bog'langan 2,7 mmol/l, erkin 1,4-2,1 mmol/l, ALT-23,0EI/l, AST-20,0EI/l, kalsiy 2,4 mmol/l.

Bemorga jarrohlik amaliyoti o'tkazildi (kengaytirilgan gingivoektomiya, nekrotomiya) va medikomentoz davolandi.



3-rasm

*Jarrohlik o'tkazilgan maydonlardan biri (32,33,37,38 sohasida ham amalga oshirilgan)*

Patogistologik tekshirish: № 1570-74 Ko'p qavatli yassi epiteliy fibrozli-biriktiruvchi to'qimalar bilan, to'qimalar infiltrati limfo-leykositlar bilan hamda ko'p miqdorda gistositlar tarqalgan eozinofillar bilan

D.s: gistositoz X!!



4-rasm

*Bemor ortopedik davolashga tayyor bo'lgan holati*

Bemor dispanser nazoratiga olindi va har 5-6 kun orasida nazorat qilib borildi. 2,5 oydan so'ng jarohat bitib, gipertrofiyalangan to'qimalar so'rilib, shilliq qavat ochqizg'ish rangga keldi. Bemorga ortopedik davolash rejasi tuzilib, davolash boshlandi.

Gistositoz X davolashning asosiy prinsiplari:

- ✓ Vrachlar konsuli (terapevt-onkolog, stomatolog)
- ✓ Tashhis qo'yilgach steroidlar, sitostatiklar, rengenoterapiya beriladi (rengenoterapiya past dozada ya'ni 200-250) 1-3 hafta davomida
- ✓ Ota-ona qon zardobiga antibiotik qo'shib o'tkazish (Filatov zardobi)
- ✓ Og'iz bo'shlig'i gigienasi
- ✓ Psixotrop terapiya (elenium va b.)
- ✓ Fitoterapiya
- ✓ Lazeroterapiya
- ✓ Orashenie "Propolis" (mumiyo asli) 2-3 hafta har kuni remissiya davrida esa 1-2 marta 10-15 kungacha
- ✓ Stomatologik 2-4% propolis ishlatiladi yoki 20 tomchisini 15-20% spirt eritmasi 100-150,0 lik suvga qo'shib 2 marta og'iz chayiladi 1-2 oy davomida
- ✓ Propolis yog'li eritmasini ishlatsa ham bo'ladi (2 oy davomida, orada 2-3 hafta interval berish sharti bilan)
- ✓ Tubusli kvarts terapiyasi

### THE USE OF FRACTIONAL CO<sub>2</sub> LASER FOR SCARS AFTER CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CLEFT LIP

Sadykov R.R. Tursunova J.A.

Tashkent State Dental Institute

**Relevance.** The scar is the biggest complication of surgical intervention. To date, there are many methods of scar prevention, especially on the face. Laser correction methods, in particular Co<sub>2</sub> laser with a wavelength of 10600 nm, can deeply affect the scarring process and prevent its formation and also treat chronic scars. The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of CO<sub>2</sub> laser in the treatment of hypertrophic scars after cleft lip repair.

**Materials and methods of the research.** The study group included 120 patients with various scars after surgery to correct cleft lip. All patients were divided into 2 groups. The main group started using FCO<sub>2</sub> 3 weeks after surgery, and the control group received topical treatment. The FSO<sub>2</sub> laser was used in multiples of 5 to 7 sessions. Scars were assessed using the Vancouver Scale, which measures vascularity, pigmentation, compliance, and height. A visual analog scale was rated by clinicians and non-medical staff from 0 to 10. In addition, scar width was assessed by examining final images using Photoshop CS5 Advanced at two fixed points.

**The results of the research.** Patients undergoing PCO<sub>2</sub> laser treatment showed significant improvement in scarring in terms of reduced pigmentation, density, vascularization and cosmetic appearance on the lips. The Vancouver Scar Scale scores had significant differences between the study groups at baseline before the use of either FCO<sub>2</sub>, compared with topical treatment, respectively, in group 1

(1.92±0.88) compared with control group 3 (4.05±1.29). When assessing the width of the scar, it was significantly lower in the 1st group (2.51±0.64) compared with the control (3.27±0.48) group. A visual analogue scale performed by participating medical staff showed that PCO<sub>2</sub>-induced improvement in lip scar appearance was greater in group 1 than in group 2, with mean scores of 44.17±3.45, 30.40±5.22, respectively. The same assessment by participating non-medical personnel was significantly higher in the 1st group (43.52±4.20) and the 3rd (33.55±4.85) groups.

**Conclusions.** The use of the FCO<sub>2</sub> laser significantly improves the results of the treatment of lip scars in comparison with local methods in the postoperative period. Early initiation of treatment gives a better cosmetic effect, in comparison with a delayed one. The use of the laser does not require rehabilitation and can be performed on an outpatient basis. The procedure can be repeated if necessary up to 5-7 times without harm to the body.

### **FRACTIONAL CO<sub>2</sub> LASER THERAPY OF HYPERTROPHIC SCARS - EVALUATION OF EFFICACY AND TREATMENT PROTOCOL OPTIMIZATION**

**Sadykov R.R., Tursunova J.A.**

Tashkent State Dental Institute

[jamilahon@bk.ru](mailto:jamilahon@bk.ru)

**Abstract.** Hypertrophic scars are an unwanted and mutilating consequence of deep burns, and are further exacerbated by extensive burn injuries. Fractional CO<sub>2</sub> laser therapy is one of the methods for complex treatment of hypertrophic scars, it has been used since 2007. Although its effectiveness has been objectively proven in clinical practice, the optimal settings parameters have not been determined. To evaluate the effect of laser therapy, previously designed evaluation tools are used, which evaluate the quality of scars well, but fail to capture specific changes for the performed laser therapy.

**Material and methods of the research.** Fractional CO<sub>2</sub> laser therapy of hypertrophic scars is performed at the Department of Plastic and Esthetic Surgery, Shox International Hospital, since 2017 and the systematic study took place in 2019-2020. In common, 25 hypertrophic scars were treated in 13 patients; each scar was treated by fractional CO<sub>2</sub> laser therapy more than once.

**The results of the research.** Statistical analysis detected statistically significant improvement of the texture of the scars and the improvement of overall functional and esthetic result. We found significant reduction of the height under 2 mm (62,5% of scars) in scars with the height > 2 mm before the initiation of laser therapy. Correlation analysis detected a statistically significant positive correlation between the energy of laser beam and the reduction volume of the scar protruding above the niveau of healthy surrounding tissue. Fractional CO<sub>2</sub> laser therapy showed statistically significant efficacy in the reduction of the risks associated with full-format CO<sub>2</sub> laser-therapy. Fractional treatment was very well tolerated by the patients. Topical 5% lidocaine gel was effective in 24 out of 25 patients. Further

healing was without complications in all patients.

**Conclusion.** Fractional CO2 laser therapy has achieved statistically significant improvement of the texture and reduction of hypertrophic scars and overall improvement of functional and esthetic result in our study.

## **AESTHETIC REHABILITATION OF FRONTAL GROUPS OF TEETH WITH IMPLANTS AND AESTHETIC CROWNS**

**Samadov Sh.Sh., Ganiyev T.R.**

Samarkand State Medical University

[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**The purpose of the research** - to increase the efficiency of chewing, functionality, restoration of the anatomical shape and aesthetics of the frontal groups of teeth.

**Materials and methods of research.** 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 results of the research.** 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 walls 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.

**Conclusions.** 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. 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 mucoperiosteal 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.

## **FACTORS CONTRIBUTING TO EMOTIONAL BURNOUT OF NURSES OF THE ANESTHESIOLOGY DEPARTMENT**

**Saydalikhujaeva Sh.Kh., Rustamova H.E.**

Tashkent State Dental Institute

**Introduction.** Burnout Syndrome was first described in 1974 by Freudenberg. The term “burnout” suggests that the individuals with this type of stress have physical and emotional problems. The syndrome is defined as a chronic psychological disorder present among individuals whose work involves relations of intense and frequent care with patients who need constant help, and it has 3 dimensions. One of the most difficult among hospital staff, both physically and emotionally, is the work of the medical staff of anesthesiological departments. The nursing staff is with patients almost constantly, and should always be ready for the development of any critical situations. All this causes a high risk of developing burnout syndrome in this category of employees and the need to develop measures to prevent it.

**The purpose of the research** - to identifies the psychological features of the development of burnout syndrome in nurses-anesthetists and to justify recommendations for prevention and psychological correction. Identify the presence and severity of occupational burnout syndrome in nurses-anesthetist. To determine the indicators of professional and organizational commitment in anesthetic nurses and their relationship with the parameters of burnout syndrome

**Materials and methods of research.** A sociological survey of nurses was conducted on the basis of the department of "Anesthesiology" of the Vakhidov Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery. A total of 48 nurses were examined. 44 women (91.7%) and 4 men (8.3%) predominate among the respondents. 39 people (81%) have a family.

**The results of the research.** Nurses under the age of 40 were characterized by a low degree of burnout, while at the age of over 50, all the examined patients had a relatively high degree of severity of emotional burnout syndrome. With a work experience of up to 5 years, in all cases, the syndrome was not formed (a low degree of burnout). With an experience of 5 to 20 years, a low degree of burnout was observed in 56.3% of cases; in 35.4% - average; in 8.3% - high. With an experience of more than 20 years, in a third of cases (33.3%), the severity of the syndrome was average; in 16.7% - high, and in half (50.0%) - extremely high.

### **Conclusion:**

- Almost a third (35.4%) of nurses in the Department of Anesthesiology and Intensive care have manifestations of burnout syndrome of one degree or another.

- The prevalence of this syndrome increases with increasing age and seniority of the sisters. Primary prevention, early detection and timely correction of the manifestations of CMEA are a significant problem in the system of measures aimed at preserving the health of medical personnel.

## THE EFFECTIVENESS OF OSTEOPLASTIC MATERIALS IN MODELING THE ALVEOLAR RIDGE

**Shukparov A.B., Shomurodov K.E.**

South Kazakhstan Medical Academy,

Tashkent State Dental Institute

[kahramon\\_sh@mail.ru](mailto:kahramon_sh@mail.ru)

**Relevance.** Atrophy and deficiency of bone tissue of the alveolar process/ part of the jaw creates significant difficulties for the successful rehabilitation of patients using dental implants as a support for orthopedic structures. About 60% of primary patients have bone atrophy and need preliminary bone reconstruction for the purpose of DI. According to statistics, in 64% of cases, the main cause of alveolar bone atrophy is a prolonged absence of teeth, as well as: traumatic removal – 17%, jaw injuries – 11%, unsuccessful bone grafting - 8%. Restoration of the alveolar bone volume of the jaws using various techniques is carried out quite actively, however, a number of important issues have not been resolved. These are: a high degree of surgical trauma caused, among other things, by the need for additional surgical access; failure of sutures, exposure of frame materials, reduction of the volume of the graft, up to resorption; development of inflammatory and infectious complications in the reconstruction area.

**The purpose of the research** - analysis of data from scientific literature and clinical studies devoted to the study of the effectiveness of the use of various osteoplastic materials for alveolar ridge remodeling during dental implantation.

**Materials and methods of research.** Scientific studies and clinical cases of bone plastic surgeries performed by various techniques and using osteoplastic materials were analyzed in order to create optimal anatomical conditions for further dental implantation.

**The results and discussion.** By origin, bone replacement materials are divided into biological (auto- and allomaterials, xenomaterials, biologically active molecules of protein and non-protein nature, having properties of growth factors); artificial (synthetic) based on tri-calcium phosphate, hydroxyapatite, various types of ceramics, chonsuride, chitosan, biositals, polymers, calcium sulfate, etc. composite – a mixture of several synthetic and/or biological materials to give them synergistic properties.

Any biomaterial material must meet the following requirements: 1) atoxicity, non-immunogenicity; 2) developed architecture of the surface of the biomaterial and the presence of micropores of 10-440 nm in size for acceptable adhesion of proteins on the surface of the material and macropores of 200-400 microns for adhesion and proliferation of osteogenic cells; 3) high capillary effect due to interconnected pores

for adequate vascularization, minimum porosity of 70%; 4) irregular geometry (non-spherical form) in order to reduce the mobility of the deposit and prevent the migration of material particles into the surrounding soft tissues.

According to research, autogenic bone grafting is considered the "gold standard" for alveolar bone reconstruction. Their use gives a fairly good and predictable result in osteoplasty of CHLO defects due to osteogenic, osteoinductive and osteoconductive properties. According to the authors, the efficiency of eliminating bone defects with autografts is quite high and reaches from 72% to 91% (Nur Altiparmak et al.). The cumulative success rate of DI after autogenic bone grafting with grafts taken from the branch or symphysis of the mandible is on average 92.45%. The average marginal loss of bone mass is 1.47 mm, which indicates the high efficiency of the use of autokost. It is necessary to take into account the traumaticity of the method and the need to observe the temperature regime when obtaining a bone autoblock, which to a certain extent limits its use.

S.Marconcini et al. the long-term results of posterior mandibular surgery after sandwich osteotomy with vertical augmentation of xenogenic bone material – horse spongy bone were investigated. 4 months after the operation, the vertical bone growth was 5.6 mm. The success rate of treatment after 3 years was 95.5%.

T.Starch-Jensen and H.B.Nielsen performed a bilateral sandwich osteotomy, an autogenous bone block from the iliac crest was compared with an inorganic bone block of cattle (Bio-Oss®, Geistlich Pharma AG), and an autogenous bone block graft obtained from a branch of the mandible was compared with a mixture of powder and granules of non-ceramic Hydroxylapatite (Osteogen, Implants Ltd). At the same time, the area of bone block transplantation from the iliac crest and Bio-Oss® block was covered with a absorbable collagen barrier membrane (BioGide®, Geistlich Pharma AG). According to the results, there was no significant difference between the osteoplastic materials. The marginal bone mass loss after CI one year after sandwich osteotomy using the iliac crest block was 0.8 mm compared to 0.6 mm using the Bio-Oss® block, and with the lower jaw block graft, the indicator was 0.8 mm compared to 0.7 mm with non-ceramic hydroxyapatite.

**Conclusion.** Thus, at present, the restoration of the alveolar bone volume of the jaws using various techniques is being carried out quite actively, while a number of important issues have not been resolved. An increase in the effectiveness of alveolar ridge remodeling methods may be associated with the justification of the use of various osteoplastic materials based on the developed clear indications, including minimally invasive surgical techniques, the optimal way to form a muco-periosteal flap, etc.

### **THE PRIVILEGE OF MEDICAL ENGLISH**

**Sobirov S.S., Yunusova D.M.**

Tashkent State Dental Institute

In today's world, where the borders of different countries are becoming easier to overcome, especially for professionals in the medical field, importance of English

is significantly increasing. The importance of this thesis is to open the topic explaining what the Privilege is, provides the importance of ME (Medical English) for doctors in home country, about the privilege of ME internationally and shows real evidences about the importance of Public ME

Globalization elevated alternate of calls for information globally, mainly for unique capabilities and using terminology within the clinical professions. Consequently, it is getting too far vital to gather studying talents and an excellent information of the clinical literature inside the English language for progressing the subject of healthcare.

Statistics below shows the privilege of English language for content languages for websites. W3Techs estimated percentages of the top 10 million Websites on the World Wide Web. November 12, 2021.

Many students consider that the special features of Medical English is only the use of useful words, terminology in the medical professions. Whereas it becomes urgently necessary to acquire reading skills and a good understanding of the medical literature in the English language for progressing to the level required for communication with colleagues from the USA, the UK, Australia, Israel and other countries which are known for their significant achievements in the development of medicine and health care.

Rank	Language	Percentage
1	<u>English</u>	63.4%
2	<u>Russian</u>	7.1%
3	<u>Turkish</u>	3.9%

The privilege of ME for doctors in home country.

English is a preferable language in the healthcare services. Benefits of knowledge of English for Healthcare Professionals:

An English-speaking healthcare professional is much better aware of current trends in healthcare as they can review publications, foreign medical journals, the latest healthcare and scientific articles typically published in English. Moreover, medical care professionals who are mostly confident in their careers and want to share the knowledge they obtain have many posts in English, so any misinterpretation is dangerous. It is therefore vital to accept the language in promotion of confidence and have understandable connection between healthcare staff and both health invalids and family members of patients. In addition, at same time it is very necessary to avoid confusion and to calm and ease the mind of the family members. The specialist who is picky in English is superior mindful of current patterns in medicine. Knowing English, you will openly examine remote, global therapeutic diaries, most of the cutting edge books on medicine getting familiar with distributions within the English dialect on restorative websites.

The privilege of ME internationally.

Many students want to study abroad in Medical University, it is beneficial to know English language or other ones. It is important to grow professionally, participate in international research projects and English is the medium of most of the events. Rising successfully, joining international surveys can be profitable and English language is the part of these occurrences, which helps you to achieve your goals.

Having language skills, knowledge of English will permit you to participate in clinical conferences abroad. Moreover, prestigious clinics are interested in making sure their physicians' participation in quite number scientific occasions abroad, such as conferences dedicated to clinical issues. Therefore, if you have a job in a health facility or in a popular, lookup institute, you have the opportunity to make an enterprise outing abroad, however for this, repeatedly you need a right know-how of English, because such events are typically held in English.

Command of English is knowledge of English, which will allow you to work in a group with overseas specialists, where at the beginning you can obtain a great respect. Many domestic clinics cooperate with overseas scientific institutions, invite overseas specialists to work or lift out consultations and help in challenging cases, to make a prognosis mutually or to decide the strategies of therapy of patients. In addition, doctors speak me English fluently, are invited to participate in international clinical trials.

The importance of Public ME.

Nowadays most hospitals in the country use a mixture of the two or more languages in their communication with patients. Hence, healthcare professionals must be proficient in their use of English. In the healthcare field, even the smallest ME miscommunication could be potentially devastating which does not have a return. With lives at stake, words need to have pinpoint precision. Healthcare staff needs to be silver-tongued and empathetic individuals to give patients a comprehensive understanding of their health situations. It is observed that, quite often-healthcare providers blame sick people, their patients for not adhering to medical prescriptions and treatments when the problem may be that patients simply do not understand the medical terms.

Immigrants may know how to speak English but vocabulary related to the medical field is very specific and lends itself to more miscommunication.

**TISH GIPERESTEZIYASINI DAVOLASH TEXNOLOGIYASINI  
TAKOMILLASHTIRISH**

**Sodiqova Sh.A.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Tadqiqot maqsadi** - tish qattiq to'qimalarining yuqori sezuvchanligini davolashda kaliy ftorid va kalsiy preparatini umumiy qo'llagan holda kompleks davolash samaradorligini aniqlash.

**Tadqiqot material va usullari.** Klinik tadqiqotlar terapevtik stomatologiyasi

bo'limida o'tkazildi. 20 yoshdan 58 yoshgacha bo'lgan 183 nafar bemor, shu jumladan 127 ayol va 56 erkak, qattiq tish to'qimalarining giperesteziyasi bilan har xil turdagi karies bo'lmagan shikastlanishlar va milk retsessiya bilan o'tkazildi. Karies bo'lmagan kasalliklari bo'lgan bemorlar orasida 1 va 2 bosqichli ponasimon shakldagi nuqsonlar, 1 va 2 darajali patologik abraziv, 1 va 2 darajali tish eroziyasi bo'lgan bemorlar davolandi. Tishlarning giperesteziyasini davolash uchun turli xil vositalar qo'llaniladi: kaltsiy, magniy, sink, kaliy preparatlari, fluoridlar, gidroksiapatit o'z ichiga olgan pastalar, gellar, laklar. Bizning tadqiqotimizdagi barcha bemorlar guruhlariga bo'lingan: asosiysi - 97 kishi. (293 tish), unda kaliy fluorid va kaltsiy saqlovchi tabletkalrni umumiy qo'llashni o'z ichiga olgan murakkab preparat ishlatilgan; nazorat-1 - 42 bemor (127 tish), ularda davolash natriy fluoridli "Fluocal gel" preparati (Septodont, Frantsiya) bilan olib borilgan va nazorat-2 - 44 bemor (148 tish): davolash gidroksiapatit, kaliy, natriy, stronsiy ionlari, lesitin va eugenolni o'z ichiga olgan "Desensil pastasi" ("VladMiva", Rossiya) preparati bilan amalga oshiriladi.

**Tadqiqot natijalari.** Davolashdan so'ng darhol tishlarning giperesteziya tarqalishi indeksining qiyosiy tahlili bemorlarning barcha guruhlarida o'rganilgan ko'rsatkichning pasayishini ko'rsatdi. Shunday qilib, asosiy guruhda tishlarning sezuvchanligining 48,7% ga, 1-nazorat guruhida - 41,3% ga va 2-nazorat guruhida - 39,7% ga pasayish kuzatildi. 1 oydan so'ng asosiy va 1-nazorat guruhlarida o'rganilayotgan ko'rsatkichning maksimal pasayishi qayd etildi (mos ravishda 69,8 va 60,4% ga), ammo asosiy guruhda ko'rsatkichning pasayishi sezilarliroq bo'ldi. 2-nazorat guruhida sezuvchanlik qiymati oldingi tekshiruv bilan solishtirganda deyarli o'zgarmadi. 6 oylik kuzatuvdan so'ng natijalarni qiyosiy tahlil qilish barcha guruhlarda o'rganilayotgan ko'rsatkichning o'sish tendentsiyasini ko'rsatdi. Biroq, asosiy guruhda giperesteziyaning tarqalish indeksining o'sishi ahamiyatsiz. Terapevtik tadbirlardan 12 oy o'tgach, barcha guruhlarda sezuvchanlik indeksining yanada oshishi kuzatiladi. Tishlarning giperesteziyasi tarqalishining eng kichik pasayishi asosiy guruhda qayd etilgan.

**Xulosa.** Tishlarning qattiq to'qimalarining giperesteziyasini davolash uchun kompleks preparatni qo'llashning klinik samaradorligini baholash tishlarning giperesteziyasining tarqalish indeksining, tishlarning giperesteziyasi intensivligi indeksining, sezgirlik indeksining sezilarli darajada pasayishini ko'rsatdi, tishlarning qattiq to'qimalarining elektr o'tkazuvchanligining pasayishi sifatida, bu o'rganilayotgan preparatning samaradorli ekanligini ko'rsatadi.

**IMPROVING EFFICIENCY ORTHOPEDIC TREATMENT OF  
SECONDARY ADENTIA AGAINST THE BACKGROUND OF  
GENERALIZED PERIODONTITIS**

**Xazratov A.I., Buzrukzoda J.D., Kasimova Sh.O.**

Samarkand State Medical University

[eshonbobo.1992@gmail.com](mailto:eshonbobo.1992@gmail.com)

**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 effectiveness 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 allowed us 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.** To evaluate the microsocial effectiveness of orthopedic treatment of patients with secondary adentia against 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 assessment 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.

**Conclusions.** The results of the conducted studies allowed us to obtain a quantitative characteristic of the medical and microsocial effectiveness of the quality of dental care for patients with secondary adentia against the background of generalized periodontitis.

**INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF  
OTORHINOLARYNGOLOGY**

**Yakubdjanova M., Vakhobova S., Mukhtarov S., Abduganieva Sh.Kh.**

Tashkent State Dental Institute

Masudashomansurova@mail.ru, samira2004v@gmail.com,  
sobitmuslim.mm@gmail.com

**Relevance.** The doctor sees over a thousand patients in his entire practice; makes a diagnosis and prescribes treatment methods. Sometimes you have to apply surgical intervention. While making a diagnosis, it is necessary to analyze dozens of symptoms of a different nature, often of a subjective character. Therefore, often under such conditions, the diagnosis has a very pronounced uncertainty due to the extreme instability of anamnestic data and sometimes the impossibility of conducting a complete clinical examination. At the same time, the biological and chemical processes occurring in the body in various diseases have a multifactorial systemic character. In addition to observable and measurable factors, there are hidden factors that cannot be directly investigated, but may determine the decision made by the doctor.

**The purpose of the research** - researching the molecular features of the aqueous component of a biological fluid (saliva, blood), which manifest themselves when the sample is illuminated with infrared electromagnetic radiation (infrared spectrometry method) and processing of the obtained data by modern learning algorithms that do not require formalization of the research problem with the generation of decisive diagnostic rules.

**Materials and methods of research.** Considered and studied materials on the use of high-performance personal computers in medical research, which led to the expansion of the doctor's capability to diagnose diseases. In this regard, an experimental hardware-software complex (HSC) and a method for diagnosing chronic tonsillitis (CT) and peritoneal adhesive disease (PBS) in children were researched based on the results of a study of the dynamics of transmission parameters (PP) of the aqueous component of saliva and blood plasma recorded in the average region of the spectrum of infrared (IR) electromagnetic radiation. It should be noticed, that this region of the spectrum objectively reflects the features of the structural organization of endogenous water, which, in turn, is closely related to the characteristics of biophysical processes occurring in the body under pathological conditions. The overall successful diagnosis of CT in all patients was 96.7%, and in the diagnosis of SBS in children 99.3%. The diagnostic method turned out to be simple, since it did not require consumables and could be applied on an outpatient basis. The work of a doctor with a patient becomes more effective when it is possible to integrate medical equipment, means of operational analytical processing of examination results and their interpretation, as well as graphical tools and visualization of the patient's condition. All the listed components are provided in the APK. These methods will allow you to limit or completely exclude the subjective factor in the research, document and objectify the conclusion. The hardware part of

the complex and its software can be integrated into automated information systems of medical institutions. The inclusion of an otorhinolaryngologist and a surgeon in the automated workplace (APM) of a hardware and application complex with application software will enable the doctor to conduct an objective assessment of the dynamics of biochemical processes in the patient's body for ongoing therapeutic measures, provide constant expert assistance in his reasoning and decisions, insure against a number of errors.

**The results and discussions.** The results of the conducted research and the developed hardware and software package made it possible, already on the basis of the experimental data obtained, to conduct a rapid diagnosis of chronic tonsillitis and adhesive peritoneal disease in children, can serve as a basis for further development of spectral methods of express analysis of disease diagnosis and treatment control.

**Conclusions.** This hardware and software complex can be used both in clinics, polyclinics, diagnostic and preventive centers, as well as in medical and health-improving institutions, in maternity hospitals: both specialists and general practitioners.

## GERPETIK STOMATITNI KOMPLEKS DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH Yuldasheva N., Isroilova M.

**Mavzuning dolzarbligi.** Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining gerpetik lezyonlari eng jiddiy kasalliklar qatoriga kiradi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, oddiy herpes virusi (HSV) keltirib chiqaradigan kasalliklar o'lim sababi bo'lgan gripptan (35,8%) keyin 2-o'rinni (15,8%) egallaydi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini davolash muammosi amaliy stomatologiyaning dolzarb vazifalaridan biridir. Zamonaviy ilm-fan yutuqlariga qaramay, ko'pchilik dori vositalari va OSni davolash usullarining samaradorligi etarli darajada qolmoqda. Shuni hisobga olish kerakki, etarlicha samarali dori mavjud bo'lganda, har bir bemor uchun individual ravishda optimal dozani tanlash, shuningdek, davolanish paytida preparatning farmakodinamik xususiyatlarini baholash juda muhimdir, chunki bunda Vaqt o'tishi bilan ba'zan tananing moslashuvchan mexanizmlarini faollashtirish yoki inhibe qilish mumkin. Shuni ham ta'kidlash kerakki, bakteriyalarda dori qarshiligining paydo bo'lishi OS kasalliklarini samarali davolash uchun doimiy to'siqdir

**Tadqiqot maqsadi** - tadqiqot yangi mahalliy immunomodulyatorlarni qo'llash bilan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining CHD bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolash samaradorligini oshirish edi. Stomatit bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda biologik faol qo'shimcha Proposol Spraydan foydalanish samaradorligini va Duna T qurilmasi bilan fotodinamik terapiyaning terapevtik ta'sirini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullar.** Tadqiqot 25 kishini o'z ichiga oladi Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining gerpetik stomatiti bo'lgan bemorlar ikki guruhga bo'lingan, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining gerpetik stomatiti bilan og'rigan bemorlarning asosiy 1-guruhga (12) (yaxshilangan kompleks davolash bilan

kompleks terapiya olgan), taqqoslash guruhi (13) gerpetik bilan og'riqan bemorlar. 1-guruhni davolashda an'anaviy davolash sxemasi qo'llanilgan: Mahalliy terapiya ovqatdan oldin va keyin og'riq qoldiruvchi vositalar, og'iz bo'shlig'ini xlorheksidin eritmasi bilan sug'orish (kuniga 3 martagacha distillangan suv bilan 1:1) va 0,25% oksolin kislotali malhamdan foydalanish (kuniga 3-4 marta 7-10 kun). Biz bu malhamlarni tilning uchiga surdik va keyin ularni OM yuzasiga va lablarning qizil chegarasiga yoyib chiqdik 2-guruhda davolanish umumiy qabul qilingan an'anaviy terapiya bilan bir qatorda, prosasol spreyni ovqatdan oldin 3-4 marta qo'llash bilan ajralib turardi, qo'shimcha ravishda biz preparatni qo'lladik lizobakt, 2 tabletkadan kuniga 3-4 marta.

Ishda quyidagi tadqiqot usullari qo'llaniladi:

1. Klinik
2. Immunologik
3. Statistika.

**Xulosa.** Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining gerpetik stomatiti bilan og'riqan bemorlarni davolashda yangi yondashuvni takomillashtirish, bu kasallikning qaytalanishi va asoratlarini kamaytirish imkonini beradi. Klinik va laboratoriya natijalari asosida Proposol, Immunobak, Immuniflor, Multi-Tabs, Biovitrum bilan davolash samaradorligi isbotlanadi.

## **KORONOVIRUS INFEKTSIYASINI O'TKAZGAN BEMORLARDA TISH QATTIQ TO'QIMALAR HOLATI**

**Yusupalixodjayeva S.X., Usmonov B.A., Patxiddinova M.Sh.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti,

Andijon tibbiyot instituti

[Syx76.76@mail.ru](mailto:Syx76.76@mail.ru)

**Mavzuning dolzarbligi.** Doimiy ravishda nashr etilayotgan hisobotlar va sharhlarga ko'ra, rivojlangan mamlakatlar aholisining taxminan 1/3 qismi, agar ular COVID-19 bilan kasallansalar, jiddiy kasalliklar xavfi yuqori bo'ladi. COVID-19 epidemiyasining namoyon bo'lishi klinik jihatdan asimptomatik yengil simptomlardan og'ir kasallik va o'ta og'ir, o'lim bilan tugaydigan oqibatlarga olib keldi. Simptomlar orasida isitma, yo'tal va nafas qisishi va boshqa o'ziga xos bo'lmagan ko'rinishlar bo'lishi mumkin. COVID-19 infeksiyasi, shu jumladan og'iz kasalliklari bilan bog'liq o'ziga xos bo'lmagan belgilar va simptomlarga ega bemorlar sonining ko'payishi haqida tobora ko'proq xabarlar paydo bo'lmoqda. Ba'zi bemorlarda stomatologik patologiya COVID-19 ning birinchi belgisi yoki umumiy COVID-19 simptomlari boshlanishidan 3 kundan 31 kungacha qoladi.

Patologiyaga qarshi kurashish uchun samarali skrining va yetarli diagnostika zarur. Bu kasallikning klinik ko'rinishlari haqida bilim talab qiladi. Shu munosabat bilan biz COVID-19 bilan kasallangan bemorlar orasida tish qattiq to'qima holatini ko'rib chiqdik va tahlil qildik.

**Tadqiqot maqsadi** - koronavirus infeksiyasini boshidan kechirgan bemorlarda tish qattiq to'qima holatini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari.** Biz 30 yoshdan 56 yoshgacha bo'lgan COVID ning turli darajadagi og'irlikdagi, kasallikning davomiyligi  $3 \pm 2,5$  yil bo'lgan 56 bemorni tekshirdik. Stomatologik tekshiruvga kariyes diagnostikasi, aproksimal aloqalar holatini baholash, protezlar, ko'priklar, qoplamalar va plombalarning holatini baholash kiradi.

**Tadqiqot natijalari.** Bo'lishi mumkin bo'lgan parodont destruktiv zararlanishning ko'payishi bilan bir vaqtda tishlarning qattiq to'qimalariga zarar yetish intensivligining oshishi kuzatildi. Shuni ta'kidlash kerakki, dastlabki tashxis deb ataladigan barcha tekshirilgan bemorlarda tish kariyesining 100% tarqalishi aniqlandi, bunda COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda esa muhimroq intensivlik qayd etildi. Shunday qilib, COVID bilan yengil shaklda kasallangan bemorlarda KPU indeksi bo'yicha kariyesning intensivligi nazoratdan 28,85% ( $R < 0,05$ ) ga; o'rtacha og'irlikda kechishida 42,48% ( $R < 0,05$ ) ga; va og'ir kechishida - 68,07% ( $R < 0,01$ ) dan ortiq oshdi.

KPO indeksining tuzilishini tahlil qilganda, kariyes bilan og'rigan bemorlarda olib tashlangan tishlar – “U” elementi ustunlik qilishi aniqlandi; nazorat guruhida esa plombalangan tishlar “P” elementi, yengil kechishda nazorat guruhiga nisbatan 0,52% ga kamaydi.

Shunday qilib, “P” element plomba ( $p > 0,05$ ) umumiy soni COVID kasalligi o'rtacha og'ir kechgan bemorlarda 04,25% ( $R < 0,05$ ) va og'ir kechganlarda 53,3% ( $R < 0,01$ ) ga; kariyes tishlari element “K” soni ortishining tegishli dinamikasi mos ravishda 29,65% ( $R < 0,05$ ); 70,59% ( $R < 0,01$ ) va 119,29% ( $R < 0,001$ ); “U”-oldirilgan element esa 172,85% ( $R < 0,01$ ); 239,07% ( $R < 0,001$ ) va 374,83% ( $R < 0,001$ ).

**Xulosa.** Shunday qilib, COVID bilan kasallangan bemorlarda ogiz bo'shlig'ining zararlanish darajasi oshishi bu tishlarni progressiv yo'qotish va karioz zararlanishlarning o'sishi bilan bog'liq.

### PARODONTITNING COVID-19 KECHISHIGA TA'SIRI

**Yusupova N.A., Qodirova R.S.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

[Rukhsora\\_kad@mail.ru](mailto:Rukhsora_kad@mail.ru)

**Mavzuning dolzarbligi.** Betakoronavirus turkumining Sarbecovirus kichik turiga mansub og'ir o'tkir respirator sindrom bilan bog'liq bo'lgan SARS-CoV-2 koronavirus shtammi COVID-2019 koronavirus infeksiyasining qo'zg'atuvchisi hisoblanadi. Koronavirus bilan kasallanish statistikasini yurituvchi Jons Xopkins universiteti ma'lumotlariga ko'ra, 2022-yil 21-fevral holatiga ko'ra, dunyoda 424 milliondan ortiq virus bilan kasallanish aniqlangan, 5,9 millionga yaqin kishi vafot etgan.

COVID-19 infeksiyasining kechish og'irligi bemorlarning yondosh kasalliklari mavjudligi, keksa yosh va semirish bilan bog'liq. Biroq, hozirgi kunga qadar yomonroq klinik natijalarga olib keladigan o'ziga xos xavf omillari to'liq aniqlanmagan. Periodontit eng keng tarqalgan surunkali yallig'lanish kasalliklaridan biridir). Epidemiologik tadqiqotlarni o'rganish natijalariga ko'ra, kattalarning 50 foizi

yengil va o'rtacha darajadagi periodontitdan, 10 foizi esa og'ir periodontitdan aziyat chekishi aniqlangan, bu esa uni butun insoniyatning oltinchi eng keng tarqalgan kasalligiga aylantiradi.

**Tadqiqot maqsadi** - ushbu tadqiqotning maqsadi periodontitning COVID-19 asoratlarning paydo bo'lishiga ta'sir darajasini baholash.

**Tadqiqot material va usullari.** Qo'yilgan vazifalarni yechimini topish uchun: klinik, gigienik, mikrobiologik, radiologik va biokimyoviy tadqiqot usullari qo'llaniladi.

**Tadqiqot natijalari.** Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki periodontit COVID-19 ning asoratlari bilan, kasalxonaning intensiv terapiya bo'limiga chekmaydigan, diabet bilan og'rikan bemorlar va 18 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan su'niy ventilyatsiya zarurati ehtiyoji bor bemorlarning yotqizilishi bilan bog'liq.

**Xulosa.** Periodontit COVID-19 asoratlari xavfini sezilarli darajada oshiradi, shu jumladan D-dimer, leykotsitlar va C-reaktiv oqsil kabi qon markerlari darajasining oshishi bilan bog'liq. COVID-19 kechishiga ta'sir qiladi.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В МОЛОЧНЫХ ЗУБАХ**

**Абдуазимова Л.А., Мазифарова К.Р., Джалилова Ш.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[azlarova97@mail.ru](mailto:azlarova97@mail.ru)

**Актуальность.** На сегодняшний день достижения стоматологии, в том числе и детской, весьма результативны. Имеется большое количество методов и средств лечения кариеса зубов у детей, но, несмотря на это, проблема лечения кариеса молочных зубов остается неразрешенной и важнейшей в стоматологии. В техническом плане, лечение кариеса молочных зубов мало отличается от лечения зубов у взрослых. Отличает подход к маленькому пациенту и применяемое оборудование. Но, тем не менее, для того, чтобы найти контакт с ребенком и сделать прием максимально комфортным, с отсутствием страха и боли, необходимо выбрать безболезненный, в то же время эффективный метод лечения. Очень важно вылечить кариес молочных зубов, ведь коренные зубы, которые появятся потом, могут также быть заражены. Также возможны нарушения зубного ряда и прикуса, если зубы будут прорасти сквозь поврежденные молочные зубы.

Альтернативные способы лечения молочных зубов направлены на то, чтобы избежать самых неприятных моментов в процессе лечения. Большинство больных считают таким моментом обработку бормашиной кариозной полости. Вместо бормашины успешно применяют специальные ручные инструменты, химические вещества и даже лазер.

Самыми успешными на сегодняшний день альтернативными методами остаются химико-механический метод и Icon.

**Цель и задача.** Целью данной работы является сравнение традиционных и альтернативных методов лечения.

Известно, что механический метод основан на удалении пораженной структуры зуба, что сопровождается нагреванием, а также раздражающими звуками и вибрациями. Химико-механический метод, в свою очередь, основан на удалении только лишь кариозного участка дентина, не затрагивая здоровые ткани. Шведской фирмой Mediteam была создана система для химико-инструментальной обработки кариозных полостей - Carisolv. В состав системы Carisolv входит активный гель и специальный инструментарий. Система Carisolv мобильна и эргономична в исполнении, проста в применении. Она не требует наличия сложного и дорогостоящего оборудования, а также обслуживающего персонала. Метод инфильтрации совершенно отрицает этап препарирования как таковой. Для лечения кариеса данным методом немецкая компания DMG разработала систему ICON, включающую сепарационные клинья, аппликаторы, травящий гель на основе HCl, этанол, инфильтрат, а также жидкотекучий свето-композиционный материал. Используя набор данных средств в определенной последовательности, установленной производителем, добиваются максимального эффекта.

**Выводы.** Приведенные методы лечения являются весьма перспективными и могут быть внедрены в отечественную медицину. Единственный «минус» данных систем – высокая себестоимость.

### **РОЛЬ АЛЛОПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

**Абдувалиев А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[abduvoris.a.a.01@gmail.com](mailto:abduvoris.a.a.01@gmail.com)

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) - это ревматологическое заболевание, которое диагностируется в возрасте до 16 лет, причем у 17% - 87% пациентов в конечном итоге проявляется та или иная степень заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). В суставах пациентов часто наблюдается прогрессирующая костная эрозия и потеря суставного пространства, с периодами острого синовита и/или выпота. В конце концов, они демонстрируют облитерацию суставного диска и рестриктивную гетеротопическую кальцификацию. В настоящее время существует небольшое количество исследований, описывающих тотальную замену суставов у пациентов с ЮИА в педиатрическом возрасте, при этом большинство сообщений представляют собой единичные случаи или серии случаев, включающие пациентов старше 30 лет.

Практика лечения заболеваний ВНЧС у пациентов с ЮИА широко варьируется. Были разработаны рекомендации относительно того, что следует считать "минимальным минимумом" для клинического обследования, однако мы знаем, что клиническое обследование в этой группе не только часто оказывается недостаточным, но и часто вводит в заблуждение. Остаются

разногласия по поводу того, имеет ли внутрисуставное введение кортикостероидов значение на ранних стадиях воспалительных заболеваний ВНЧС, хотя по мере того, как тотальная замена сустава становится все более рутинной, ее предсказуемый результат в лечении конечной стадии заболевания становится почти единодушным стандартом.

Наши результаты согласуются с недавними отчетами других учреждений, которые использовали систему TMJ Concepts у пациентов без ЮИА. Sidebottom и Gruber в своем отчете о 74 пациентах, которым были выполнены индивидуальные замены суставов, показали среднее улучшение МРО на 11,3 мм, улучшение боли по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) с 72 до 8 и улучшение переносимой консистенции питания по 100-балльной ВАШ с 38 до 93. Они также показали, что 96% пациентов отметили улучшение качества жизни после операции. Аналогичным образом, Burgess et al. сообщили о 42 пациентах, которым были изготовлены индивидуальные протезы суставов, показав, что среднее улучшение МРО составило 17,3 мм и среднее улучшение боли на 6,6 баллов по 10-балльной шкале ВАШ. Они также показали, что 90% пациентов отметили улучшение качества жизни.

### **УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА ЗА СЧЕТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ**

**Абдуганиева Н., Ахтамова И., Абдуллаева Н.,  
Саъдуллаева Г., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Происходит укорочение зубного ряда из – за раннего удаления одного и более молочных зубов, ситуация ухудшается при увеличении количества удаленных временных зубов, так как отсутствуют физиологической тремы на этапе временного прикуса и в дальнейшем может возникнуть неправильное прорезывание постоянных зубов а именно скученность передних зубов.

Ранние потери молочных зубов выявлено у детей от 34,9 до 76,5. Из-за отсутствия профилактики и лечения кариеса происходит деминерализация эмали и образование кариозной полости.

Раннее удаление молочных зубов, может привести в дальнейшем к нарушению формирования зубных зачатков постоянных зубов, нарушению процесса окончательного созревания эмали, что приводит к развитию вторичной деформации зубного ряда.

В охлажденные периоды года часто дети болеют ОРЗ и из-за отсутствия комплексного лечения возникают острые воспалительные процессы, которые переходят в хронические.

**Цель исследования** - оптимизировать систему мероприятий по профилактике и лечению укорочения зубной дуги, вызванные преждевременным удалением временных зубов у детей.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленной цели и выполнения задач исследования было проведено комплексное обследование и

оказана ортодонтический помощь 47 пациентам со вторичной деформаций зубного ряда, из них 23 (50%) мальчика. В исследовании использовались следующие рентгенологические методы: ортопантомография и телерентгенография головы в боковой проекции. иков и 24 (50%) девочек, в возрасте от 6 до 9 лет. Проведено цефалометрическое изучение 190 боковых телерентгенограмм головы детей 6-10 лет. При анализе использовались антропометрические точки, плоскости и угловые измерения, предложенные различными авторами: Steiner. Оклюзиограммы у пациентов получали с использованием методики, с целью получения более точных данных в классическую методику были внесены изменения. Помимо артикуляционной бумаги толщиной 71 мкм была использована бумага 40 мкм, а также был использован более тонкий носитель в виде тонкой кальки. Анализ окклюзиограмм, а именно в цифровом формате, позволяет провести более точный расчет в процентом соотношения и оценить результаты после лечения.

**Результаты исследования.** По данным наших исследований основные различия в сроках прорезывания зубов касаются детей 6 лет. В этом возрасте раннее прорезывание постоянных зубов у детей с преждевременно удаленными зубами в анамнезе наблюдалось в 2,0 раза чаще ( $51,01 \pm 4,09\%$  против  $25,50 \pm 3,57\%$ ), чем с нормой и в 2,1 раза чаще ( $51,01 \pm 4,09\%$  против  $23,49 \pm 3,47\%$ ), чем запоздалое прорезывание.

В возрасте 9 и 10 лет в данной группе детей в 1,3 ( $40,29 \pm 2,9\%$  против  $30,58 \pm 3,21\%$  и  $29,13 \pm 3,16\%$ ) раза и 1,6 ( $47,79 \pm 4,29\%$  против  $28,68 \pm 3,88\%$  и  $23,53 \pm 3,64\%$ ) раза чаще наблюдались нормальные сроки прорезывания постоянных зубов, чем их нарушения.

Результаты анализа сроков прорезывания постоянных зубов у детей с преждевременно удаленными зубами указывают на то, что раннее отсутствие зубов нарушает сроки прорезывания у детей в 6-7 летнем возрасте, т.е. в самом активном периоде роста и развития зубочелюстной системы. Это оказывает существенное влияние на возникновение зубочелюстных деформаций.

**Заключение.** Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует об эффективности такой формы лечебно-профилактической работы как диспансеризация. При плановом осмотре школьников удается своевременно обнаружить этиологические факторы зубочелюстных аномалий и деформаций и вовремя устранить их, благодаря чему в дальнейшем уменьшается число больных с выраженными зубочелюстными аномалиями и деформациями. Именно за счет диспансеризации с применением методов профилактики и раннего ортодонтического лечения можно с меньшей затратой труда и времени оказать ортодонтическую помощь большему числу нуждающихся в ней детей и перейти к их плановому ортодонтическому лечению.

**ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕРТИКАЛЬНОЙ  
ОСТЕОТОМИИ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С  
НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

**Абдукадыров А.А., Курбанов Ф.Р., Абдукадыров Д.А.,  
Мухамедиева Ф.Ш., Гизатуллина А.М.**

Кафедра хирургической стоматологии ЦРПКМР

[doc-abdukadirov@mail.ru](mailto:doc-abdukadirov@mail.ru)

Ортогнатические исправления нижней макрогнатии часто сопровождаются различными осложнениями. Анализ доступной научной литературы, посвященной данному вопросу, показал, что большинство статей освещают осложнения плоскостной остеотомии ветвей нижней челюсти. По данным клиницистов наиболее частыми осложнениями во время проведения плоскостной остеотомии ветвей нижней челюсти являются: кровотечение из крупных сосудов (9-15,1%), повреждение ветвей тройничного и лицевого нервов (35-54%), вывих суставной головки (1,5%) и переломы остеотомированных фрагментов (1, 89%). Также в различные периоды после операций наблюдаются воспалительные (7-11,3%) процессы, рецидивы деформаций челюстей (4-27%), дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (5-14%) и другие осложнения (1,2,3,4,5,6,7,8;). Однако сообщений, посвященных хронологическому изучению причин и частоты вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти при ортогнатическом исправлении нижней макрогнатии и методам их устранения, не встретили.

**Цель исследования** - хронологическое изучение причин и частоты осложнений вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти у пациентов с нижней макрогнатией, разработка лечебно-профилактических мероприятий.

**Материал и методы исследований.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 76-ти и клинико-рентгенологическое обследование 16-ти пациентов с нижней макрогнатией, оперированных с использованием вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти в клинике хирургической стоматологии ЦРПКМР г.Ташкента с 1992 по 2010 годы. Возраст пациентов колебался от 18 до 58 лет. Из них 58 женщин и 34 мужчин. Ошибки и осложнения хирургического лечения нижней макрогнатии у пациентов, оперированных с использованием вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти, хронологически разделили на: предоперационные, интeроперационные, ближайшие и отдаленные после операций сроки.

**Результаты и их обсуждение.** Ретроспективный анализ историй болезней показал отсутствие записи о комплексном обследовании челюстно-лицевой области и амбулаторной подготовке пациентов к операциям с участием смежных специалистов. Не полноценное обследование пациентов, оставление хронических очагов инфекции в полости рта, глотке, носа и неисправленная зубо-альвеолярная деформация, могли привести к неточному диагнозу, выбору адекватного способа коррекции и осложнениям на различных этапах реабилитации пациентов с

нижней макрогнатией. Осложнения во время операций наблюдались у 5,43% пациентов (таблица 1).

Таблица 1

**Частота и хронология возникших осложнений у пациентов, оперированных по поводу нижней макрогнатии**

Время возникновения осложнений	Осложнения	Вертикальная остеотомия ветвей нижней челюсти
		76 (16)
Во время операции	Кровотечение	3 (3,26%)
	Перелом фрагмента во время остеотомии	2 (2,17%)
	Итого	<b>5 (5,43%)</b>
	Повреждение нижнеальвеолярного нерва	0
В ближайшее время после операции	Повреждение маргинального нерва	7 (7,6%)
	Воспаление	15 (16,30%)
	Итого	<b>22 (23,9%)</b>
	Рецидивы деформаций	16 (17,39%)
В отдаленные сроки после операции	Неточный диагноз	5 (5,43%)
	Неэстетический рубец	6 (6,52%)
	Осложнения со стороны ВНЧС	2 (2,17%)*
	Итого	<b>29 (31,51%)</b>

Они проявились в виде кровотечения из лицевой вены и артерии, перелома фрагментов, которые намного меньше, чем у плоскостной остеотомии ветвей нижней челюсти (9-15,1%). Меньшее количество осложнений во время вертикальной остеотомии в отличие от плоскостной остеотомии связано с тем, что лицевую артерию и вену во время препарирования часто можно обойти без повреждения. Оголение только латеральной поверхности ветви нижней челюсти и проведение вертикальной линии остеотомии позади сосудисто-нервного пучка также оставляет нижнеальвеолярную артерию без повреждения. Но технические погрешности при отделении дистального фрагмента от проксимального может привести к перелому последнего.

Общие осложнения ближайшего послеоперационного периода наблюдались в 22-х случаях и составили 23,9%. Из значимых осложнений наблюдались симптомы повреждения маргинального нерва (7,60%), которое намного меньше, чем повреждение нижнеальвеолярного нерва при плоскостной остеотомии (35-54%). В отличие от других клиницистов повреждение нервов мы включили в группу осложнений ближайшего после операции периода.

Так как симптомы и степень их повреждения полностью проявляются, и точно диагностируется в первые дни после операции. Повреждение маргинальной ветви происходит во время грубого препарирования мягких тканей подчелюстной области. Соблюдение всех правил техники операции с гидропрепаровкой раствором анестетика с вазоконстриктором исключает повреждение маргинального нерва и крупных сосудов подчелюстной области. Воспалительные осложнения наблюдались у 16,30% пациентов, что превышает показатели, приведенные в литературных источниках (7-11,3%) (таблица 1). По нашему мнению, причинами воспалительных осложнений являются оставленные в полости рта хронические очаги инфекции, нагноение гематомы между фрагментами и недостаточный контроль инфекции после операции. Наиболее частым осложнением в отдаленные сроки после вертикальной остеотомии являются рецидивы нижней макрогнатии (17,39%), что приближается к верхней границе данных приведенных в литературных источниках (4-27%). Причинами рецидивов, по нашему мнению, были предоперационные ошибки, такие как отсутствие ортодонтического лечения, неустранение затрудненного носового дыхания на амбулаторном этапе и неадекватный выбор способа остеотомии, связанные с отсутствием комплексного обследования. В результате антропометрического и кефалометрического измерений у 11-пациентов выявили характерные симптомы для нижней макрогнатии, которые подтверждаются изменениями следующих параметров: лицевой индекс- $85,3\pm 1,76$ ;  $\angle n-sn-gn177^\circ\pm 3,0^\circ$ ;  $gn-go=88,5\pm 1,55$ ;  $\angle SNA=79,08\pm 2,38$ ;  $\angle SNB=83,67\pm 1,54$ ;  $\angle ANB=-3,72\pm 1,81$ ;  $MT-1=89,51\pm 2,75$ ;  $MT-2=55,56\pm 3,86$  (таблица 2). В 5 случаях (5,43%) выявлены антропометрические и кефалометрические параметры, характерные для нижней макрогнатии в сочетании с верхней микрогнатией, которые подтверждаются результатами измерений; лицевой индекс 89,34-92;  $\angle n-sn-gn175^\circ-178^\circ$ ;  $gn-go=90-95$ мм;  $\angle SNA=76-78^\circ$ ;  $\angle SNB=83-85^\circ$ ;  $\angle ANB=-3,3^\circ-5,5^\circ$ ;  $\angle GO=133-137^\circ$ ;  $MX-MX=55-57$ мм;  $MT_1=93-97$ мм;  $MT_2=56-60$ мм. У одной пациентки на МСКТ-исследовании после вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти отметили гиперплазию суставного отростка нижней челюсти (фото-1-а). У другой пациентки выявлен вывих суставной головки нижней челюсти (фото-1-б), что свидетельствует об ошибочности диагноза и выбора способов хирургической коррекции в результате непроведения комплексного обследования с использованием современной медицинской технологии. В это время также наблюдались осложнения со стороны височно-нижнечелюстных суставов (2,17%), которые намного меньше, чем у плоскостной остеотомии (14%). По нашему мнению, они возникали в результате сужения венечно-мышечного расстояния, что приводило к трению суставной головки о суставной бугорок. Неэстетичные рубцы в подчелюстных областях, которые заметны в первые месяцы (6,52%), становятся малозаметными в последующие годы (таблица 1).



а)



б)

Фото-1. Диагностические и технические ошибки вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти (а), гиперплазия суставного отростка и вывих суставной головки (б)

В зависимости от выраженности рецидивов нижней в результате обследования были выбраны и проведены следующие виды лечения;

1) 7-пациентам с минимальным несоответствием зубных дуг (до 2мм) во фронтальном отделе провели компактостетомию в сочетании с ортодонтической коррекцией;

2) 2-пациентам с несоответствием зубных дуг до 5мм более проводили остеотомию ветвей нижней челюсти с изготовлением ретенционного аппарата с последующей ортодонтической коррекцией;

3) 1-пациентке с перекрестным прикусом в результате вывиха суставной головки проводили остеотомию ветвей нижней челюсти с реплантацией суставной головки

4) 1-пациентке с гиперплазией суставной головки - удаление суставной головки с аутопластикой из ребра.

5) 5-ти пациентам с сочетанной деформацией челюстей проводили бимаксиллярную остеотомию челюстей с ортодонтической коррекцией после операции.



а)



б)

Фото-2. Пациентка Я. 23 г. Нижняя несимметричная макрогнатия обусловленная гиперплазией левого суставного отростка нижней челюсти в фас, а) до и б) после операций

Во всех случаях были достигнуты хорошие эстетические и функциональные результаты. Приводим клинический пример повторного хирургического лечения пациентки Я. 28-лет с рецидивом нижней макрогнатии, обусловленной гиперплазией правого суставного отростка.



а)



б)

Фото-3. Пациентка Я. 23 г. прикус, а) до и б) после операций

В результате операций достигнуты оптимальный баланс лица и прикуса.

**Выводы:**

1. Недостаточная разработанность амбулаторных методов подготовки и предоперационных комплексных методов обследования может быть причиной различных осложнений на этапах хирургического лечения нижней макрогнатии с использованием вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти.

2. Вертикальная остеотомия ветвей нижней челюсти является технически более простым и менее травматичным способом для исправления нижней макрогнатии по сравнению с другими способами.

3. Во время операции наблюдается кровотечение из крупных сосудов, переломы фрагментов и повреждение ветвей лицевого нерва, симптомы которых проявляются впервые дни после остеотомии.

4. Воспалительные осложнения встречаются в течение первого месяца после остеотомии и причинами их являются неликвидированные в челюстно-лицевой области очаги хронической инфекции, технические погрешности выполнения операции и недостаточный контроль инфекции после операций.

5. В отдаленные после операций сроки наиболее частыми осложнениями являются рецидивы деформации челюстей, дисфункция височно-нижнечелюстных суставов и неэстетичный рубец, причинами которых являются отсутствие рациональной ортодонтической коррекции, нарушение нейромышечного баланса в результате неадекватного перемещения фрагментов и наружный доступ для проведения операции.

6. Предоперационная подготовка пациентов с междисциплинарным участием, использование современной медицинской технологии при диагностике и предложенных способов хирургической коррекции позволяет

выявить и ликвидировать осложнения вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти в различных этапах реабилитации пациентов с нижней макрогнатией.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА И ОПТИМИЗАЦИЯ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

**Абдул-Кодир З.Б., Шофайзиева Л.Н., Якубджанов Д.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[ziyodamb43@gmail.com](mailto:ziyodamb43@gmail.com), [laziza\\_shofayzieva@mail.ru](mailto:laziza_shofayzieva@mail.ru),  
[doctordior5551000@gmail.com](mailto:doctordior5551000@gmail.com)

**Актуальность.** Республики Узбекистан врожденные аномалии глоточной области, в том числе расщелины неба, в настоящее время являются один из самой распространённой патологией.

Интерес к проблеме заболеваний ЛОР органов у детей с врождённой расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) определяется высокой распространённостью заболевания, преимущественным возникновением в детском, подростковом и молодом возрасте. По данным ВОЗ, в мире частота рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) составляет 0,6-1,6 случая на 1000 новорожденных. За последние десятилетия отмечается тенденция к возрастанию частоты этого порока и врожденных пороков развития. Это связано с повышенным влиянием токсических веществ на организм из-за развития промышленности, в основном химической.

**Цель исследования** - клиническая картина состояние носоглотки у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Повысить эффективность клинического лечения детей раннего возраста с ВРГН.

**Материалы и методы.** У детей выполнено фарингоскопия, передняя и задняя риноскопия, назофарингеальная пальпация, отоскопия, импедансометрия (тимпанометрия, акустик рефлексометрия), тонал аудиометрия, эндоскопическое обследование (предоперационное и послеоперационное (хейло- и уранопластики)) с целью определения анатомо-топографического, функционального состояния полости носоглотки.

В соответствии с целью и задачами в наши исследования были включены 42 детей:

- 23 детей с расщелиной нёба: 13 – с односторонней расщелиной нёба, 10 – с двусторонней сквозной нёба и губы.
- 19 детей с изолированной расщелиной нёба.

Дети были разделены на две группы: дошкольного и школьного возраста.

Из них:

- 34 – от 1 года до 7 лет
- 8 – от 7 до 9 лет

По данным диагностического обследования, у обследованных детей были выявлены заболевания глотки, такие как гипертрофия нёбных миндалин,

наличие аденоидов, тугоухость, нарушение дыхательной функции и речи.

В следствии этих заболеваний у 86% обследованных детей проблемы со слухом и речью:

- 44% - двусторонняя кондуктивная тугоухость II – степени
- 32% - двусторонняя кондуктивная тугоухость I – степени
- 10% - односторонняя кондуктивная тугоухость I – степени

**Результаты.** Причиной тугоухости у детей в основном является наличие в носоглотке гипертрофированных носоглоточных, трубных и небных миндалин, блокирующие глоточные устья слуховых труб. У данных детей проведение классической аденотомии или аденотонзилатомии не является целесообразным. Осложнением классической аденотомии или аденотонзилатомии у детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) приведет к ослаблению носоглоточного кольца, так как после операции мышц мягкого неба приводит к их неадекватной работе, в следствии этого мягкое небо, при спонтанной речи, не смыкается с задней стенкой глотки и проявляется клиническое нарушение речи. В таком случае гипертрофированные носоглоточных, трубных и небных миндалин, занимающие большую часть глотки, способствуют мягкому небу плотно смыкаться с задней стенкой глотки. Необходимо провести комплексную, консервативную терапию, которая не нарушает клиническую, анатомическую функцию носоглотки и мышц носоглоточного кольца у детей с ВРГН. Таким образом мы можем избежать клинических проявлений носоглоточного недостатка, как осложнение нарушение речи.

Данная комплексная, консервативная терапия показала свои хорошие результаты, при котором у детей с нарушением слуха через месяц после проведения лечения при повторном диагностическом обследовании как эндоскопии (уменьшение нижней раковины и носоглоточной миндалины), аудиометрии и фонометрии (норма слуха) показатели улучшились.

**Вывод.** Таким образом, научные практические результаты данного исследования подтверждают насущную необходимость качественных изменений в оказании сложной специализированной медицинской помощи. С помощью квалифицированных специалистов с применением современной техники и технологий, нуждающимся будет предоставлена комплексная, консервативная терапия. Помощь в достижении полноценного здоровья - это забота о новом поколении, о благополучии всего общества.

### НОРМАТИВНЫЕ КРИЗИСЫ РАЗВИТИЯ

Абдуллаев А.У., Ш.А.Раупова

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность темы.** Кризис — переворот, пора переходного состояния, перелом, состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации. При переходе от одной возрастной категории к другой существуют

критические периоды (кризисы). Кризис – это разрушение прежней формы отношений человека с окружающим его миром, зачастую они сопровождаются трудностями для человека и его окружения, именно в этот период у человека формируется характер. Нормативный кризис неизбежно возникает на протяжении жизни у каждого человека.

Слово «кризис», написанное по-китайски, состоит из двух иероглифов: один означает «опасность», другой – «благоприятная возможность». (Дж.Ф.Кеннеди)

**Цель исследования.** Наша работа заключалась в изучении нормативных кризисов и их влияния на развитие человека. Оценка необходимости для человека критических периодов.

### **Задачи:**

1. Изучить виды нормативного кризиса развития.
2. Можно ли назвать Нормативный кризис этапом развития личности?

Возрастными кризисами называются временные периоды в развитии человека, в которых наблюдаются резкие психические и/или физиологические изменения. Продолжительность данных периодов может варьироваться от одного месяца до одного года, однако они являются неотъемлемой и очень важной частью развития, так, как только благодаря данным кризисам личность – будь то ребенок, подросток или зрелый человек – может перейти на следующий этап развития, стирая «прошлое».

В общей сложности насчитывается довольно большое количество кризисов и грамотнее всего рассмотреть классификацию, предложенную Д. Б. Эльконином. По его мнению, все развитие можно разделить на этапы (или эпохи), в каждый из которых происходит кризис, позволяющий перейти к следующему этапу.

### **Результаты:**

Разберем вышеуказанные этапы:

1) Кризис новорожденности – кризис, возникающий вследствие перехода от пренатального к постнатальному периоду.

2) Раннее детство включает в себя 2 кризиса:

1. Кризис первого года жизни (или малый кризис) в 2-12 месяцев, когда ребенок начинает ходить и получает свободу в действии

2. Кризис 3-х лет (или кризис «Я сам»), когда ребенок начинает хотеть все делать сам.

3) Детство также включает в себя 2 кризиса:

1. Кризис 6-7 лет, в котором происходит утрата детской непосредственности, что является большой предпосылкой к готовности к школе.

2. Кризис 7-11 лет, когда появляется так называемое «чувство взрослости» и отношения между ребенком и взрослым меняются.

4) Подростничество опять же включает в себя 2 значимых кризиса. Это:

1. Кризис 15 лет, когда появляются зачатки рефлексии у подростка и рождается его самосознание.

2. Кризис 17 лет, как раз обозначающий окончание подросткового возраста и переходение во взрослость.

Далее можно отметить этап юношества, то есть от 17 до 21 года. В данный период у человека наблюдается заметный рост самосознания, сильно повышается критичность, как к себе, так и к окружающим. Обычно у людей в данный период наблюдается зависимость к оценке со стороны и стремление к взрослости.

Следующим этапом можно назвать этап зрелости (примерно от 21 до 60 лет), в котором наблюдается кризис зрелости. В этот период обычно на первый план выходит создание семьи и построение карьеры, в связи с чем человек начинает чувствовать себя успешным или же наоборот.

И, наконец, последним этапом идет старость (от 60 лет). В данный период начинается бурный анализ прожитой жизни и в связи с построенной жизнью к человеку придет смирение и благодарность либо отчаяние за несбыточные мечты и невыполненные цели.

**Выводы.** Как можно заметить, все возрастные кризисы являются важной частью взросления и перехода от одного этапа в другой. Проходя кризисы, как правило все люди чувствуют себя по-разному – для кого-то он может проходить довольно болезненно, с большой степенью негативизма, а кто-то может не замечать, как он прошел, однако в любом случае его невозможно будет избежать. Наиболее уязвимыми же являются именно кризисы детства и подросткового возраста, так как в этот момент ребенку необходима помощь старшего близкого. Именно в этот период жизни идет становление характера ребенка.

В данный момент довольно актуальной проблемой является то, что взрослые не воспринимают кризисы как что-то биологически заложенное, а скорее, как перемены в поведении, которые с легкостью можно исправить за счет правильного воспитания. Конечно, это суждение неправильное и от старших (то есть родителей или опекунов) требуется большое количество терпения и понимания к ребенку, так как изучая все новое в кризисные периоды ребенку важна поддержка. Если же его ругать или игнорировать в такие периоды, он перестанет развиваться, думая, что поступает плохо, что в последствии может привести к проблемам с социализацией или адаптацией ребенка в новой среде.

Кризис-это переходный период. По результатам изучения, можно выделить кризисы подросткового периода, так как именно в этот период у подростков формируется характер. Подводя итоги хотелось бы заметить, что кризисы являются неотъемлемой частью становления личности человека.

**ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ  
ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ**

**Абдуллаев Ж.Ю., Нурбоев И.Ж., Баратова Р.С., Ахматов А.А.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Требования к соблюдению высоких требований врачебной этики и медицинской деонтологии в наше время многократно возросло с нарастанием числа высокоактивных лекарственных средств, опасности лекарственной полипрагмазии, потоком новых диагностических технических средств. Возможность выбора адекватной терапии, профилактики ятрогении определяется качеством диагностики. Отсюда возникает необходимость достаточного знакомства врачей общей лечебной сети основными разделами прикладной нефрологии.

**Цель работы** - представить результаты многофакторного анализа случаев поздней диагностики и неадекватной курации больных детей с семейно-наследственными и дизметаболическими нефропатиями по данным разбора истории болезни.

**Материал и методы.** Проанализировав более 200 случаев поздней диагностики и неадекватной курации больных детей с семейно-наследственными и дизметаболическими нефропатиями госпитализированных через приемное отделение ОДММЦ Самарканда.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что главной причиной является недостаточная теоретическая и практическая подготовленность врача, неумение сопоставить клинико-anamnestических и лабораторных данных, невнимательное, поверхностное обследование больных. Только в 24% диагностические ошибки можно было отнести к категории объективных, а 76% субъективных - низкая квалификация врача, незнание современной нозологической структуры нефропатий, недооценка анамнестических данных, недооценка минимальных патологических изменений в моче. Естественно, незнание и не использование известных методов диагностики вызывает недовольство у больных и их родственников, создает конфликтную ситуацию между ними и врачом.

Между тем, для диагностики интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, дизметаболических нефропатий уже в настоящее время существуют вполне определенные клинико-лабораторные критерии – характерный спектр патологии в родословной, гиперурикемия, уратурия, оксалатно-кальциевая кристаллурия, экскреция с мочой продуктов распада мембранных фосфолипидов.

**Выводы.** Причиной же диагностических ошибок опять таки является простая ориентация врачей лишь на изменения в моче, пренебрегая классическим приемом диагностики – изучения семейного анамнеза. Имеет место так же недооценка или неумение сравнительно анализировать клинических симптомов. Так, в практике клинической нефрологии однозначно известно, что для гломерулонефрита характерен 2-3 недельный интервал после

перенесенного инфекционного заболевания, тогда как семейно-наследственные и врожденные заболевания, аномалии развития органов мочевой системы проявляются мочевым синдромом на фоне интеркуррентных заболеваний, что должно бы служить веским основанием для тщательной дифференциации. Это принципиально, поскольку терапия, показанная при гломерулонефрите для организма небезразлична, а в ряде случаев (наследственный нефрит, дизметаболические нефропатии) и противопоказана.

### **ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ПРОЦЕССЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ ЛИЦА**

**Абдуллаев Ш.Ю., Юсупова Д.З., Раимкулова Д.Т.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Активизация внимания хирургов к проблеме рубцовых деформаций кожи лица способствовало развитию пластической хирургии, а также всё большее понимание обществом важнейшей роли внешнего вида в жизни человека. По данным исследований каждый год у 100 миллионов человек по всему миру появляются шрамы после травм и хирургических вмешательств, и 15 миллионов из них имеют гипертрофические и келоидные рубцы. При этом возникновение грубых рубцов часто приводит к развитию нервно-психических расстройств вплоть до случаев тяжелой депрессии, развитию постоянной нетрудоспособности. Профилактика развития патологических рубцов кожи лица (при хирургических вмешательствах) и лечение (коррекция) рубцов представляет собой важную медико-социальную проблему.

**Цель исследования.** На основании вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось разработка диагностических критерий, а также путей профилактики и лечения послеоперационных рубцов лица.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ лечения 38 пациентов с посттравматическими рубцовыми деформациями. Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет. Пациентов женского пола было 29 (76,3%), мужского - 9 (23,7%). К операциям мы отнесли рубцы, возникшие в результате перенесенных оперативных вмешательств на лице. Для верификации рубца, определения его глубины и связи с подлежащими анатомическими структурами, а также для динамического наблюдения патологического рубцевания тканей нами выполнялось ультразвуковое исследование рубцов. Ультразвуковое исследование рубцов у данных пациентов проводили до введения препарата и спустя 1 месяц после каждого введения. Были использованы методики консервативного лечения рубцов, в перечень которого входило гормонотерапия, а также в фазе воспаления на рану накладывали повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия и мазью «Левомеколь».

Нами также был разработан алгоритм лечения и профилактики рубцов, где больным после операции в стадии гемостаза назначали сукцинат натрия по 0,5 г два раза в сутки в течение 10 дней. Кроме того, для снижения системных

осложнений вводили иммуномодулятор - гиалуроновую кислоту.

Обследование больных включало анализ жалоб, анамнеза, данных объективного исследования, проводили также стандартные лабораторные и инструментальные исследования. У всех обследованных подсчитывалось количество тромбоцитов в гематологическом анализаторе, адгезивные и агрегационные свойства тромбоцитов. Коагулометрическим методом определяли длительность протромбинового времени, АЧТВ с помощью реагентов НПО «РЕНАМ» (Россия).

**Результаты и обсуждение.** Проведенная комплексная терапия, при сопоставлении общепринятой традиционной терапией, сопровождалось изменением в показателях системы гемостаза. У больных основной группы снизилась количество десквамированных эндотелиоцитов, что привело к снижению активности тромбоцитов. Оно выражалось в достоверной снижении суммы активных форм тромбоцитов, снижению их агрегационной активности при воздействии индуктора АДФ. Также, у больных основной группы, получавших комплексную терапию, наблюдалось снижение потребления фибриногена, удлинение во времени показателя АЧТВ, указывающего на улучшение гемореологических свойств крови.

Необходимо отметить, что введение гиалуроновой кислоты, обладающего противовоспалительным эффектом, привело к снижению уровня провоспалительных цитокинов, фагоцитарной активности и тем самым сыграло важную роль в поддержание иммунной системы и сокращению срока стадии воспаления, предотвращая переходу его в хроническую форму. Необходимо отметить и значение данной комплексной терапии в снижении уровня гипоксии введением сукцината, так как гипоксия усиливает воспалительный ответ за счет повышения уровня кислородных радикалов и продуктов перекисного окисления.

В группе лиц, которым было проведено традиционная терапия, как видно из представленных результатов исследований, уровень васкулоэндотелиального фактора роста была незначительно повышена относительно группы здоровых лиц. Комплексная терапия с включением антигипоксанта-сукцината натрия и гиалуроновой кислоты сопровождалась достоверным повышением уровня фактора роста эндотелия в крови, что указывало на активацию процесса ангиогенеза в раневой полости. В стадии пролиферации благоприятное воздействие на процесс заживления было опосредовано не только влиянием фактора роста эндотелия, но также и обоснованной комплексной терапией.

**Заключение.** Таким образом, согласно клинко-лабораторным результатам исследования применение сукцината натрия и гиалуроновой кислоты влияло на изменение ширины послеоперационных рубцов, приводя к уменьшению экспансии в динамике заживления и положительно воздействовало на внешний вид рубцов - на цвет, толщину, высоту и контуры. Оптимизация заживления послеоперационных ран мягких тканей лицевой области была выявлена на всех стадиях процесса заживления ран. Всё это позволяет нам делать выводы, что разработанные нами методы диагностики,

лечения и профилактики рубцов, являются эффективными и могут быть рекомендованы к широкому клиническому применению.

**ТОҒ-КОН САНОАТИ ИШЧИЛАРИНИНГ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИГА  
ТАЪСИР ЭТУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АЙРИМ  
ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ (МИС ИШЛАБ ЧИҚАРИШ  
КОРХОНАСИ МИСОЛИДА)**

**Абдурахимов Б.А.**

Тошкент тиббиёт академияси  
[bobirjonabdurahimov@mail.ru](mailto:bobirjonabdurahimov@mail.ru)

**Мақсад** - мис ишлаб чиқариш корхоналари ишчиларининг саломатлик ҳолатини, турмуш тарзи ва шароитини ўрганиш, умумий ва касб касалликларни ривожланишига сабаб бўлувчи хавф омилларини аниқлаш ва уларни баҳоловчи прогностик жадваллар ишлаб чиқиш.

**Материал ва усуллар.** Мис бойитиш фабрикаси (МБФ) ва мис эритиш заводи (МЕЗ) да бевосита хавф омили тасири бор бўлган шароитда ишлайдиган 330 нафар ишчилар (ҳодиса гуруҳи) ва 350 нафар хавф омили тасири йўқ бўлган (назорат гуруҳи) шароитида ишлайдиган ишчилар орасида (анкета-сўров) ўтказилди.

**Натижа.** Аҳолига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, аҳолининг турмуш сифатини яхшилашга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш ва уларни амалиётда қўллаш ҳар бир тиббиёт ходимининг ўз олдига қўйган вазифаларидан биридир. Текширувлар натижасида олинган 12 та ишлаб чиқариш, ижтимоий-гигиеник ва тиббий-биологик омиллар ишчиларни вақтинча меҳнат қобилиятини йўқотилиши билан боғлиқ касалланиш кўрсаткичларига таъсир диапазони 19,77-49,45 чегараларини ташкил қилар экан. Шундай қилиб меъёрий интеграцион (прогностик) кўрсаткич қанча катта бўлса, комплекс олинган омилларнинг таъсир кучи шунча юқори ва унинг акси, прогностик кўрсаткич қанча кичик бўлса, омилларнинг таъсир кучи шунча паст бўлади. Олиб борилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатмоқдаки, беморларни назорат қилиш, даволашда қатор камчиликларга йўл қўйилган: текширувлардан тўлиқ ўтказмаслик, касаллик кечиш даражасини тўғри баҳолай олмаслик ва бунинг натижасида даволашнинг ноадекватлиги, стационарда даволашнинг ўз вақтида амалга оширилмаслиги ва ҳоказолар шулар жумласидандир.

**Хулоса.** Ишчилар орасида хавф гуруҳини комплекс баҳолашга имкон берадиган мазкур истиқболли жадвалдан кенг фойдаланиш, даврий тиббий профилактик кўриклар пайтида цех терапевти, СЕО ва ЖСХ меҳнат гигиена шифокори, БТСЁ муассасаларида фаолият юритадиган тиббиёт ходимларига, вақтинча меҳнатга яроқсизлиик холларини, узоқ муддатли ва тез-тез касалликларга мойил бўлганларни дастлабки даврда аниқлашга, уларни дифференциал диспансер мониторингини ўтказишга, индивидуал режаларни тузишга ва мақсадли равишда соғломлаштириш тадбирларини ўтказишга имкон беради.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛУРЕТИНИРОВАННЫХ И  
ДИСТОПИРОВАННЫХ КЛЫКОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ**

**Абдухоликова Г.М., Туйчиев Р.В., Шаамухамедова Ф.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Дистопия, или аномалии положения зуба, связана с неправильным положением зубного зачатка в результате нарушения эмбрионального развития, либо с патологией прорезывания зубов, обусловленной генетическими и экзогенными факторами.

Ретенция зуба всегда сопровождается его дистопией. Выделяются две разновидности ретенции зуба: частичная ретенция зуба, полная ретенция зуба, односторонняя, двусторонняя. Очень редко встречается ретенция зуба, когда ретинированный зуб коронкой повернут в сторону тела челюсти, а корнями – к альвеолярному краю. Причины ретенции и дистопии зубов различны: общее ослабление организма под воздействием инфекционных заболеваний, неправильное искусственное кормление ребенка, влияние общих заболеваний организма, задержка замены временных зубов постоянными, аномальное расположение зачатков постоянных зубов в кости челюсти, наличие на пути режущегося зуба сверхкомплектных зубов, филогенетическое уменьшение размеров челюсти, нарушением роста челюсти в онтогенезе, толстые стенки зубного мешочка и неблагоприятная наследственность. Ретенция и дистопия зубов приводят к развитию различных патологических последствий, таких как одонтогенная киста, рассасывание корней соседних с ретинированным зубов, нарушение формы прикуса, травма мягких тканей полости рта. Таким образом, нерешенные проблемы ретенции зубов у детей обусловили тематику исследования.

**Цель** – определить частоту встречаемости и структуру ретинированных и дистопированных клыков среди детей г.Ташкента

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на кафедре стоматологии детского возраста в стоматологической клинике Ташкентского государственного стоматологического института. Было проведено стоматологическое обследование 132 детей в возрасте 10-17 лет. Из них 79 девочек и 53 мальчиков. Осмотр полости рта пациента включал определение состояния твердых тканей зубов, наличие кариозных или некариозных поражений, состояние слизистой оболочки щеки, десны и нёба, локализации уздечки верхней и нижней губы, языка, размера языка, высоты нёба, осмотр развития альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей, величину базиса расположенного на уровне апекса, формы, величины, количества и расположение отдельных зубов в зубной дуге, соотношения верхней и нижней челюстей.

**Результаты.** Пальпируя беззубые участки альвеолярного отростка у 9% обследованных были определены острые костные выступы, образовавшиеся после удаления зубов в результате неполного зарастания костной тканью луночки зуба и выступающей межзубной перегородки. Клиническая картина

ретинированного зуба часто характеризовалась бессимптомным течением. Косвенный признак ретенции – отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге или наличие временного зуба, который наблюдался в 76% случаев. Ретинированные зубы были причинами неправильного положения соседних зубов – 36%, их смещения – 14%. В других случаях эти зубы давили на веточки периферических отделов II и III ветви тройничного нерва.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование показало, что проблема ретенции и дистопии зубов занимает одно из ведущих мест среди патологии зубочелюстного аппарата, что требует пересмотра мер по профилактике и санации полости рта у данной категории населения. Своевременное выявление и лечение данной патологии способствует предотвращению развития осложнений и вторичных деформаций.

### ТИББИЁТ СОҲАСИГА ОИД ТЕРМИНЛАРНИ ЎҚИТИШДА ЭЛЕКТРОН РЕСУРСЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Аброров О.Д., Юнусова Д.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Замонавий ахборот-коммуникация технологияларини миллий иқтисодиётимизнинг барча тармоқ ва соҳаларига кенг ва жадал кириб бориши ахборотлашган жамиятни шакллантиришга замин яратмоқда. «Ахборотлашган иқтисодиёт», «Электрон ҳукумат», «Электрон бошқарув», «Масофавий таълим», «Очиқ таълим», «Электрон таълим» каби тушунчалар ҳаётимизга кенг кириб келди.

«Ресурс» ибораси ҳозирги вақтда жуда кенг маънода ишлатилади. «Таълим ресурси» деганда эса ўқув жараёни давомида билим олишда фойдаланиладиган турли хил кўриниш ва шакллардаги ўқув материаллари манбаси тушунилади. Бошқача айтганда, таълим ресурси – ўқув жараёнида фойдаланиладиган ахборотлар манбаси. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда таълим ресурсларини қуйидаги гуруҳларга ажратишимиз мумкин:

1. Матн, расм, схема ва жадвалларни ўз ичига олган анъанавий нашр материаллари (дарслик, ўқув қўлланма, маърузалар матни ва курси, лаборатория ва амалий машғулотлар бўйича қўлланмалар, масалалар тўплами, луғатлар, каталоглар, маълумотномалар, тарқатма материаллар, ўқув-кўргазмали материаллар, турли хил услубий қўлланма ва кўрсатмалар, савол ва топшириқлар ва бошқа).

2. Анъанавий аудио ва видео-материаллар: муסיқий ва нутқий материаллар (маърузалар ёзилган дисклар, аудиокитоблар, ўқув видеофильмлари ва бошқа), намоиш роликлари, тақдимот лавҳалари, кинематографик маҳсулотлар.

3. Замонавий (рақамли) электрон ресурслар: турли хил ахборот ташувчи воситалар (диск, флешка ва б.)га ёзилган файллар, замонавий электрон воситалари ёки компьютерлар ёрдамида эшитиш ва кўриш имконияти яратилган рақамли электрон материаллар.

4. Ўқиш, мустақил таълим олиш ва олинган билимларни текшириш учун махсус дастурлар: ўқув мазмуни ёритилган ва ўқувчи билан ўзаро мулоқотга йўналтирилган ҳамда маълум педагогик вазифаларни ечиш учун мўлжалланган дастурлар, дастурлар мажмуи ёки тизимлари.

Тиббиёт соҳасига оид терминларни ўқитишда қуйидаги электрон ресурслардан фойдаланиланиш тавсия этилади (1-жадвалга қаранг):

1-жадвал.

**Тиббий мазмундаги электрон ресурслар**

№	Электрон ресурслар	Интернет силкаси
<b>Ўқув адабиётлари</b>		
1.	Умумий терминология ҳамма учун	<a href="#">Medical Terminology: An Illustrated Guide, Medical Terminology Simplified : A Programmed Learning Approach by Body System, Medical Terminology: A Short Course, Check Your English Vocabulary for Medicine</a>
2.	Шифокорлар учун	<a href="#">Professional English in Use Medicine, Career Paths: Medical</a>
3.	Ҳамширалар учун	<a href="#">Career Paths: Nursing, English for Nursing (1, 2)</a>
4.	Фармацевтлар учун	<a href="#">English for the Pharmaceutical Industry</a>
<b>Инглизча тиббий терминлар луғати</b>		
5.	Анатомик терминлар	<a href="#">innerbody.com</a>
6.	Тиббий терминлар изоҳли луғати	<a href="#">medicinenet.com</a>
7.	Тиббий терминлар	<a href="#">emedicinehealth.com</a>
8.	Тиббий терминлар	<a href="#">online-medical-dictionary.org</a>
9.	100 000 терминлар	<a href="#">medilexicon.com</a>
10.	Тиббий бўлими	<a href="#">merriam-webster.com</a>
<b>Инглиз тиббий терминларни ўрганувчи сайтлар</b>		
11.	Стоматологик мазмундаги тестлар	<a href="#">businessenglishsite.com</a>
12.	Тиббиёт терминлари	<a href="#">englishclub.com</a>
13.	Беморлар билан диалог	<a href="#">englishmed.com</a>
14.	Тиббиёт мавзулари	<a href="#">hospitalenglish.com</a>
15.	Машқлар	<a href="#">medicalenglish.com</a>
<b>Видеолар</b>		
16.	Беморларни парвариш	<a href="#">Virginia Allum</a>
17.	Плейлист видео	<a href="#">English for medicine</a>
18.	Тиббиёт платформаси	<a href="#">medtube.net</a>
19.	Профессионал шифокорлар	<a href="#">videomd.com</a>
20.	Клиник ташхис	<a href="#">thedoctorschannel.com</a>
<b>Аудио подкастлар</b>		
21.	Қиска подкастлар	<a href="#">Inside Health</a>
22.	Узун подкастлар	<a href="#">Health Check</a>
23.	Видео ва аудио подкастлар	<a href="#">surgery101.org</a>
24.	Педиатрлар учун подкастлар	<a href="#">pedscases.com</a>
<b>Тиббиёт мақолалари</b>		
25.	Беморлар учун	<a href="#">medlineplus.gov</a>
26.	Онлайн журнал	<a href="#">physiciansweekly.com</a>
27.	Тиббиёт янгиликлари	<a href="#">news-medical.net</a>

Тиббиёт соҳасига оид ўқув адабиётларни қўйидагиларни тавсия қиламиз:  
Dorling Kindersley. Medical Symptoms: A Visual Guide: The Easy Way to Identify Medical Problems. – Great Britain, 2018. – 258 p.

Dorling Kindersley. Illustrated Medical Dictionary; Essential A-Z quick reference to over 5,500 medical terms. – London, 2016. – 612 p.

Dorling Kindersley. Ultimate Visual Dictionary of Science. – London, 2012. – 456 p.

Шифокорлар учун инглиз тили дарсликлари қўйидагилардан иборат  
English in Medicine – ҳамкасблар билан инглиз тилида мулоқот қиладиган тиббиёт мутахассислари учун курс. 4 кўникмаларни турли вазифалар туфайли ривожлантиради;

Professional English in Use Medicine – Cambridgedan яна бир тиббиёт курси. Мазкур курс тиббий лексиканинг кенг доирасини қамраб олади ва мустақил иш учун жуда яхши;

Check Your English Vocabulary for Medicine – асосий тиббиёт терминологиясини ўзлаштиришга имкон берувчи иш дафтари. Кроссворд, бошқотирма ва ўйинлардан иборат;

Oxford English for Careers: Medicine and Nursing – тиббиёт мутахассислари ва ҳамширалар учун мўлжалланган 2 та курс. Машқлар, вазиятли грамматик маълумотнома, луғат, аудиоёзувлар киради;

Л.Г.Козыреванинг “Английский язык для медицинских колледжей” ҳамда М.С.Муравейскаянинг “Английский язык для медиков” китоблари лексика ва грамматика, профессионал адабиётни ўрганишга мўлжалланган;

Good Practice – оғзаки инглиз тилини ўзлаштириш учун тўлақонли курс. Аудио ва DVDни ўз ичига олган шифокор ва бемор диалоглари + ишчи варақларидан иборат.

Хулоса қилиб айтганда, тиббиёт соҳасига оид терминларни ўрганишда интерфаол методлардан фойдаланиш зарурлиги инглиз, ўзбек ва рус тилларида терминлар лексикасини ўзлаштиришга имкон беради.

## **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗОНЫ РОСТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ТАШКЕНТА.**

**Авазметова Л. Г., Ашуров Т.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Как известно, состояние оксификации костей отражает общие процессы развития организма и является ценным показателем физического развития детей и подростков; при этом, развитие костного скелета во многом зависит от климатогеографических и социально-гигиенических факторов. Вышеуказанное делает весьма актуальным изучение процессов окостенения скелета для оценки физического развития детей, особенно на фоне их соматической акселерации.

**Цель исследования** - комплексно изучить зон роста и процессов окостенения трубчатых костей, с применением рентгенологического метода.

Определить общие закономерности развития зон роста трубчатых костей для оценки уровня физического развития и степени полового созревания детей.

**Материал и методы.** Нами было изучено по рентгенограммам возрастная динамика изменений процесса окостенения метаэпифизарных частей верхних (плечевая, лучевая и локтевая кости) и нижних (бедренная, большеберцовая и малоберцовая кости) конечностей. Изучено более 300 рентгеновских снимков длинных трубчатых костей детей школьного возраста г.Ташкента в возрасте от 7 до 16 лет.

**Результаты и обсуждение.** В результате анализа, было установлено, что сроки окостенения дистального эпифиза бедренной кости, проксимального эпифиза большеберцовой и малоберцовой костей у детей наступают в 8-летнем возрасте, а остальных трубчатых костей (за исключением проксимального отдела локтевой и дистального эпифиза плечевой костей) – в 10-11 лет. Следовательно, в трубчатых костях детей школьного возраста, для которых характерна высокая нагрузка и большим объемом движений, процесс окостенения начинается раньше, чем в менее нагружаемых костях. Ускоренный темп синостозирования метаэпифизарных ростковых зон трубчатых костей отмечается в возрастных диапазонах 8-11 и 14-15 лет. Рост плечевой кости осуществляется, в основном, за счет проксимального отдела, предплечья - за счет дистального отдела, тогда как бедренной кости и голени - за счет обоих эпифизарных отделов.

**Заключение.** Таким образом, в результате анализа данных выявлено, что завершение процесса синостозирования метаэпифизарных ростковых зон длинных трубчатых костей наступает с 16-летнего возраста детей.

Установлено, что синостозирование эпифизов и метафизов начинается в конкретном участке для каждой кости, а не идет равномерно с послойной заменой метаэпифизарного хряща костной тканью. Синостозирование всех длинных трубчатых костей завершается к 17-18 годам.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ОРБИТЫ**

**Агзамова С.С., Норматов Д., Аъзамов А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Решение задач по оказанию помощи пациентам с сочетанной травмой сегодня одна из актуальных проблем. В 34% травма орбиты сочетается с повреждением глаз. 27% случаев повреждение органа зрения сопровождается травмой трех и более анатомических областей. Многообразие, тяжесть и быстрота развития патологического процесса затрудняют диагностику сочетанной травмы. Повреждения органа зрения при сочетанных травмах часто выявляются спустя несколько часов, дней и даже недель. В таких случаях лечение оказывается бесперспективным и пострадавшие теряют зрение.

**Цель работы** - определить методы и последовательность этапов оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой орбиты.

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 69 пациентов (12-64 лет) отделения челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) с 2018 по 2020 г. Переломы орбиты сочетались с контузионными изменениями глаз у 39 пациентов, открытой травмой глазного яблока - 30. Диагностика проводилась с использованием Rg, КТ, МТР.

**Результаты.** Среди изолированных переломов преобладали переломы нижней стенки орбиты 31%, медиальной стенки орбиты 17,4%, латеральной стенки орбиты 2,3%, костей носа 33,3%, скуловой кости 8%, стенки гайморовой пазухи 7,1%. Сочетанные переломы двух стенок орбиты наблюдалось у 7,1% пациентов. Множественные переломы нижней стенки орбиты наблюдались в 61,2% случаях, костей носа в 34%, скуловой кости в 38%, медиальной стенки орбиты в 23%, стенки гайморовой пазухи в 18% случаях. Реже сочетались переломы латеральной и верхней стенок орбиты. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, с использованием антибактериальных, стероидных, нейропротекторных, антиоксидантных, гемолитических, ноотропных и улучшающих микроциркуляцию в ретинальных сосудах препаратов, физиотерапия проводилась на 14 день от начала заболевания. Реконструктивные операции проведены у 33,5% пострадавших, из них с тяжелой ЧМТ и сочетанной травмой операции проводились после стабилизации состояния.

Выделены: первичная реконструкция (1-14 дней после травмы) - 36 пациентов, отсроченная реконструкция (14-30 дней) – 7 и поздняя (4 месяцев до 1,5 лет) - 26. В оперативном лечении и динамическом наблюдении участвовали: челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, ЛОР-врач, офтальмолог. Для восстановления анатомических структур орбиты использовали: титановые минипластины «Conmet», биоматериалы Аллоплант, пластмассу «Протакрил»; интубационную систему Ритленга. 26 пациентам реконструкция проводилась в 2-3 этапа.

Результаты оценивали через 6-8 месяцев после последней операции, проводили антропометрические измерения и фоторегистрацию изображений лица, расчет индекса асимметрии. Во всех случаях получен удовлетворительный результат. Коэффициент асимметрии не превышал 1,8. Протезированный глаз располагался на одном уровне со здоровым глазом, визуальные функции остались значительно улучшенными.

**Заключение.** При сочетанной травме сроки хирургического лечения определяются тяжестью ЧМТ. При стабилизации состояния пациента, распределяется последовательность: офтальмолог, нейрохирург, челюстно-лицевой хирург.

**АНАЛИЗ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РОЗАЦЕА**

**Агзамходжаева С.С., Соипов Ш.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Розацеа - хроническое воспалительное заболевание кожи лица. В структуре дерматологической патологии розацеа составляет от 2% до 10%. Недавние исследования показали, что розацеа часто встречается у людей с широким спектром расового/этнического происхождения и типов кожи. На более темных типах кожи отмечается поздняя диагностика заболевания из-за трудности распознавания эритемы и телеангиэктазии. В литературе имеется множество исследований, изучающих параметры общего анализа крови (ОАК) как маркеры системного воспаления. Обнаружено, что соотношение нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), соотношение тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), индекс системного воспаления (SII) были связаны с прогнозом и клинической тяжестью течения различных заболеваний.

**Целью исследования** было изучить показатели ОАК и маркеры системного воспаления у пациентов с розацеа.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 60 пациентов с диагнозом розацеа в возрасте от 19 до 63 лет, средний возраст составил  $37.5 \pm 14.7$  лет. Группу контроля составили 35 здоровых, аналогичных по возрасту и полу. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 16 лет.

**Результаты исследования.** Эритемато-телеангиэктатический подтип регистрировался у 34 больных (57%), папулопустулезный подтип - 26 (43%), у 1 больного диагностирована ринофима.

Были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0.05$ ) по следующим показателям ОАК: общее количество тромбоцитов (PLT) в группе сравнения было выше, чем в группе контроля, и составило  $297,7 \cdot 10^9/L$ , отношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) составило 169,4 в группе сравнения и 117,5 в группе контроля, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR) - 2,92 в группе сравнения и 1,9 в группе контроля, индекс системного иммунного воспаления (SII) – 925,6. По сравнению с контрольной группой показатели PLT, PLR и NLR у пациентов с розацеа были значительно выше.

**Выводы.** Таким образом, биомаркеры системного воспаления у пациентов с ранней стадией розацеа могут считаться полезными прогностическими индикаторами заболевания. Эти показатели могут предоставить надежные и удобные предикторы для выявления пациентов, которым будет своевременно поставлен диагноз и начато лечение.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ «GLUMA DESENSITIZER» И ГЛУФТОРЕД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ**

**Адилов К.З., Адилова Ш.Т.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[Adilov70@gmail.com](mailto:Adilov70@gmail.com), [Adilova.shoira65@gmail.com](mailto:Adilova.shoira65@gmail.com)

Под гиперестезией тканей зуба понимается повышенная чувствительность к механическим, температурным (холод, тепло) и химическим раздражителям (преимущественно к кислому). Анализ данных литературы свидетельствуют о значительной распространенности гиперестезии твердых тканей зуба. По данным различных авторов, в США более 40 млн. людей страдает от гиперестезии, в Германии около 40% пациентов лечится по поводу этого состояния (Балькехолв М., 2000). По мнению Кузьминой Э.М. (2003), около 40% населения в мире имеют повышенную чувствительность. В частности, в Великобритании распространенность повышенной чувствительности составляет 37-52%, а при патологии пародонта - 72-98% (Кузьмина Э. М., 2003).

Причины повышенной чувствительности дентина различны: эрозия зубов, клиновидные дефекты, заболевания пародонта, повышенная стираемость зубов, процедура отбеливания (Фёдоров Ю.А. с соавт., 1997; Максимовская Л.Н., 2002).

Для устранения гиперчувствительности зубов используется широкий спектр препаратов, среди которых наибольшее распространение получил препарат «Gluma Desensitizer» для механической изоляции поверхности дентина адгезивными материалами. Следует отметить, что препарат «Gluma Desensitizer» особенную популярность приобрел в США с начала 90-х гг. Он включен Clinical Research Associates (CRA) Mewsletter в список 50 наиважнейших препаратов, которые обязательно должны быть в каждом стоматологическом учреждении. Препарат «Gluma Desensitizer» является водным раствором, содержащим 36,1 весовой процент Hydroxyethylmethacrylat (HEMA) и 5,1 весового процента Glutaraldehyd (GA). Принцип действия препарата «Gluma Desensitizer» основан на obturации просвета открытых дентинных канальцев, деполяризующем эффекте ионов калия и снижении проводимости нервного импульса. Кроме того, действие препарата «Gluma Desensitizer» уменьшает проницаемость дентина путем выделения протеина плазмы и закупоривания ими периферийных дентинных канальцев, позволяет блокировать внутриканальную жидкость, движение которой и вызывает болевые ощущения.

**Цель исследования** - сравнительная оценка эффективности десенситайзера «Gluma Desensitizer» (Германия) и препарата для глубокого фторирования Глуфторед (Россия) применяемых в ходе проведения процедуры профессионального отбеливания.

**Материал и методы исследования.** Кроме общих (опрос, осмотр,

термометрия, зондирование, перкуссия), мы применили следующие специальные, наиболее объективно отражающие изменения в структуре зуба, методы регистрации степени интенсивности гиперестезии зуба и изменений качественных и количественных характеристик эмали: ИИГЗ (индекс интенсивности гиперестезии зубов), ТЭР-тест (теста эмалерезистентности). Регистрация показателей проводилась до реминерализующей терапии через одну и две недели после терапии. Полученные результаты обрабатывались с применением Microsoft Excel 2007, Statistica 6.0

**Результаты и их обсуждение.** Всего обследовано и лечено 67 пациентов, прошедших процедуру отбеливания. С использованием препарата «Gluma Desensitizer» пролечены 39 пациентов (I группа) и 38 с препаратом для глубокого фторирования Глуфторед (II групп). Из них 50 женщин и 17 мужчин в возрасте от 24-45 лет. Лечение препаратом «Gluma Desensitizer» и Глуфторед осуществлялось в следующей последовательности: а) механическая очистка обрабатываемой поверхности; б) защита слизистой оболочки кофердамом; в) высушивание обрабатываемой поверхности; г) нанесение кисточкой на обрабатываемую поверхность эмали минимального количества препарата «Gluma Desensitizer» до высыхания в течение 30-60 с; д) просушивание поверхности струей воздуха для удаления слоя влаги и исчезновения блеска.

В первую очередь следует отметить, что изменения морфохимических процессов после осветления эмали были зарегистрированы в 1 и 2 группах пациентов, что отражается в появлении симптома гиперестезии. При изучении изменений степени интенсивности гиперестезии зубов были получены следующие результаты: до применения препаратов в группе использования препарата «Gluma Desensitizer» –  $(2,90 \pm 0,02)$  баллов, и «Глуфторед» –  $(2,70 \pm 0,01)$  баллов. Через неделю в обеих группах показатель улучшается, но данные неодинаковы: препарата «Gluma Desensitizer» –  $(0,00 \pm 0,02)$  баллов, препарат «Глуфторед» –  $(1,50 \pm 0,01)$  баллов. Через две недели зарегистрированы следующие результаты: (I группа) –  $(0,00 \pm 0,02)$  баллов, (II групп) –  $(0,50 \pm 0,01)$  баллов. Таким образом, в группе применения препарата «Gluma Desensitizer» интенсивность гиперестезии снизилась быстрее в 0,5 раз, и в 1,5 раза, чем в группе с использованием препарата «Глуфторед». Полученные данные констатируют, что оба препарата участвовавшие в исследовании, обладают способностью снижать повышенную чувствительность зубов, но наиболее быстрый эффект наблюдался после применения «Gluma Desensitizer». По результатам данных теста эмалерезистентности были получены следующие показатели: до применения «Gluma Desensitizer» –  $(21,50 \pm 0,02)$  баллов, «Глуфторед» –  $(22,30 \pm 0,02)$  баллов, через неделю применения «Gluma Desensitizer» –  $(15,00 \pm 0,02)$  баллов, «Глуфторед» –  $(15,40 \pm 0,08)$  баллов, через 2 недели применения «Gluma Desensitizer» –  $(14,20 \pm 0,07)$  баллов, «Глуфторед» –  $(15,10 \pm 0,06)$  баллов.

**Выводы.** Учитывая данные результатов клинических исследований, можно сделать заключение о том, что оба препарата обладают реминерализующими свойствами. Резистентность эмали возростала в обеих

группах, но больше всего в группе применения препарата «Gluma Desensitizer» в 1,2 раза больше, чем в группе с применением препарата «Глуфторед».

### **К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ**

**Азизов И.Б., Аляви С.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В настоящее время и в современной русскоязычной медицинской литературе широко употребляют термин «коморбидность», под которым обычно понимают наличие у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени независимо от активности каждого из них. Основными причинами коморбидности называют анатомическую близость пораженных органов, общие патогенетические механизмы развития заболеваний, причинно-следственную связь и развитие осложнений.

Одним из мультиморбидных кожных заболеваний является псориаз. Псориаз - хронический рецидивирующий дерматоз многофакторной природы с генетической предрасположенностью. Согласно клинко-статистическим данным псориазом страдает от 3 до 7% населения планеты, популяционная частота псориаза в странах Центральной Европы от 2 до 4,7%. В последние годы укрепилось мнение, что развитие патологических процессов при псориазе не ограничивается формированием поражений кожи и ее придатков - ногтей, а приводит к нарушениям функций разных органов.

**Цель исследования** - изучить корреляционную связь между тяжестью течения псориаза и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, учащением заболеваний периферических сосудов, нарушений мозгового кровообращения, остеопороза, метаболического синдрома, воспалительных заболеваний кишечника, сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы и методы.** Псориаз характеризуется сложностью патогенетических воспалительных механизмов и имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими, как сердечно-сосудистые, ожирение, сахарный диабет, депрессия, воспалительные заболевания суставов и кишечника. Закономерно частое сочетание различных болезней или состояний у одного пациента называется коморбидностью и встречается при многих воспалительных процессах. Предполагается, что развитие коморбидностей скорее всего основано на общности патогенеза сочетающихся заболеваний и не зависит от стиля жизни, доступности медицинской помощи или экономических факторов и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом.

**Результаты и обсуждения.** Почти половина больных псориазом в возрасте старше 65 лет имеет, по крайней мере, три коморбидности, а у двух третей – две и более. Помимо схожих иммунологических механизмов обнаружены также гены, общие для псориаза и встречающихся при нем коморбидностей.

Показана корреляционная связь между тяжестью течения псориаза и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, учащением заболеваний периферических сосудов, нарушений мозгового кровообращения, остеопороза, метаболического синдрома, воспалительных заболеваний кишечника, сердечно-сосудистых заболеваний.

**Выводы.** Таким образом, последнее десятилетие наши представления о патогенезе псориаза радикально изменились, что привело к появлению новых мишеней для терапии и новых препаратов. Подбор лекарственного препарата должен основываться на тяжести заболевания и на наличии коморбидных заболеваний, что будет определять эффективность проводимой терапии псориаза.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И РОЛЬ ТЕПЛОВИЗИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Азимов А.М., Мизомов Л.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[mizomov.lazizbek@mail.ru](mailto:mizomov.lazizbek@mail.ru)

**Актуальность.** За последние 10 лет в Республике Узбекистан число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями возросло на 7-8% и составляют около 25-30% всех стоматологических заболеваний. В абсолютном большинстве случаев (90-96%) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция. Увеличение числа и осложнений заболеваний, требует совершенствование методов диагностики. В связи с изменением типичной картины одонтогенных воспалительных заболеваний и их динамичным развитием завершающихся тяжелыми осложнениями существенное значение приобретает ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания. Важно не только определить форму болезни, но и точно установить локализацию, распространенность инфекционно-воспалительного процесса, состояние окружающих тканей и, ориентируясь на это, планировать дифференцированное лечение с учетом прогноза заболевания.

В условиях стоматологической поликлиники стоматолог лишен возможности элементарного лабораторного обследования. Для таких заболеваний как периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти характерно появление одних и тех же признаков, таких как боль, в зубе, челюсти, припухлость мягких тканей, подвижность зубов, повышение температуры тела, нарушение сна, потеря аппетита и др. отличаются они только количественными и качественными характеристиками.

**Цель исследования** - изучить возможности термовизиографического исследования при одонтогенных воспалительных заболеваниях.

**Материалы исследования.** Для изучения возможностей термографа Hikvision DS-2TP21B-6AVF/W нами обследованы 5 детей и 6 взрослых с

диагнозом острый одонтогенный гнойный остит, а также 5 детей и 4 взрослых с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит челюсти. Обследование проводили как с воспаленной стороны, так и со здоровой стороны для контроля.

**Результаты исследования.** Установлено, что тепловизионная картина зависела от возраста больного, локализации патологического процесса и формы воспаления. Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица при остром остите у детей составил  $1,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$ . В то время как у взрослых  $1,2 \pm 0,03^\circ\text{C}$ .

Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица при остром остеомиелите у детей составил  $1,9 \pm 0,3^\circ\text{C}$ , в то время как у взрослых  $1,6 \pm 0,3^\circ\text{C}$ .

**Выводы.** Установлено что:

1. Термография позволяет точно установить локальное повышение температуры в очаге воспаления дать картину её распространённости на ранних этапах развития патологического процесса, когда это невозможно уловить рентгенологическими исследованиями.

2. Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица у детей и взрослых отличается, возможно, это обусловлено особенностями строения кожи, мягких тканей лица, его кровоснабжения и обменом.

## **ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ПЛАСТИКИ ВРОЖЁННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА**

**Азимов А.М., Мухамедов И.М., Пулатова Б.Ж.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[Ziza97.aa@gmail.com](mailto:Ziza97.aa@gmail.com)

По данным разных авторов число лиц с осложнениями после уранопластики колеблется от 16 до 52%. Высокий процент послеоперационных осложнений, связывают с рядом факторов зависящих и независящих от хирурга. Большое значение отводится состоянию здоровья ребёнка, виду расщелины, методике операции, технической подготовленности хирурга и послеоперационному ведению больных. По данным отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ у 8,6% развились ранние послеоперационные осложнения.

Исследования проведены у 90 детей, из них 15 здоровых детей и 75 с ВРГН, в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении детской хирургической стоматологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии (ныне ТГСИ) в 2004-2006 гг.

У всех обследуемых детей забирали ротовую жидкость в стерильные пробирки, до и после операции уранопластики, или велоластики на 3 и 7 сутки. У детей этой же группы изучали иммунологические показатели. Определяли фагоцитарную активности нейтрофилов в слюне, подсчитывали

число клеток, поглотивших латекс на 100 просмотренных лейкоцитов фагоцитарное число. Для изучения микрофлоры полости рта определяли общее количество анаэробов, лактобактерий, пептострептококков, общее количество аэробов: эшерихий, стафилококков, стрептококков, грибов рода Кандида.

**Результаты изучения.** У детей с ВРН до операции установлен достоверный рост факультативной флоры над анаэробной, приводящей к дисбактериозу и глубокий иммунодефициту неспецифических показателей полости рта. После уранопластики проводимая комплексная медикаментозная и местная терапия не обеспечивает нормализацию образовавшегося дисбактериоза и низкого уровня факторов защиты полости рта, Исследование свидетельствует что использование в комплексном медикаментозном лечении детей с ВРН до и после пластики нёба бактериальных лизатов Имудона и ИРС-19, в целом положительно влияет на дисбактериоз полости рта: растёт общее количество анаэробов, снижается количество факультативной флоры, возрастает уровень неспецифических факторов защиты полости рта, (титра лизоцима, ФАН и уровень sIgA), что создаёт более оптимальные условия для заживления раны. Клинически это проявляется ранним исчезновением болевых ощущений при глотании, уменьшением гиперемии и отёка, улучшением гигиенического состояния полости рта, ранним очищением от тканевого детрита, в целом все это благотворно влияет на заживление раны и снижает частоту воспалительных осложнений.

### ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА

Азимов К.А., Болтаев С., Дадабаева М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Сахарный диабет приводит к нарушению всех видов обмена веществ, влияет на различные системы органов человека, в том числе сердечно-сосудистую, иммунную, нервную, пищеварительную и другие. Развитие дентальной имплантации открывает ряд новых возможностей в ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Дентальные имплантаты становятся неотъемлемой частью практики стоматологов всех профилей и по мнению американского исследователя К. Е. Mish, недалек тот момент, когда оказание стоматологической помощи пациенту традиционными ортопедическими конструкциями, без предложения альтернативного имплантологического плана лечения, будет являться грубейшей ошибкой. К числу наиболее значимых соматических заболеваний, определяющих протокол ведения и стабильность результатов протезирования, относится сахарный диабет. Согласно современным представлениям, сахарным диабетом считается синдром, включающий взаимосвязанные сосудистые, биохимические и неврологические нарушения. Под этим названием объединяют метаболические заболевания, для которых характерна гипергликемия, обусловленная дефектами секреции или действия инсулина либо обеими причинами. Хроническая

гипергликемия приводит сначала к функциональным нарушениям, а затем и к органическим поражениям многих органов. В основе сахарного диабета типа 1 лежит абсолютный дефицит инсулина, вызванный аутоиммунным разрушением  $\beta$ -клеток островков поджелудочной железы. Сахарный диабет 2 типа обусловлен комбинацией двух причин: резистентностью мышц и печени к инсулину и его недостаточной секрецией.

**Цель исследования** - оптимизация ортопедического стоматологического лечения больных сахарным диабетом 2-го типа на основе изучения микробиоценоза и состояния органов и тканей полости рта, а также показателей общего иммунитета.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет (18 женщин и 12 мужчин). Расчёт размера выборки для уровня статистической значимости 5% и мощности исследования 80% проводился при помощи программы WinPEPI 11.42 (J.H.Abramson).

Критериями включения в пациентов в исследование было:

- 1) Наличие сахарного диабета 2-го типа на протяжении от 1 до 5 лет;
- 2) Отсутствие инфекционных и других общесоматических патологий;
- 3) Наличие частичной потери зубов: концевых и включённых дефектов средней (4-6 зубов) и большой (более 6 зубов) протяжённости.

Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы.

В 1-ю группу были включены 15 пациентов, ортопедическое стоматологическое лечение которым оказывалось с применением имплантаты.

Среди пациентов 1-й группы были 9 (60%) женщины и 6 (40 %) мужчин; 2 (13,3 %) пациента было в возрасте от 28 до 29 лет, 9 (60%) – от 30 до 55 лет и 4 (26,7%) – от 56 до 60 лет.

**Результаты и обсуждение.** Имплантация при диабете сопряжена с риском по причине:

- сниженного иммунитета (низкий показатель заживляемости ткани, нарушение процессов остеогенерации);
- наличия заболеваний полости рта;
- высокого порога болевой чувствительности.

Вопрос имплантации зубов при диабете должен решаться в каждом случае индивидуально. Как проходит течение болезни - если стабильность, следит ли пациент за своим состоянием, принимает ли постоянно соответствующие препараты, придерживается ли диеты. В каком состоянии находится слизистая оболочка полости рта (нарушение микроциркуляции при сахарном диабете ведёт к развитию пародонтоза и гингивита). Важны и такие субъективные характеристики, как ответственность пациента: сможет ли он неукоснительно выполнять все предписания врача, необходимые для успеха лечения. Всё это врач оценивает на очной консультации с пациентом. Если раньше возраст и курение были причиной отказа от имплантации, то развитие технологий позволили исключить эти факторы из абсолютных противопоказаний. Что касается диабета, то, например, компания Straumann выпускает специальные импланты при сахарном диабете (импланты для

пациентов из категории риска). Также хирургический разрез можно заменить использованием лазера и тем самым понизить травматичность операции. Очень многое решает профессионализм врача, его знание различных техник и опыт работы с различными материалами; безукоризненное следование протоколу операции, аккуратность работы, идеальная гигиена кабинета, наличие современного оборудования. Пациенты с диабетом должны быть готовы к самой высокой планке стоимости лечения, так как врач будет работать с имплантами наиболее технологичных брендов.

Имплантирование зубов при сахарном диабете допускается при следующих медицинских показателях:

- Сахарный диабет II типа в стадии компенсации.
- Удовлетворительные показатели метаболизма костной ткани.
- Уровень сахара в крови не превышает 7-9 моль/л.

**Заключение.** Вопрос имплантации зубов при диабете должен решаться в каждом случае индивидуально. Как проходит течение болезни - если стабильность, следит ли пациент за своим состоянием, принимает ли постоянно соответствующие препараты, придерживается ли диеты. В каком состоянии находится слизистая оболочка полости рта (нарушение микроциркуляции при сахарном диабете ведёт к развитию пародонтита и гингивита).

### РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Айтмуратова М.К., Махсумова И.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Исследования в психологии получили достаточно широкое распространение в современной стоматологии, особенно в детской. Эти исследования направлены на изучение и применение техники управления поведением юного пациента, что позволяет облегчить оказание стоматологической помощи детям и уменьшению психологического стресса, а также предотвращает формирование негативного мнения о врачах-стоматологах.

**Цель исследования** - определить значение психологической подготовки в детской стоматологии.

**Материалы и методы.** Приведены распространенные методы для манипуляции поведением ребенка в стоматологическом кресле, а также значение индивидуальных качеств в построении доверительных отношений.

**Результаты и обсуждение.** Выделяют два способа в устранении возбудимости и страха перед стоматологическим лечением: фармакологический и психологический. К первому относятся препараты, угнетающие центральную нервную систему. Несмотря на эффективность этого метода имеется ряд недостатков, таких как требование дополнительного персонала, аппарата, стоимости, а также негативного восприятия родителями. Поэтому в нашей стране большинство стоматологов прибегают ко второму

методу.

Важно в построении доверительных отношений с ребенком имеют 2 фактора:

1. Положение (характеристика) самого ребенка.
2. Приём техники общения и создание удобных условий врачом.

Под положением(характеристикой) ребенка рассмотрены: его возраст, пол, количество детей в его семье (порядок при наличии других детей), материальное благосостоянии семьи, а также уровень образованности родителей. Например, согласно исследованием в статье Фазили М. "A Method towards Children's Psychological Health on Dental Visits" вторые по порядку дети больше сотрудничали со стоматологом (90.6%), по сравнению с первыми (27.7%), а также показатель сотрудничество с единственными в семье ребенком был выше (64.7%), по сравнению с многодетными (ниже 25%).

Существуют ряд правил приёма в детской стоматологии для облегчения психологического состояния ребенка и преодоления страха и беспокойство: Во-первых врач для получения доверия, во время разговора должен смотреть ребенку в глаза; во-вторых если у ребенка это самый первый визит к стоматологу, то необходимо дать время для ознакомления с атмосферой клиники, перед тем как усадить его в кресло; делать детям комплименты-похвалить их одежду, периодически напоминать что они самые смелые, храбрые, умные; не врать им - если процедура болезненно, то сказать что будет немного больно, но так они сильные потерпят. Применить технику Сказать-Показать-Сделать. Эти методы показали свою эффективность во всех возрастных категориях с 2 до 14 лет. С целью оставление хорошего впечатления необходимо после лечения вручить сертификаты и подарки. Также в связи с тем, что развиваются новые технологии, выходят новые анимационные мультфильмы, которые демонстрируются в комнате ожидания, в котором главный герой объясняет ход предстоящей процедуры, что способствует снижению тревоги у детей и родителей.

**Заключение.** Таким образом, в эффективности лечения ребенка и в желание дальнейшего визита к стоматологу имеет большое значение знание психологии и техники общения с детьми.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ**

**Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Ирисметова Б.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigorazstom@yandex.ru](mailto:nigorazstom@yandex.ru)

**Цель исследования** - улучшить результаты протезирования зубов у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах лечения 118 пациентов с ХРАС, наблюдавшихся в Ташкентском государственном стоматологическом институте за период с 2015 по 2020 гг. Пациенты разделены

на две группы: в контрольную группу включен 61 пациент, лечение ХРАС у которых осуществлялось по традиционной методике, а в основную группу включено 57 больных, в комплексе лечения которых помимо традиционной терапии применен новый способ локальной терапии афтозного поражения полости рта отечественным препаратом «ГЕПРОЦЕЛ». Средний возраст пациентов составил  $35,6 \pm 1,4$  лет в контрольной группе и  $34,9 \pm 1,6$  лет – в основной группе (от 19 до 74 лет). Большинство случаев рецидива ХРАС было связано с аллергическими реакциями, инфекционными заболеваниями и хронической патологией желудочно-кишечного тракта. В подавляющем большинстве случаев отмечена фибринозная форма заболевания. Эффективность проводимой терапии по улучшению гигиены полости рта оценивалась по так называемым индексам Podshadley и Naby (1968), Green-Vermillion (1964) или ОНI-S. Для оценки стоматологического статуса использовали общепринятый индекс КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб). Оценка качества жизни пациентов проводилась по специальному опроснику 14-item Oral Health Impact Profile (ОНИР-14) – «Профиль влияния стоматологического здоровья».

**Результаты.** Распределение больных в группах сравнения по индексу РНР показало достоверное увеличение доли пациентов с отличным индексом эффективности гигиены до 18,0% (11 случаев) в контрольной группе и до 31,6% (18 случаев) – в основной ( $\chi^2=107,231$ ;  $p<0,001$ ), при этом, процент удовлетворительного индекса снизился до 3,5% (2 больных) в основной группе и 16,4% (10 больных) – в контрольной ( $\chi^2=7,012$ ;  $p=0,031$ ). Средние сроки регресса периафтозных воспалительных признаков составили  $3,6 \pm 0,14$  суток в контрольной и  $2,2 \pm 0,08$  суток в основной группе, что имело статистически достоверную разницу ( $t=8,66$ ;  $p<0,05$ ). Длительная адаптация к протезу (более 1 месяца) имела место в 27,9% (17) случаях в контрольной группе и лишь в 8,8% (5) случаях в основной группе. Дискомфорт отмечали 9 (14,8%) пациентов в группе контроля и 3 (5,3%) – в основной группе. Протезный стоматит или рецидив ХРАС наблюдался лишь в 2 (3,5%) случаях в основной группе, тогда как в контрольной группе данное осложнение встречалось в 3 раза чаще (6 случаев; 9,8%). Всего в сроки наблюдения до 12 месяцев наблюдалось 9 случаев с рецидивом ХРАС в основной группе, что было значительно меньше по сравнению с контрольной группой – 18,8% против 45,3%;  $\chi^2=8,061$ ;  $p=0,005$ . Хороший отдаленный результат (без осложнений протезирования и при длительной ремиссии без эпизодов рецидива) отмечен у подавляющего большинства (81,3%; 39 из 48) пациентов в основной группе, тогда как в контрольной группе – всего в 54,7% случаях ( $\chi^2=8,070$ ;  $p=0,018$ ). Хороший уровень качества жизни наблюдался у подавляющего большинства пациентов из основной группы (87,2%; 41 из 47), где хороший уровень качества жизни в отдаленные сроки после лечения отмечен лишь в 63,6% (28 из 44 прослеженных) случаях ( $\chi^2=7,215$ ;  $df=2$ ;  $p=0,028$ ). При этом, в остальных 12,8% (6 из 47) случаях в основной группе пациенты характеризовали качество жизни как удовлетворительный уровень.

**Заключение.** Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий в обеспечении ускорения регресса клинических проявлений ХРАС на этапе планирования протезирования зубов является эффективным в плане снижения частоты специфических осложнений, удлинения периода ремиссии заболевания, увеличения доли хороших результатов лечения и в целом улучшения качества жизни.

## **ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Акбаров А.Н., Ярашева Н.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на значительные достижения современной стоматологии, число лиц, нуждающихся в ортопедическом лечении с использованием съемных ортопедических конструкций, непрерывно растет и составляет от 5% до 80% в старших возрастных группах. Пациенты, у которых доминируют эндокринопатии, оказывающие пагубное влияние на состояние органов рта и организм в целом - одна из таких категорий. Степень выраженности патологических процессов в полости рта напрямую зависит от тяжести основного заболевания и длительности его течения. На основании проведенных клинико-лабораторных исследований доказано, что гиперфункция щитовидной железы является фактором риска развития осложнений воспалительного характера в области протезного ложа у больных после ортопедического лечения полной и частичной потери зубов с использованием протезов из акриловых пластмасс.

Впервые установлено, что у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы наблюдается увеличение антиокислительной, антитриптической и трипсиноподобной активности смешанной слюны, нарушение функциональной активности слюнных желез, снижение аэробного окисления и рост анаэробного гликолиза, а также превалирование анаэробной микрофлоры над аэробной, что является подтверждением развития ответной реакции организма на скомпрометированную ортопедической конструкцией слизистую оболочку протезного ложа у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы.

Установлено, что у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы наблюдается увеличение антиокислительной, антитриптической и трипсиноподобной активности смешанной слюны, нарушение функциональной активности слюнных желез, снижение аэробного окисления и рост анаэробного гликолиза, а также превалирование анаэробной микрофлоры над аэробной, что является подтверждением развития ответной реакции организма на скомпрометированную ортопедической конструкцией слизистую оболочку протезного ложа у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы.

Теоретически обоснован, лабораторно доказан и клинически апробирован способ профилактики осложнений после ортопедического лечения у больных с

гиперфункцией щитовидной железы путем использования подкладочного слоя под базис съемного протеза.

Впервые доказано, что использование предложенного способа комплексной клинико-лабораторной оценки состояния слизистой оболочки полости рта, может служить прогностическим критерием риска развития воспалительно-деструктивных изменений после ортопедического лечения.

Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, нивелирующих негативное действие гиперфункции щитовидной железы и явления непереносимости, позволяет снизить риск возникновения осложнений и нормализовать состояние слизистой оболочки полости рта до 28,7%.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦИРКОНИЕВЫХ ШТИФТОВ ДЛЯ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ**

**Акбаров А.Н., Нигматова Н.Р., Шоахмедова К.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[n.nigmatova@yandex.com](mailto:n.nigmatova@yandex.com)

**Актуальность.** Использование корней зубов после проведенного эндодонтического лечения для восстановления разрушенной коронковой части основано на применении штифтовых конструкций.

Актуальность и научно-практическая значимость проблемы протезирования больных со значительным или полным разрушением коронковой части зуба, возможность правильного выбора различных современных и проверенных временем штифтовых конструкций, высокий процент осложнений, возникающий при данном виде протезирования, явились научно-теоретическими предпосылками для осуществления, выбранного нами исследования.

**Цель исследования** - оценка эффективности индивидуальных циркониевых штифтов для однокорневых зубов путем сравнительного морфологического изучения качества прилегания нами разработанной конструкции индивидуальных циркониевых штифтов с гладкой и резьбовой конфигурацией.

**Материал и методы исследования.** Нами разработан новый тип зубного штифта, снабженного съемной головкой, простого в выполнении, удобного в использовании.

Нами предложены варианты штифта с различными параметрами длины, диаметра и шага резьбового участка. Зубной штифт выполнен монолитным, при этом внутри корневая (апикальная) часть и внекорневая часть для коронки (в виде абатмента), представляют собой отдельные участки цельного винта, снабженного съемным винтом с головкой. Такой зубной штифт используется при одноэтапной фиксации искусственных коронок.

Предложенная конструкция использована при ортопедическом лечении 12 пациентов (5 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 24 до 46 лет, обратившихся в стоматологическую поликлинику кафедры факультетской ортопедической

стоматологии по поводу дефектов твердых тканей зубов. Всего было изготовлено 14 штифтовых зубов на фронтальные зубы верхней челюсти. Штифты с вкладкой изготавливались из диоксида циркония. Фиксацию вкладок проводили с использованием стеклоиономерного цемента.

Для морфологического исследования материал зафиксировали в нейтральном растворе формалина и декальцинировали в азотной кислоте вместе с штифтами. После фиксации растворами циркониевые штифты аккуратно извлекли и провели по проводке в спиртах, хлороформе, затем готовили парафиновые блоки. Готовые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

**Результаты исследования.** Для сравнительного морфологического исследования были изготовлены образцы индивидуальных циркониевых штифтов с гладкой и резбовой поверхностью.

В стенке полости зуба на месте использования циркониевого штифта с гладкой поверхностью морфологически не отмечается плотной фиксации, поверхность сглажена. При использовании циркониевого сверлённого резбового штифта, стенка со стороны полости зуба на месте прикрепления штифта имеет зазубренную поверхность, следы от зубчиков сверления, что обеспечивает более плотную фиксацию штифта.

**Выводы.** Таким образом, предложенная нами конструкция индивидуальных циркониевых штифтов с резбовой конфигурацией морфологически обеспечивает более плотную фиксацию штифта к стенке полости корня зуба и позволяет снизить давление фиксирующего материала на стенки корневого канала при цементировании ее, и предупреждает раскол корня, особенно в тех случаях, когда стенки корневого канала истончены. Предложенная штифтовая конструкция может найти широкое применение в современном практическом здравоохранении.

### **ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ ҚЎЛЛАНИЛГАНДА НАТИЖА САМАРАДОРЛИГИГА ОИЛАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ ТАЪСИРИ Акбаров К.С., Кодиров Ж.М.**

Тошкент давлат стоматология институти

Ортодонтик даволаш кўпинча 3 ёшдан бошланади ва кўп вақт мобайнида давом этади, даволаш жараёнига оилавий факторлар таъсир этади. Кичик ёшда ортодонтик даволашда боланинг ўзини тутиши интизоми катта аҳамиятга эга. Даволашга бўлган тўғри ёндашув авваламбор оилавий муҳитда шаклланади.

**Тадқиқотнинг максади** - олиб қўйилувчи ортодонтик аппаратлардан олинган натижа билан даволашга бўлган оилавий ёндашув ўртасида мувофиқлик ўрнатиш.

**Материаллар ва усуллар.** Тошкент давлат стоматология институтида (ТДСИ) Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедрасида олиб қўйилувчи ортодонтик аппаратлар билан даволаши тугалланган 20 та оила (она ва бола) устида кузатиш ишлари олиб борилди. Ҳамма тадқиқотлар анкета очиш усули

орқали (ота-оналар учун тест сўров ўтказиш) 2 гуруҳга бўлинган ҳолда ўтказилди: 1-гуруҳ ортодонтик конструкция қўллашга нисбатан етарли эътиборли ёндашган (11 та оила). 2-гуруҳ ортодонтик конструкция қўллашга нисбатан етарлича эътибор қаратмаган (9 та оила).

**Тадқиқот натижалари.** Ортодонтик даволашга тўғри ёндашувчи 1-гуруҳнинг 65% и демократик типга, 18% и авторитар типга, 17% и попустик типга тегишлилиги аниқланди. Ортодонтик даволашга етарлича эътибор қаратмаган 2-гуруҳнинг 70% - попустик типга, 15% и демократик типга, 15% и авторитар типга тегишлилиги аниқланди

**Хулоса.** Кичик ёшдаги болаларда ортодонтик даволаш орқали олинадиган натижа сифати оилавий ёндашувга бевосита боғлиқ. Демократик типда ёндашувчи оилаларда кўпроқ ижобий натижа олинди кузатилди. Попустик типдаги беморлар билан ишлашда врач-ортодонт назорати кўпроқ талаб этилиши аниқланди.

### СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ К МОМЕНТУ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Акрамов Б.Р., Муминов А. А.

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Обеспечение гемодинамической стабильности и безопасности пациентов с митральным стенозом (МС) вовремя родоразрешения является одной из важнейших задач перед группой специалистов.

**Цель исследования** - дородовая оценка гемодинамики у женщин с митральным стенозом.

**Материалы и методы.** Для определения степени выраженности стеноза пользовались классификацией А.Н. Окорокова, выделяя «незначительный» МС с площадью атриовентрикулярного отверстия  $>2,9 \text{ см}^2$ , «умеренно-выраженный» ( $2,9-2 \text{ см}^2$ ), «выраженный» ( $1,9-1,1 \text{ см}^2$ ) и «критический» ( $<1 \text{ см}^2$ ). Исследовано 82 больных с митральным стенозом в возрасте 18-32 лет при сроках гестации от 10-12 до 36-38 недель. Все наблюдаемые женщины находились под наблюдением акушер-гинеколога и кардиолога и получали кардиальную терапию. В I-ую группу вошли 28 больных, во II-ую-24 пациентки с «умеренно-выраженным» МС; III-ую группу составили женщины с «выраженным» МС (18 наблюдений) и IV-ую –с «критическим» МС (12 наблюдений). Родоразрешения, прерывание беременности планировали согласно рекомендациям (протоколу) РСНПМЦ акушерства и гинекологии МЗ Руз (г. Ташкент). У женщин IV-ой группы, которые ранее отказались от прерывания беременности, родоразрешение проводилось по жизненным показаниям, но не позже 28 недель. Исследования проводили в плановом порядке за 2-5 дней до предполагаемого родоразрешения. Стандартный мониторинг проводили с помощью аппарата Argus фирмы «Schiller» (Швейцария). Изучали среднее динамическое давление (СДД), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), частоту сердечных сокращений (ЧСС),

коэффициент резерва (КР), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** У пациенток I-ой группы при сроках гестации 36-38 недель регистрировали вполне удовлетворительное состояние центральной гемодинамики, укладывающееся в нормодинамический режим кровообращения. У беременных II-ой группы регистрировали умеренно выраженную гемодинамическую недостаточность в виде выраженной тахикардии (ЧСС  $99,7 \pm 2,3$  в мин), снижении разовой и минутной производительности сердца соответственно до  $26,7 \pm 1,7$  мл/м<sup>2</sup> и  $2,58 \pm 0,04$  л/м<sup>2</sup>/мин, повышении ОПСС до  $1754,3 \pm 52,7$  дин.с.см<sup>-5</sup>. При этом КР составлял  $0,71 \pm 0,08$  усл. ед. Параметры в значительной степени отличались от таковых у здоровых беременных в аналогичные сроки гестации. Центральная гемодинамика укладывалась в гиподинамический режим кровообращения. У беременных III-ей группы регистрировали все признаки выраженной НК. При этом УИ и СИ составляли соответственно  $17,4 \pm 1,6$  мл/м<sup>2</sup> и  $1,9 \pm 0,08$  л/м<sup>2</sup>/мин. КР соответствовал  $0,64 \pm 0,5$  усл. ед., ЧСС  $113,9 \pm 3,9$  уд. в мин. В целом имел место гиподинамический режим кровообращения. Дальнейшее пролонгирование беременности у III-ей группы женщин указывало на надвигающуюся гемодинамическую катастрофу. У беременных IV –ой группы уже при сроках гестации 10-12 недель наблюдали выраженную тахикардию (ЧСС  $98,4 \pm 1,6$  уд. в мин), предельно низкие показатели разовой и минутной производительности сердца, составляющие соответственно  $22,6 \pm 1,5$  мл/м<sup>2</sup> и  $2,2 \pm 0,08$  л/м<sup>2</sup>/мин, КР составлял  $0,61 \pm 0,04$ , усл. ед. что и следует классифицировать как выраженную НК, требующую немедленной коррекции.

**Заключение.** Таким образом, у беременных 1 и 2 групп гемодинамические нарушения развиваются при сроках 34-36 и 32-34 соответственно, у женщин 3 группы развиваются при сроках гестации 18-20 недель. При критической форме МС (МО < 1 см<sup>2</sup>), уже к 10-12 неделе гестации развиваются грубые функциональные нарушения со стороны центральной гемодинамики, начинает формироваться полиорганная недостаточность, что ставит под сомнение целесообразность дальнейшего пролонгирования беременности.

## СЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Акрамова А.А., Бойманов Ф.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет

Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) является одной из наиболее актуальных проблем не только для клинической медицины, но и для судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). ПСМТ в структуре общего травматизма встречается в 0,7–6-8%, и среди травм скелета – в 6,3–20,3%. Более чем в 80% случаев с ПСМТ являются люди в возрасте от 17 до 45 лет. Мужчины

составляют от 62,5 до 76,5% пострадавших. Летальность при ПСМТ зависит от тяжести повреждения спинного мозга – до 37% пострадавших погибают на догоспитальном этапе. Летальные и нелетальные исходы ПСМТ, как правило, всегда подвергаются СМЭ. Установление механизма ПСМТ в процессе СМЭ трупов зависят от полноценности исследования поврежденных структур.

**Цель исследования** - изучить секционные методы исследования ПСМТ.

**Материалы и методы исследования.** Изучена литература по ПСМТ. Проанализированы заключения судебно-медицинских экспертиз 82 трупов, лиц погибших от сочетанной политравмы в результате падений с высоты. Возраст пострадавших от 16 до 84 лет. ПСМТ выявлены у 22-х пострадавших, что составляло 37,3% из общего количества наблюдений.

**Результаты исследования.** В случаях наличия ПСМП в составе сочетанной травмы, экспертами не всегда полноценно исследуется позвоночный столб и спинной мозг. В процессе экспертизы трупов, как правило, ограничиваются лишь указаниями характера и локализации повреждений позвоночника и спинного мозга. Остаются неизученными и не исследованными пораженные структуры в области повреждений, что не позволяют в полной мере оценить механизм ПСМП, хотя известно немало унифицированных клинико-морфологических классификаций для различных отделов позвоночника. Всё это снижает достоверность и обоснованность судебно-медицинских заключений.

В случаях экспертизы трупов с сочетанной политравмой вскрытие и исследования трех полостей – полости черепа, груди и живота являются не достаточными для решения судебно-следственных вопросов. В подобных случаях должно производиться детальное исследование глубоких тканей спины и конечностей, рёбер, позвоночника, спинного мозга, костей таза и длинных трубчатых костей. Установление характера и оценки механизма ПСМТ в процессе экспертизы трупов при различных видах тупой травмы требует специального и детального исследования поврежденных структур позвонков и спинного мозга. В случаях смерти пострадавших от сочетанной политравмы с наличием в её составе ПСМТ, исследование пораженных структур по методу А.А. Салохина (1968) позволяют выявить характер поврежденных структур и установления механизм травмы.

**Выводы.** Секционное исследование структуры позвоночника по методу А.А. Салохина являются достаточной для точного установления характера переломов структур позвоночника.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА НОКСОПЕНА ПРИ ТРИГЕМИНАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ ПАРОКСИЗМАХ**

**Актамова М.Ў., Чориева Ф.Э., Абдуллаева М.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Невралгия тройничного нерва (НТН) – хроническое заболевание, которое проявляется приступами интенсивной, стреляющей боли

в зонах иннервации тройничного нерва (ТН). Международная Ассоциация по изучению боли (IASP, International Association for the Study of Pain) определяет НТН как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными и повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей ТН, обычно с одной стороны лица.

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 30-50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2-4 человек на 10 000 населения.

**Цель работы** - оценить болевой пароксизм оптимизации методов лечения больных с невралгией тройничного нерва, следовательно, улучшению непосредственных и отдаленных результатов их лечения.

**Материалы и методы.** В нашем исследовании принимали участие 77 пациентов с болевыми синдромами различной этиологии и дисфагией: больные с острым нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне (n=12), ДЭ II-III ст. на фоне ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита или остеоартроза (n=30), герпетическим поражением тройничного нерва (n=7), травматическими повреждениями челюстно-лицевой области различной локализации (n=28).

Кроме тщательного клинического обследования, использовались международные опросники, позволяющие объективизировать состояние больных. Обследование участника осуществляли в день поступления и на фоне проводимой традиционной терапии с применением Ноксопена ДП, используя визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ) и опросник боли McGill (MPQ). Сопоставление результатов исследования до и после лечения позволяло оценить динамику восприятия пациентом своих болевых ощущений.

В качестве задачи-максимум предполагалось фиксировать исчезновение боли или наличие минимального болевого ощущения (<1 балла по ВАШ); как хороший ответ на анагетическую терапию рассматривали уменьшение боли на 50% в сравнении с исходным уровнем ( $\geq 2$  балла по ВАШ); клинический эффект оценивали, как значимый при снижении интенсивности боли на 20% в сравнении с исходным уровнем ( $\geq 1$  балл по ВАШ).

**Результаты и обсуждение.** Всем больным на фоне базисной сосудистой, метаболической терапии назначали оригинальный препарат Ноксопен ДП: при выраженном болевом синдроме – по 1 таблетке (15 мг) дважды в день курсом 5-10 дней, при умеренном – по 1 таблетке в день 5-10 дней.

Подтверждением эффективности терапии, помимо исследования неврологического статуса, служили изменения показателей международных шкал. Так, если средняя суммарная оценка по ВАШ до лечения составляла  $5,1 \pm 0,23$  балла, то через 3 дня от начала терапии этот показатель уменьшился до  $3,5 \pm 0,41$  балла, а через 10 дней – до  $2,0 \pm 0,34$  балла (рис. 1). Следовательно, на 3-й день от начала лечения средний показатель суммарной оценки по ВАШ по сравнению с исходным уменьшился на 1,6 балла, через 10 дней – на 3,1 балла, то есть на 39%. Это свидетельствует о клинически значимом ответе на проводимую противоболевую терапию.

На фоне проводимой этиотропной противовирусной терапии валацикловиром по традиционной схеме в режим лечения были включены Ноксопен ДП, противоотечные и десенсибилизирующие препараты. Преимущества Ноксопен ДП в данной клинической ситуации обеспечиваются его оптимальными физико-химическими и структурными характеристиками, уникальной формой выпуска препарата, способностью проникать в очаги воспаления и накапливаться в них, хорошей совместимостью с другими лекарственными средствами, а также удобством применения при болевом синдроме в области головы.

На фоне применения Ноксопен ДП у больных значительно уменьшились болевые ощущения, связанные с работой жевательной мускулатуры и раздражением слизистой оболочки полости рта, что создало условия для последующего приема этиотропных средств.



Рис. 2. Выраженность боли у пациентов с герпетическим поражением тройничного нерва

**Выводы.** Невралгия тройничного нерва чаще встречается у пациентов среднего и пожилого возраста, составляя 70% случаев. Среди больных женщины преобладают на 60%.

Клинические признаки невралгии тройничного нерва определяются симптомокомплексом поражения, а наиболее специфическим признаком является наличие триггерных зон развития боли, отмечаемых у 97% пациентов. Часто наблюдается поражение второй и третьей ветвей (53%), которые являются второй (32,5%) и одновременно правосторонней локализацией процесса (42,5%).

Проведенное исследование показало высокую эффективность препарата Ноксопен ДП в лечении пациентов с болевым синдромом различной этиологии на фоне дисфагий. Положительный терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдался у 98% больных. Под влиянием терапии НПВП Ноксопен ДП отмечен значительный регресс интенсивности болевого синдрома, а, следовательно, и степени ограничения двигательной функции. Значимых побочных эффектов терапии за время исследования не

зарегистрировано. Важным преимуществом является то, что в сравнении с другими НПВП Ноксопен ДП не повышает риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, отеков и артериальной гипертензии, что делает возможным его использование (после адекватной клинической оценки) у больных с острыми и хроническими нарушениями кровообращения на фоне ревматических заболеваний.

### **ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ К ВИРУСУ ЭБШТЕЙН БАРРА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ**

**Алимова Д.М., Алиева З.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[stom\\_81@bk.ru](mailto:stom_81@bk.ru)

**Актуальность.** РАС - мультифакторное хроническое заболевание СОПР. Имеется достаточное число исследований, посвященных связи воспалительной патологии полости рта и вирусных инфекций, доказывається патогенетическая связь семейства герпес-вирусов в развитии пародонтита, красного плоского лишая полости рта, афтоза Сеттона и д.р.

Среди факторов, определяющих этиологическую значимость вирусов герпеса 1 и 2 типов, вируса Эпштейна-Барра (ВЭБ) и цитомегаловируса (ЦМВ) в развитии патологии полости рта выделяют тропность к эпителию СОПР, длительную или пожизненную персистенцию в организме, возможность к реактивации при снижении иммунитета и стрессовых ситуациях, а также угнетение иммунной системы.

Известно также, что персистирующая герпес-вирусная инфекция часто ассоциирована с хронической соматической патологией различного генеза, выступая этиологическим агентом или провоцируя более тяжелое течение, что создает неблагоприятный фон, способствует снижению иммунных механизмов и поддерживает хроническое воспаление на СОПР.

В то же время, исследования, оценивающие связь герпесвирусной инфекции с патологией СОПР фрагментарны и не отражают связь тяжести клинического течения с уровнем герпес-вирусной нагрузки и спецификой иммунных сдвигов на герпес-вирусную инфекцию.

**Цель исследования** – оценить влияние вируса Эбштейна-Барра на развитие рецидивирующего афтозного стоматита полости рта.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты с ХРАС в возрасте от 18 до 60 лет, в том числе 56 мужчин и 69 женщин. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц, без наличия хронических заболеваний и отсутствия острой патологии на момент обследования. Для оценки активности и характеристики герпесвирусной инфекции, уточнения диагноза и дифференциальной диагностики методом иммуноферментного анализа осуществляли определение специфических иммунологических показателей – уровня специфических IgG и IgM. и Statistica 7,0. За уровень достоверности

принимали величину  $p < 0,05$ .

**Результаты исследований.** Все пациенты обследованы на наличие маркёров вирусов герпеса - специфических антител классов IgM и IgG вирус Эбштейна-Барра (ВЭБ). Противовируса Эбштейна-Барра антитела класса IgG обнаружены у 131 (91,61%) пациентов с ХРАС. При этом частота обнаружения специфических антител класса IgG увеличивалась синхронно нарастания тяжести клинического течения ХРАС. Так, при легком течении ХРАС IgG к ВЭБ обнаружены у 52 (83,80%) пациентов; при течении средней тяжести – у 49 (98,00%) и при тяжелом течении – у 30 (96,77%).

Антитела класса иммуноглобулинов IgM обнаруживались значительно реже IgG. Так, IgM к ВЭБ обнаружены лишь у 16 (11,19%) пациентов с ХРАС. Одного факта установления высокой распространённости инфицирования пациентов с ХРАС ВЭБ недостаточно для установления его патогенетической роли в развитии заболевания, для этого необходимы сведения о титрах специфических антител и уровне вирусной нагрузки, позволяющие оценить активность вирусной инфекции и оценить её значимость в клинической характеристике течения патологии. Установлено увеличение концентрации специфических IgG у пациентов с ХРАС относительно группы контроля. Так, у пациентов с ХРАС титр антител против ВЭБ был увеличен в 4,69 раз.

С клинической точки зрения важно отметить нарастание титров специфических антител с увеличением тяжести клинического течения. При легком течении заболевания титр IgG к ВЭБ был увеличен относительно контроля на 92,31%; при течении средней тяжести – на 265,38% и при тяжелом течении – на 534,62%. У пациентов с ХРАС диагностирована высокая вирусная нагрузка плазмы крови. Уровень ВЭБ был увеличен в 3,67 раза, при этом уровень вирусной нагрузки увеличивается с нарастанием тяжести клинического течения заболевания.

**Выводы.** Нарастание тяжести клинического течения ХРАС ассоциировано с увеличением частоты обнаружения специфических антител классов IgG и IgM к ВЭБ, а также и клинически значимых концентраций в плазме крови.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКА ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ**

**Алишева Ш., Янгиева Н. Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является лидирующей причиной ухудшения качества жизни и до 8,7% от всех случаев полной слепоты в мире у лиц старшей возрастной группы. В ближайшем будущем увеличение числа людей старше 60 лет неизбежно вызовет увеличение распространенности ВМД. Кроме того, в условиях пандемии COVID 19 значительно усложнился процесс профилактических осмотров населения на предмет выявления ВМД, работа по диспансеризации и

своевременному лечению пациентов с ВМД. Что неизбежно приведёт к росту пациентов с запущенными стадиями ВМД.

Все это заставляет рассматривать ВМД как значимую медико-социальную проблему, требующую адекватных решений. Особенно актуальным является изучение возможности применения дистанционных электронных программ массовой доступности, на уровне самообследования, которые могут способствовать раннему выявлению, а также профилактике ВМД, что снизит процент слабовидения и слепоты от данной патологии в нашей Республике.

**Цель исследования** – оценить эффективность разработанной программы по прогнозированию возникновения и раннему выявлению ВМД.

**Материалы и методы.** Разработана электронная программа прогнозирования риска возникновения и ранней диагностики ВМД, адаптированная к компьютерам и мобильным телефонам, состоящая из нескольких запрограммированных, согласно алгоритма, частей: первая часть, паспортная; вторая часть - опрашиваемый проводит сам себе тест Амслера. Если опрашиваемый обнаруживает патологические изменения согласно тесту, то выявляется ВМД, и программа предоставляет ему рекомендации по дальнейшим действиям. Если опрашиваемый не обнаруживает изменения по тесту, то он автоматически переходит в третью часть платформы и отвечает на вопросы по факторам риска (влияющим на возникновение и течение ВМД) и на вопросы, позволяющие определить наличие или отсутствие ВМД. Программа проводит автоматический подсчет баллов, согласно полученным ответам и определяет группу риска возникновения ВМД. В зависимости от группы риска (нет риска, слабый, средний и высокий) программа выдаёт рекомендации по дальнейшим действиям для обследуемого. В программе также имеется приложение с данными, позволяющими повысить информированность обследуемого лица о ВМД. Самообследование по программе прошли 1071 лица и все они были обследованы офтальмологически.

**Результаты и обсуждение.** Анализ данных программы показал, что в группу, где нет риска развития ВМД попали 22,4%, в группу с малым риском развития ВМД – 28,2%, в группу с умеренным риском развития ВМД – 38,6%, в группу с высоким риском развития ВМД – 10,8% лиц. Согласно определенной группе риска возникновения ВМД опрашиваемому лицу были предложены рекомендации по дальнейшей тактике и образу жизни, а также ознакомление с предложенной информацией о ВМД. При помощи данной программы были выявлены 71 пациент с ВМД, офтальмологический осмотр показал: 56 пациентов (62 глаза) с ранней стадией, 13 пациентов (14 глаз) с промежуточной стадией и 2 пациента (2 глаза) с поздней стадией ВМД. Тем, кому был поставлен диагноз ВМД были предложены рекомендации по дополнительному обследованию и лечению, а также перечислены лечебные учреждения, в которых пациент может получить необходимую помощь.

**Заключение.** Разработанная электронная программа эффективна, так как позволяет: определить группы риска возникновения ВМД, что способствует

своевременной организации профилактической работы данной категории лиц и выявить заболевание в 7,1% случаев, что способствует своевременно начать лечебные мероприятия, для предотвращения прогрессирования заболевания и инвалидизации.

## **АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ШИНИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АКТИВНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Алшарифи Али Абдолхади, Бутвиловский А.В.**

Белорусский государственный медицинский университет  
[dralsharifiali@gmail.com](mailto:dralsharifiali@gmail.com), [alexbutv@rambler.ru](mailto:alexbutv@rambler.ru)

В постоянном прикусе ортодонтическое лечение проводится преимущественно с помощью брекет-систем, отдельно или в сочетании с дополнительными аппаратами (Дрогомирецька М.С., 2007). После снятия брекет-системы необходима ретенция достигнутых результатов, что осуществляется путем изготовления съемных и/или несъемных ретейнеров. Актуальность настоящей работы связана с тем, что исследования по изучению врачебной тактики врачей-стоматологов-ортодонт Республики Беларусь (далее – ортодонт) при шинировании зубов после завершения активного ортодонтического лечения не проводились.

**Цель исследования** - проанализировать некоторые аспекты врачебной тактики при шинировании зубов после завершения активного ортодонтического лечения.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 87 ортодонт Республики Беларусь на предмет их тактики при шинировании зубов после завершения активного ортодонтического лечения с помощью разработанного нами опросника, включающего 30 вопросов. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программ Microsoft Excel for Windows и Past 3.0. Описание качественных признаков представлено в виде относительных частот в процентах.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования были опрошены 50,6% ортодонт, практикующих в Республике Беларусь. Установлено, что изготовление ретейнера до снятия брекет-системы проводят 35 респондентов (40,2%), после ее снятия – 45 (51,7%), оба варианта применяют в своей практике 2 врача (2,3%), остальные респонденты затруднились в ответе на этот вопрос (5 человек, 5,8%). Респонденты преимущественно позиционируют арматуру прямым методом (89,7%). Ортодонты отдают предпочтение металлическим дугам в качестве материала арматуры (78,2%) по сравнению со стекловолоконными лентами (8,0%), часть опрошенных врачей (5,8%) использует оба варианта. Для фиксации арматуры неспециализированные текущие композиты применяют 75,9% ортодонт, текущие композиты для фиксации ретейнера – 14,9%, универсальные пастообразные композиты – 13,8%, композиты объемного внесения – 3,4%, пастообразные композиты для

фиксации ретейнера – 2,3% ортодонтон.

**Выводы:**

1) Опрошеннне ортодонты изготавливают ретейнеры до и после снятия брекет-системы (40,2% и 51,7%, соответственно), преимущественно позиционируя арматуру прямым методом (89,7%).

2) При изготовлении ретейнера респонденты чаще используют металлические арматуры (78,2%) и неспециализированные текучие композиты (75,9%).

**КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРДА ГЕМОМРАГИК ВАСКУЛИТ УЧРАШ ХОЛАТИ**

**Аманбаева С., Аюпова Ш.Т.**

Тошкент давлат стоматология институти

Геморрагик васкулит тизимли васкулитлар орасида кўп тарқалган касаллик ҳисобланади. Касаллик ривожланиши асосида микротомирлар девори асептик яллиғланиши, тери қон томирлари ва ички аъзоларни шикастловчи кўплаб микротромбозлар ҳосил бўлиши ётади. Касалликнинг асосий сабаби қонда иммун комплекслар ва ҳимоя оқсиллари комплексининг фаол компонентларини циркуляцияси натижасида юзага келади.

COVID-19 пандемияси даврида коронавирус касаллигига чалинганлар орасида геморрагик васкулитнинг клиник белгилари намоён бўлган беморлар кўп учраб, бу ҳолат бундай беморларни хавф омили гуруҳига киритади. Сабаби коронавирус инфекцияси геморрагик васкулит касаллиги каби микроциркулятор оқимнинг бузилиши, микротромбозлар шаклланиши жараёнларини юзага келтириб, ўзига хос асоратларнинг ривожланиши кузатилади.

Бизнинг ҳолатда 12 ёшли Х. бемор дерматолог кўригига бадан, қўл ва оёқ терисида енгил қичишиш билан кечувчи тошмалар пайдо бўлганлигига шикоят билан муурожаат қилди.

Анамнезидан беморни бир ҳафтадан буён томоқ оғриғи, умумий холсизлик, бош оғриғи, бироз йўтал безовта қилади, цефтриаксон ва витамин С, рух препаратлари қабул қилган, касалликнинг 5-куни оёқларида қизғиш рангли тошмалар пайдо бўла бошлагани ва кейинчалик тошмалар қўл соҳаларида ҳамда кўкрак соҳаларида ҳам пайдо бўлган.

Умумий кўриқда: умумий аҳволи қониқарли, ҳолати актив, ички аъзолар томонидан шикоятлар йўқ, қоринда оғриқ безовта қилмайди. Тери патологик жараёни тарқалган яллиғланишли характерда бўлиб асосан қўлда ва оёқнинг тизза, болдир, товон соҳаларида симметрик ҳолда жойлашган пайпасланувчи геморрагик пурпуралардан иборат бўлиб, болдир-товон бўғими соҳаси шиш ва унинг ҳаракатчанлигининг чекланганлиги кузатилди, юрганда товон ва тизза бўғимлари соҳасида оғриқ безовта қилади. Қўл бўғимларида оғриқ безовта қилмайди. Диаскопияда тошмалар ранги ўзгармайди.

Касалликнинг 5-куни ўтказилган лаборатор текширув натижалари:

Бурун ва томоқдан коронавирус инфекциясига олинган суртма мусбат;

Умумий қон тахлилида – гемоглобин – 114 г/л; эритроцитлар – 4,7; тромбоцитлар – 220; лейкоцитлар – 9,5; ЭЧТ – 10 мм/соат; ревмофактор (–), С-оқсил (–), АСЛО (+++); Қон биокимёвий тахлиллари меъёр даражасида; протромбин вақти – 12,6 сек; ПТИ – 108 %, МНО – 0,90; ҚФПВ – 35.6 сек; фибриноген концентрацияси – 3,80 г/л; гематокрит – 40 %; сийдик умумий тахлили меъёрда.

Бемор «Коронавирус инфекцияси (COVID-19); Геморрагик васкулит, тери-бўғим синдроми» ташхиси билан COVID-19 билан касалланган беморлар учун махсулаштирилган стационарга жойлаштирилди ва керакли муолажалар буюрилди

Геморрагик васкулит кечиши кўпинча юқори нафас йўллари ёки ошқозон ичак тракти инфекцияларидан сўнг бир ёки икки ҳафтадан сўнг тўсатдан, одатда, оёқларда қизил доғларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Шу билан бирга жараёнга ичак, буйрак ва бўғимлар ҳам жалб этилиши мумкин.

Геморрагик васкулитни тромбоцитопеник пурпура, тромбоцитопения фониди ривожланувчи дорилар токсикодермияси, ДВС-синдром, септик васкулитлар, инфекциян эндокардит, диссеминациялашган сўзак инфекцияси, менингококкли сепсис, ноинфекцион васкулитлардан фарқлаш зарур бўлади.

Хулоса қилиб айтганда, геморрагик васкулит коронавирус инфекциясида кузатиладиган теридаги ўзгаришлардан бири бўлиши мумкин ва уни ўз вақтида аниқлаш иккала касалликка ҳам тааллуқли бўлган қон ивиш тизимидаги бузилишлар касалликнинг оғир кечишига сабаб бўладиган асоратларнинг олдини олишда катта аҳамият касб этади.

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ**

**Амонов М.Х., Вохидов У.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы микозы с их разнообразной локализацией и клиническими проявлениями углублённо изучаются врачами самых различных специальностей. Так, по данным ВОЗ 20% населения всего мира, т.е. каждый пятый житель планеты, поражены грибковой инфекцией. Широкое распространение грибов в природе, их постоянное присутствие, как в окружающей среде, так и в организме, обуславливает неизбежность контактов и инфицированность ими человека.

В настоящее время отмечается увеличение числа пациентов с микотическим поражением ЛОР-органов и, в частности, наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа пациентов обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита. Кроме того, прослеживается тенденция к развитию резистентности гриба-возбудителя микоза к

специфическим противогрибковым препаратам.

**Целью данного исследования** явилось изучение различных взглядов на лечение отомикоза у детей.

**Материалами данного исследования.** Объект исследования - 32 детей с воспалительными заболеваниями ушей, которые проходили обследование и лечение. Методы исследования: клиническое, эндомикроскопическое, микробиологическое, микологическое, рентгенологическое (включая КТ, МРТ), эпидемиологическое, статистическое.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ результатов исследования патогенов при различной локализации микоза выявил следующее. Всего подтверждено поражение грибами 24,9%, при этом монокультура гриба выявлена в 12 случаях, а ещё у 6 имелись грибково-грибковые или грибково-бактериальные ассоциации. В зависимости от локализации процесса выявлены различия. Так, при наружном грибковом отите основными возбудителями являются плесневые грибы, выявленные у 64,3% пациентов, при этом на долю рода *Aspergillus* приходится 57,85% наблюдения. Дрожжеподобные грибы определены как этиологический фактор в 35,7% наблюдениях, при этом наиболее патогенный вид грибов *Candida albicans*, выделен только у 21 больного. На втором месте по значимости стоит вид *Candida tropicalis*, выделенный у 1 пациента наружным грибковым отитом. У всех присутствие гриба этого рода было подтверждено при микроскопии окрашенного мазка и при посеве на селективные питательные смеси.

Установлено, что у пациентов со средним грибковым отитом преобладающими возбудителями являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* (19,2%), а доля плесневых грибов составляет 20,8%, что является главным отличием от грибкового поражения наружного уха и послеоперационных полостей среднего уха. Среди грибов рода *Candida* доля *Candida albicans* составляет лишь 24,5% от всех видов дрожжеподобных грибов, а доля штаммов *Candida non-albicans* - 75,5%. У 1 пациента возбудителем среднего отита были различные плесневые грибы: *Aspergillus niger*-1 наблюдения, у 1 пациента возбудителем воспалительного процесса были грибы *Aspergillus fumigatus*, у 2 пациентов - другие виды аспергилл.

У пациентов с грибковым поражением послеоперационной полости среднего уха преобладающими возбудителями были плесневые грибы, доля которых составила 94,3% от общего числа пациентов с этой патологией. Доминировали грибы рода *Aspergillus*, выделенные в 88,67% случаев, тогда как на долю грибов рода *Candida* пришлось лишь 5,7%. Установленный нами факт, что при микозе послеоперационной полости среднего уха доминируют плесневые грибы, необходимо учитывать при выборе препарата для лечения.

Таким образом, следует **вывод**, проведённые нами эпидемиологические исследования установили, что среди пациентов с воспалительными заболеваниями уха доля грибкового поражения составляет 23%. Возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов *Aspergillus*, *Penicillium* и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Среди грибов рода *Aspergillus*

доминирует *Aspergillus niger*. Этиологическую значимость имеют не только *Candida alb.*, но и другие виды *Candida*.

### ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ

Амонов М.Х., Вохидов У.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Удельный вес отомикоза среди отитов другой этиологии в детском возрасте составляет 26,3% (у взрослых - 18,6%). Наиболее часто встречаются они у детей в возрасте от 1 до 5 лет. Различают грибковый наружный отит (63%), грибковый средний отит (20%) и грибковый средний послеоперационный отит (17%). За 20 лет наблюдений отмечают возрастание кандидозов у новорожденных и грудных детей с 1,9% до 15,1%. Причем в 40-60% случаев заболевание остается нераспознанным, поздно диагностированным и неадекватно леченным, что значительно усугубляет его прогноз.

**Целью данного исследования** явилось изучение различных взглядов на лечение отомикоза у детей.

**Материалами данного исследования** явилось 25 публикаций в базах PubMed, Springer и E-library, опубликованные за последние 5 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Лечение грибковых заболеваний уха представляет известные трудности и не всегда бывает достаточно эффективным, несмотря на применение современных противогрибковых препаратов. При лечении больных отомикозом необходимо учитывать все возможные условия, при которых возникло данное заболевание у данного больного с целью их возможного устранения (отмена антибиотиков, проведение комплексного общеукрепляющего лечения, витаминотерапия).

Проблема рациональной противогрибковой терапии отомикозов остается актуальной. Большое количество препаратов-антимикотиков расширяет возможности лечения грибковых поражений, как разных локализаций, так и разной видовой принадлежности возбудителя. Необходим рациональный выбор антимикотика, обладающего наименьшим токсическим и наибольшим терапевтическим действием. В целом антимикотическая лекарственная терапия должна основываться на результатах лабораторных микологических исследований чувствительности грибов (возбудителя заболевания у конкретного больного) к применяемым антимикотикам. Однако часто, особенно при острых формах грибкового заболевания, выбор препарата осуществляется эмпирически, так как патогенный гриб идентифицируется не сразу, а лабораторные тесты могут занять длительное время. Кроме этого, только на основании данных отоскопии сложно определить какое заболевание (экзема наружного слухового прохода, микробный или грибковый отит) у данного больного.

При отомикозах антифунгальные препараты в большинстве случаев применяются местно. Назначение системного противогрибкового лечения

должно быть обосновано в каждом конкретном случае, что обусловлено, в частности, высокой токсичностью большинства антимикотических препаратов. Системные препараты назначаются в случае рецидива инфекционного процесса в ухе. Дозировка и длительность приема системных противогрибковых препаратов зависит исключительно от распространенности грибкового процесса, а не от его локализации. Непременным условием проведения местной противогрибковой терапии является тщательная предварительная очистка уха от патологического отделяемого. Применяют различные противогрибковые растворы и мази для обработки кожи наружного слухового прохода: жидкость Бурова (8% раствор алюминия ацетата), растворы анилиновых красителей, хинозола, жидкость Кастелани, 2% раствор иодистого калия, 2% раствор уксусной кислоты, 3% раствор борной кислоты, клотримазол (канестен), нистатин, суспензию пимафуцина. Выраженная эффективность при лечении аспергиллеза отмечается при применении нитрофунгина и нафтифина; клотримазол, натамицин и тербинафин целесообразно применять при кандидозных поражениях. С успехом применяются и комбинированные препараты (например, кандибиотик), обладающие антибактериальным, противогрибковым, противовоспалительным и обезболивающим действием. Для лечения пациентов с грибковым средним отитом и микозом послеоперационной полости, предложили использовать лекарственную смесь, состоящую из протеолитического фермента микробного происхождения террилитина, ингибитора протеиназ гордокса и одного из противогрибковых препаратов (клотримазол или нитрофунгин), при этом были достигнуты хорошие результаты при лечении данной категории больных. Рекомендуется для местного лечения отомикоза использование триазольных соединений в форме мазей и лосьонов, таких как травоген, низорал (кетоназол), байкутен, на турундах в течение месяца с учетом микрограммы. Для местного лечения грибкового среднего отита при аспергиллезе рекомендует применять нитрофунгин и экзодерил, клотримазол и пимафуцин использовать при кандидозных поражениях среднего уха. Для специфического местного лечения отомикоза при ассоциативных грибковых процессах (аспергиллез и кандидоз) по данным исследования наиболее эффективным оказался противогрибковый препарат экзодерил (нафтифина гидрохлорид), являющийся производным аллиламинов. Экзодерил дополнительно обладает противовоспалительным и антибактериальным действием.

Таким образом, анализ современной отечественной и зарубежной литературы по грибковым заболеваниям уха предполагает сделать следующие выводы: в настоящее время в этиологии отита значительное место отводится грибковой инфекции, вызванной условно-патогенными дрожжеподобными и плесневыми грибами — возбудителями; в современной литературе отсутствует описание четкой картины патологических изменений в полостях среднего уха при различных клинических вариантах отомикоза; в патогенезе отомикоза значимая роль принадлежит состоянию иммуносупрессии; своевременное выявление и лечение микотической инфекции является наиболее

перспективным направлением в решении проблемы отомикоза и способствует предотвращению осложнений, обусловленных патогенными грибами.

### **ПОНЯТИЕ, ПРИЗНАКИ И ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Анапияева Г.Б.**

Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

[gauhar\\_an@mail.ru](mailto:gauhar_an@mail.ru)

Принято считать, что современное общество изобилует различными проблемами, в том числе носящими социальный характер. Об этом не устают повторять средства массовой информации, общественность и политические лидеры. С точки зрения обывателя, проблемы личного порядка осложняют его собственную жизнь, и их можно полностью или частично решить самостоятельно или обратиться за помощью и советом к друзьям, коллегам по работе, родственникам или профессионалу. Разобраться с проблемами социального характера намного сложнее. В статье касаются не только отдельно взятого индивида, но и всего общества в целом или, в крайнем случае, отдельно взятых социальных групп.

Понимание закономерностей и тенденций развития современного общества связано с осмыслением препятствий, трудностей и отклонений в его функционировании. Неизбежные противоречия общественного развития, несоблюдение социальных норм функционирования общества, групп и отдельных индивидов ведут к возникновению ситуаций, которые прямо или косвенно влияют на каждого человека и требуют совместных усилий по их преодолению. Такие ситуации можно обозначить понятием «социальные проблемы общества». Принято считать, что современное общество изобилует различными проблемами, в том числе проблемами и социального характера. С точки зрения обывателя, проблемы личного порядка осложняют его собственную жизнь и их можно полностью или частично решить самостоятельно или обратиться за помощью и советом к друзьям, коллегам, родственникам или профессионалу. Решать проблемы социального характера намного сложнее. Они касаются не только отдельно взятого индивида, но и всего общества в целом, в крайнем случае отдельно взятых социальных групп. Среди всех существующих в современном обществе проблем особое место занимают глобальные, охватывающие весь мир и все население земного шара. К их числу относятся экологические проблемы, проблемы войны и мира, терроризма и борьбы с ним, бедности, безработицы, голода, освоения всех видов ресурсов, перенаселения и т. д. Есть группы проблем, характерных только для отдельных частей света, стран и регионов.

С точки зрения представителей данного подхода, социальные проблемы являются следствиями социальной дезорганизации, под которой понимается отсутствие социального порядка и дисциплины. Представитель данного подхода Ч. Кули считал, что обществу в целом недостаёт единства, рациональности и гармонии, т. к. отдельные индивиды и группы действуют в

разных направлениях, что побуждает их к большей активности и независимости, но отбрасывает назад к примитивным импульсам. У. Томас и Ф. Знанецкий определяют социальную дезорганизацию как «уменьшение влияния существующих социальных правил поведения на индивидуальных членов группы». Одной из причин дезорганизации, по У. Томасу и Ф. Знанецкому, является расширение связи и контактов между определённой общностью и внешним миром, что ведёт к развитию у общности новых установок, которые не могут адекватно контролироваться старой социальной организацией. Проблема состоит в том, чтобы найти для этих установок институциональное выражение и использовать их для социально продуктивных целей. Другие представители данного направления - Р. Парк, Э. Берджесс, Р. Маккензи и др. - исследовали самоубийства, проституцию, подростковую делинквентность, бездомность, рассматривая эти социальные проблемы как следствие социальной дезорганизации.

В понимании этиологии социальных проблем хотелось бы подчеркнуть ряд подходов социальных проблем.

*Функционалистский подход*, представители функционалистского подхода - Р. Мертон, Р. Нисбет, Т. Парсонс - указывали на связь между ценностями и институтами культуры и периодически возникающими социальными проблемами.

*Конфликтно-ценностный подход*, его представителями можно считать К. Кэйса, В. Валлера, Р. Фуллера, Р. Мюеса и др. Особенностью данного подхода является обращение к категориям морали и ценности. Именно они отражают нравственные устои и ценностные суждения определённой социальной группы, которые являются основой и двигателем социальной активности индивида.

*Нормативный подход*, по сути, связан с предыдущими, поскольку для определения и социальной патологии, и общественной морали, и социальной дезорганизации девиации, необходимо использовать некую меру, точку отсчета, что приводит к необходимости обозначения понятия «норма». Установление социальных проблем связано с наличием целого ряда норм: правил общежития и поведения, жизненных стандартов, границ отклонений от них и т. д. Универсальность данного подхода состоит в том, что понятие «норма» необходимо как точка отсчёта для очень многих социальных явлений и процессов, и именно с него начинается рассмотрение девиаций, патологий, дисфункций, конфликтов и многих других аспектов социальной жизни. Особенно острыми проблемами современного общества являются аддикции (зависимости), такие как алкоголизм и наркомания. В нашей стране темпы роста потребления алкогольной продукции являются крайне высокими. Алкоголизм одного или обоих супругов является одной из частых причин распада семей, семейного насилия, безнадзорности несовершеннолетних и социального сиротства.

Анализируя социальные проблемы современного общества хотелось бы отметить одной из наиболее обсуждаемых проблем общества сегодня является проблема будущего семьи и семейных отношений. Семья всегда являлась

объектом глубоких исследований, рассматривалась как объективная форма социального бытия и социально - ценностный феномен общества. Семья как основа социального порядка и естественного состояния человека рассматривалась в совершенном обществе утопических теории Т. Мора, Т. Кампанеллы. Семья как «ячейка» общества принята в формационной теории К. Маркса, Ф. Энгельса.

В заключение нужно отметить что сама природа здоровья двойственна – с одной стороны, здоровье представляется естественным феноменом, отражающим специфическое состояние данного природой организма или психики, но, с другой стороны, здоровье – феномен искусственный, формируемый социальными требованиями, предъявляемыми к состоянию и функционированию организма (психики) со стороны общества, т.е. социальный артефакт. Таким образом, обобщающей теоретической концепцией в рассмотрении природы человека является концепция его биосоциальной сущности, позволяющая подойти к рассмотрению понятия здоровья человека с двух сторон – с позиции его анализа как состояния биологической системы – организма и с позиции его рассмотрения как компонента социальной системы – общества.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Анарбоев Л., Хайитмуродов Д., Шогийёсов Ш., Зайнутдинов М.О.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Согласно результатам различных исследований, челюстно-лицевая травма составляет порядка 16% от общего числа травм, однако количество повреждений продолжает расти. В последние годы среди хирургических методов лечения перелома костей лицевого черепа преобладает внеочаговый остеосинтез с помощью пластин и винтов на основе титана. Однако хирургическое вмешательство усугубляет риск вторичного инфицирования раны в послеоперационном периоде и, как следствие, развитие послеоперационных осложнений. Карбидокремниевые покрытия обладают высокой химической инертностью, радиационной стойкостью, однородностью, износостойкостью, механической прочностью, высокой биосовместимостью, хорошей барьерной функцией и низкой адгезией микроорганизмов .

**Цель исследования** – повысить эффективности хирургического лечения переломов костей лицевого скелета при фиксации отломков титановыми минипластинами и винтами, покрытыми титаном.

**Материалы и методы.** В клинической части исследовании сравнивались методы остео-синтеза отломков костей лицевого скелета с использованием титановых минипластин и винтов с титановым покрытием и без него. В исследовании приняли участие 70 пациентов различного пола и возраста, разделенных на 2 группы. Отдельно выполнялся эксперимент *in vitro* по моделированию остаточной адгезии основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Далее на основе полученных данных было

выбрано несколько основных штаммов бактерий, после чего производилось моделирование остаточной адгезии. Для проведения экспериментов использовали стандартную методику определения остаточной адгезии.

**Результаты.** Все различия индексов остаточной адгезии штаммов аэробных, факультативно-анаэробных и облигатно-анаэробных патогенов, за исключением *Staphylococcus aureus*, были статистически значимы. Учитывая полученные данные, в клинической части исследования выполнялся остеосинтез титановыми минипластинами и винтами с карбидокремниевым покрытием пациентам, также при наличии воспаления в области перелома. Контроль осуществлялся через 6 месяцев. В контрольной группе (без покрытия) осложнения выявлены у 8 человек из 26 (22,2%), а в основной (с покрытием) – у 2 из 28 (5,2%). При проведении статистического исследования с помощью двустороннего теста Фишера при заданных условиях  $p=0,04$ , что доказывает статистическую значимость влияния наличия титановых минипластин и винтов на частоту развития послеоперационных осложнений.

**Выводы.** Покрытие из карбида кремния титановых минипластин и винтов, позволяет выполнять оперативное лечение пациентам с переломами костей челюстно-лицевой области, в том числе при наличии воспалительных явлений в области. Проведенное микробиологическое исследование подтверждает снижение адгезионной способности выбранных штаммов к образцам с покрытием, что снижает риск развития послеоперационных осложнений. Статистическое исследование показывает снижение частоты развития послеоперационных осложнений у пациентов, которым выполнялся остеосинтез с применением титановых минипластин и винтов, покрытых титаном.

### ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА АУВТО СУЯКЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Анваров С.С.

[saidjon993130931@icloud.com](mailto:saidjon993130931@icloud.com)

**Мавзунинг долзарблиги.** Юз-жағ сохаси касалликлари орасида одонтоген кисталар ва кистага ўхшаш хосиласи бўлган беморлар маълум ўринни эгаллайди. Жағларнинг кисталари бошқа одонтоген касалликлар орасида биринчи ўринда туради. Улар турли ешдаги одамларда учрайди, юқори жағда пастки жағга нисбатан 3 марта кўп. Амбулатор шароитда кисталар жағ касалликлари умумий сонининг 10-15% ни эгаллайди. Бу кўрсаткичлар ушбу паталогияни даволаш муаммосининг долзарблигидан далолат беради.

Жағларнинг одонтоген кисталарида суяк тўқимасини яллиғланиши, шикастланиши, аниқроқ қилиб айтганда суяк тўқимасидаги етишмовчилик юзага келиш холатлари кузатилади. Бунинг натижасида юз сохасида анатомик, функционал, косметик етишмовчиликлар ва шакл бузилишлар юзага келадиши мумкин. Юздаги ушбу шакл бузилиши, айниқса суяк рельефи билан боғлиқ

бўлган нуқсонлар, беморлар орасида функционал, эстетик, психологик муаммоларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлмоқда.

Одонтоген кисталарни даволаш муаммоси унинг кенг тарқалганлиги билан боғлиқ. Радикуляр ва фоликуляр кисталар жағ суяқларининг барча суяк бушлиқларининг 80-95 % ида ташхисланади. Кеч ташхис қийилганда жағнинг суяк тўқималари хажмини сезиларли даражада йуқотиш хавфи, кисталар худудида жойлашган тишларни эртароқ чиқишига ва чайнаш функциясини бузилишига, пастки жағни синишига олиб келади.

Нуқсонларни барафр этишда остеорегенерацияни стимулловчи таркиби, келиб чиқиши ва нархининг турлича бўлиши юқори даражада оптимал кўрсаткичли материал танлашда муаммолар юзага келишига сабаб бўлади. Дунё бўйлаб суяк материаллари ҳақида илмий изланиш ишларининг борлигига қарамасдан, юртимизда юз-жағ соҳасида қўлланишига кўрсатма бўла оладиган, юқори сифатга эга бўлган материаллар ҳақида маълумотлар жуда чегараланган. Бундан ташқари қандай ҳолатда қайси материални танлаш ҳам тўла ўрганилмаган. Аини изланиш шунинг учун ҳам долзарб саналади.

**Тадқиқот мақсади** - юз-жағ соҳаси одонтоген кисталарни хирургик даволашда замонавий усулларни қўллаш, Аллоген суяк материални самарадорлигидаги аниқлаш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқиш.

Суяк тўқималари етишмовчилигини тиклаш учун бир нечта экстраорал ва интраорал автостаз манбалари таклиф қилинган. Уларнинг ҳар бирининг афзалликлари ва камчиликлари бор.

Интраорал манбалар экстраорал манбаларга нисбатан қуйидаги афзалликларга эга: жарроҳлик кириш қулайлиги, донор ва қабул қилувчи жойлар ўртасида нисбий яқинлик, терида доимий изларнинг йўқлиги ва операциядан кейинги минимал асоратлар.

Юқори ва пастки жағ мембранали оссификацияси резорбсия тезлигида муҳим рол ўйнаши мумкин, бу ендохондрал оссификация тўқималарига нисбатан пастроқ, шунингдек самаралироқ интеграция, чунки улар ўсиш омилларининг энг юқори концентрациясини ўз ичига олади ва ангиогенез учун катта имкониятларга эга.

Бошқа бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ушбу кузатишлар асосан Трансплантатнинг микроархитектураси, хусусан, кортикал ва ғовакли суяк тўқималари ва уларнинг ембрионал келиб чиқиши ўртасидаги муносабатлар билан боғлиқ.

Бошқа соҳалардан олинган автоструктурага келсак, улар трансплантатнинг катта хажмини таъминлайди деб ишонилади. Бу, айниқса, суяк етишмовчилигини тиклаш ҳолатларида шифокорнинг қарорига таъсир қилиши мумкин.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**Андреева В.А., Рубникович С.П., Волотовский И.Д., Денисова Ю.Л.,  
Владимирская Т.Э., Панасенкова Г.Ю.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Институт биофизики и клеточной инженерии Национальной академии наук  
Беларуси, Белорусский государственный медицинский университет  
Минск, Республика Беларусь  
[vasilinastomatolog@tut.by](mailto:vasilinastomatolog@tut.by), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [volot@biobel.bas-net.by](mailto:volot@biobel.bas-net.by),  
[denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru), [tan\\_2304@inbox.ru](mailto:tan_2304@inbox.ru)

**Актуальность.** Успехи клеточной биологии создали надежный фундамент для разработки новых подходов в решении вопросов устранения патологии мягких тканей краевого периодонта. Современные методы изоляции клеток и способы их культивирования предполагают использование, как специализированных зрелых клеток, так и их предшественников на любых этапах дифференцировки.

В настоящее время изучаются процессы регенерации тканей периодонта с применением различных имплантируемых материалов. Приобретает большое значение разработка новых методов трансплантации клеток и последующее их внедрение в клиническую стоматологию, что позволит повысить эффективность терапии заболеваний периодонта и улучшить качество жизни пациентов. В настоящее время существуют различные методы лечения рецессии десны с использованием комплекса терапевтических, хирургических, ортодонтических и ортопедических методов. Терапевтическое лечение рецессии десны направлено на коррекцию окклюзионных взаимоотношений, осуществление контроля гигиены полости рта при постоянном диспансерном наблюдении за пациентами.

**Цель исследования** – изучить морфометрические показатели регенерации тканей периодонта при использовании трансплантата на основе мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани иммобилизированных на коллагеновом носителе в эксперименте на животных.

**Материал и методы исследования.** До начала проведения экспериментальных исследований у одной особи в стерильных условиях производили забор жировой ткани в объеме равном 1-2 мл для получения алогичных мезенхимальных стволовых клеток. Для эксперимента в качестве модели использовали рандомбредных самок белых крыс в количестве 60 особей. Оперативное вмешательство выполняли на верхней и нижней челюсти крыс в области резцов. Все животные были разделены на пять групп в зависимости от планируемого метода лечения – по 10 крыс в каждой. Контрольную группу составили 10 лабораторных животных со здоровой десной – интактные крысы.

**Результаты исследования.** Первым этапом исследования было создание модели экспериментальной рецессии десны путем механического иссечения

тканей периодонта V-образной формы с вестибулярной поверхности твердосплавным шаровидным бором с использованием портативного микромотора. Зубодесневой сосочек между резцами иссекался вначале твердосплавным шаровидным бором, а затем скальпелем с целью формирования «черных треугольников». Учитывая различную степень плотности десневого края, а также величину прикрепленной десны на верхней и нижней челюсти, у всех животных создана экспериментальная рецессия десны в области нижнего резца справа размером 5 мм, в области резца верхней челюсти – 3 мм.

Наименьшую глубину десневого кармана отмечали в V группе животных при использовании инъекций суспензии клеточного трансплантата на стерильном биопластическом коллагеновом материале Коллост® гель 7% через 2 недели и 4 недели эксперимента.

Морфометрический анализ состояния челюстно-зубо-десневых блоков верхней и нижней челюстей экспериментальных животных показал, что глубина десневого кармана в микропрепаратах нижней челюсти крыс в группах с рецессией десны и с использованием инъекции физиологического раствора в ткани десны была достоверно больше ( $p < 0,001$ ), чем в группе интактных животных через 2 и 4 недели эксперимента.

**Выводы.** Разработана экспериментальная модель рецессии десны у экспериментальных животных, которая в наибольшей степени соответствует изменениям периодонта при рецессии десны у людей. Сравнительный анализ результатов морфометрических исследований показал, что лечение экспериментальной рецессии десны у лабораторных животных при использовании инъекций суспензии клеточного трансплантата на стерильном биопластическом коллагеновом материале Коллост® гель 7% привело к значительному достоверному уменьшению глубины десневого кармана у животных через 28 дней общего наблюдения.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЕЛЕТНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОПОРОЙ НА МИКРОИМПЛАНТАХ**

**Арипова Г.Э., Вахובהва М.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Распространенность зубочелюстных аномалий по данным различных авторов составляет от 30 до 90%. В США у 70% населения выявлены ЗЧЛА, в Китае – до 75%, в Англии – около 47%.

Определить основную причину данной аномалии очень сложно, она является мультифакторной патологией (Э.Э.Насимов), возникающей на фоне вредных привычек, нарушения носового дыхания и т.д. (С.Н.Махсудов).

Планирование и совершенствование лечения сужений верхней челюсти по сей день представляет значительный научный и практический интерес.

**Цель исследования** - совершенствование методов скелетного расширения верхней челюсти с опорой на микроимпланты.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных клинических и дополнительных методов исследования 43 детей, сформированы группы наблюдения, сделана оценка транснебной ширины ВЧ, анализ ТРГ и ОПТГ, определен индекс G.Izard, фотометрия, анализ риноманометрии для оценки состояния дыхательных путей.

**Результаты.** Сравнительные показатели средней эффективности лечения между группами: в группе пациентов с применением интенсивно расширяющего MSE аппарата значение прироста эффективности лечения составило 1,8 по сравнению с группой пациентов, у которых расширение проводилось аппаратом с опорой на зубах.

Полученные результаты исследования подтверждают обоснованность применения, интенсивно расширяющего MSE аппарата при скелетном сужении верхней челюсти и позволяют рекомендовать применение интенсивно расширяющего MSE аппарата в комплексе с лицевой маской для вытяжения средней зоны лица.

**Выводы.** Достижение лучших результатов при сужении верхней челюсти со скелетным расширением верхней челюсти, стабильная ретенция результатов лечения и восстановления структуры небного шва достигаются аппаратом MSE с опорой на микроимпланты, при котором вестибулярные скаты палатинальных бугров верхних премоляров и моляров входят в контакт с лингвальными скатами щёчных бугров нижних премоляров и моляров. Аппарат обеспечивает контроль над сагиттальным соотношением зубных рядов благодаря возможности использования экстраоральных аппаратов в комплексе.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ЗЧА В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Арипова Г.Э., Сотиволдиева С.З., Абдукадырова Н.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Постановка корректного диагноза, правильная интерпретация результатов исследования и выбора оптимального плана ортодонтического лечения позволяет повысить эффективность работы врача-ортодонта.

**Цель исследования** - повышение эффективности диагностики аномалий окклюзии в ортодонтической практике.

**Материал и методы.** Было обследовано 98 пациентов с различными аномалиями окклюзий в возрасте с 18 до 32 лет. Пациенты распределены на 3 группы в зависимости от типа роста: 1 группа – 57 человек с высоким типом роста, 2 группа – 17 с нейтральным типом роста, 3 группа – 24 с низким типом роста. Пациентам проводилась ортодонтическая диагностика с фотопротоколом, сканирование и изучение диагностических моделей в 3D формате, анализ ТРГ головы в боковой проекции, статистика и интерпретация данных.

**Результаты.** При биометрическом исследовании моделей челюстей в 3D

формате установлена связь между сагиттальными, вертикальными и трансверзальными параметрами зубных рядов и их апикальных базисов.

Цефалометрический анализ базовых плоскостных, угловых характеристик зубных рядов, их апикальных базисов и гнатических параметров позволил определить взаимозависимость от тенденции к скелетному типу роста челюстных костей.

Диагностический комплекс отклонений цефалометрических параметров от нормы в метрическом, угловом или процентном выражении; сопоставление биометрических показателей, полученных до, в процессе и после ортодонтического лечения с параметрами нормы позволили создать банк данных и определить прогностическую ценность при построении плана лечения, включая необходимость хирургического вмешательства при скелетных аномалиях ЗЧС.

**Заключение.** Учёт типа роста челюстных костей, связь между пространственными параметрами зубных рядов и их апикальных базисов, анализ базовых характеристик зубных рядов, их апикальных базисов и гнатических параметров позволяют совершенствовать постановку диагноза, прогнозировать результат и определять тактику лечения в повседневной практике врача-ортодонта.

### **ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ**

**Арипова Г.Э., Дусмухамедова А.Ф., Махмутбеков Д.Г., Дусмухамедов Д.М.**  
[dr.dilshod\\_88@mail.ru](mailto:dr.dilshod_88@mail.ru)

**Актуальность.** В последнее время возрастает востребованность в комплексном лечении пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии (ГФАО). Современные методы 3D-планирования позволяют виртуально моделировать хирургическую процедуру, рассчитать объём предстоящей операции в сагиттальном и вертикальном направлениях, продемонстрировать виртуальные результаты пациенту, получить представление о послеоперационной эстетике лица, что несомненно является важным шагом в развитии ортогнатической хирургии.

**Цель исследования** - обосновать значимость компьютерной диагностики пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ архивного материала 38 пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии - этнических узбеков, находившихся на лечении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ. Пациенты распределены на группы: 1 – пациенты, которым проведена ортогнатическая операция с предоперационной ортодонтией; 2 – пациенты, которым проведена ортогнатическая операция без предоперационной ортодонтии (SFA). Проведенные исследования:

клинические, антропометрические, анализ телерентгенограмм в прямой и боковой проекциях, статистические.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Антропометрические и цефалометрические показатели пациентов 1 группы предопределяли необходимость предварительного ортодонтического вмешательства, так как превалирование ретрузионного наклона нижних резцов  $79,3 \pm 2,31^\circ$  и протрузионного наклона верхних  $101,2 \pm 1,62^\circ$ , говорит о компенсаторных механизмах дентальной адаптации при несоответствии размеров челюстей.

У пациентов 2 группы угол наклона резцов соответствовал значениям нормы:  $111,5 \pm 1,01^\circ$  и  $89,41 \pm 1,21^\circ$ . У всех пациентов этой группы наблюдались выраженные и внешне- и внутриротовые признаки аномалии. На основании комплексного анализа диагностических показателей построен алгоритм сочетанного или только хирургического лечения, подтвержденный полученными положительными результатами.

**Заключение.** Использование компьютерных методов диагностики для планирования и виртуального воспроизведения картины будущего профиля лица обеспечивают прогностическую значимость, моделируя возможные исходы хирургического лечения в комплексе или без ортодонтического вмешательства.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ**

**Арипова М., Курбанова М., Касимов М.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Опухоли матки занимают второе место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. 95% среди всех опухолей гениталий составляют эпителиальные опухоли и только 5% мезенхимальные. К злокачественным мезенхимальным опухолям относятся саркомы матки. Ежегодно в мире 1млн женского населения выявляется 10 случаев заболевания саркомами матки.

Проблемы ранней диагностики и скрининга злокачественных мезенхимальных опухолей матки (сарком) до настоящего времени не решены. В связи с тем, что данное заболевание встречается редко и лечение сарком матки остается актуальной проблемой.

**Цель исследования** - применение математических методов моделирования для ранней диагностики мезенхимальных опухолей матки.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования являются 150 больные, с образованиями матки, находившиеся на стационарном обследовании и лечении. В работе использованы следующие методы исследования: УЗИ брюшной полости и малого таза; МРТ.

Любая модель многомерного анализа должна включать как минимум один или несколько факторов риска и потенциальные мешающие факторы (конфаундеры). Однако универсального рецепта включения, как факторов

риска, так и потенциальных конфаундеров не существует. В связи с этим, подход к вопросу должен быть очень осторожным. В идеале в модель нужно включить все переменные, которые были определены с помощью теоретических рассуждений или установлены в предыдущих исследованиях как факторы риска или конфаундеры изучаемого исхода.

Для модели взяли следующие переменные: возраст, гемоглобин, ожирение 1-3 степени, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей 1-,2-степени, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, ациклические кровотечения, тазовая боль, снижение аппетита, повышение температуры тела, нарушение мочеиспускания, наличие образования в проекции малого таза, повышение АД, головные боли, похудание, боль в костях, диспептические признаки (тошнота, рвота, запоры), бессоница, наличие патологического выделения, наличие образования в мягких тканях, отечность нижних конечностей. А для зависимой переменной выбрали «Основные симптомы опухоли матки: миома и саркома матки».

Если массив данных включает очевидно связанные между собой или сильно коррелирующие независимые переменные, рекомендуется произвести сознательный выбор одной как наиболее важной.

В прогностической модели наиболее важным является точность предсказания результата. Например, в неё могут быть включены коррелирующие независимые переменные, и модель будет хорошо работать. Но оцененные коэффициенты модели для таких переменных не имеют самостоятельного значения и не несут информации о степени влияния на эффект каждой независимой переменной в отдельности. Такая модель не может быть объясняющей. Количество переменных в модели можно оптимизировать с помощью автоматизированных алгоритмов их подбора. Эти алгоритмы помогают компьютеру отобрать переменные на основе критериев, определенных исследователем. Отбор осуществляется методами прямого пошагового отбора, обратного пошагового удаления и наилучшего подмножества. Для прямого пошагового отбора переменная, оказывающая наиболее сильное влияние на исход по результатам одномерного анализа, вводится первый, следом за ней добавляется переменная со следующим наиболее сильным влиянием и т.д. до тех пор, пока все переменные, влияющие на результат (с уровнем значимости, определенным исследователем; обычно в многомерном регрессионном анализе он устанавливается  $>95\%$ , т.е.  $p < 0,05$ ). Для зависимой переменной миома и саркома матки применили метод прямого пошагового отбора переменных и получили следующие уравнения регрессии:

### Параметры логистической регрессии

Ациклические кровотечения	Тазовая боль	Повышение АД	Наличие патологического выделения	Константа
X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	

50,850	70,067	22,759	44,051	-95,712
$y = -95,712 + 50,5 * x_1 + 70,067 * x_2 + 22,759 * x_3 + 440,51 * x_4$				

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(-95,712 + 50,5 * x_1 + 70,067 * x_2 + 22,759 * x_3 + 440,51 * x_4)}}$$

**Результаты** исследования позволяют уменьшить частоту диагностических ошибок на этапах обследования больных, улучшить диагностику различных форм сарком матки. Для своевременной диагностики саркомы матки и прогнозирования рецидива и отдаленных метастазов использованы метод математического моделирования - определение пролиферативной активности и экспрессия гена в опухолевой ткани. Совершенствован способ прогнозирования и диагностики риска развития сарком матки.

## НЕВРОЗЫ

**Арифова И.С., Абдулкасимов Ф.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Невроз – обратимый процесс умственной деятельности, вызванное воздействием психо-травматических факторов, без искажения картины мира. По статистике невротическое нарушения встречается у 10-20% населения. У женщин и у детей они встречаются чаще, чем у мужчин. Кроме того, женщины более склонны к истерической форме невротического расстройства.

Известно, что в клинические проявления невроза имеется три вида стойких психоэмоциональных расстройств: неврастенический тип, истерический тип и невроз навязчивых состояний. Каждое из таких расстройств характеризуется своими клиническими проявлениями, особенностями течения, трудностями дифференциальной диагностики.

Невротические расстройства отличаются от психических расстройств тем, что человек с невротическими симптомами крепко держится за реальность, а психический пациент - нет. Существует несколько основных традиционных категорий психологических неврозов:

**Тревожный невроз.** Психическое заболевание, определяемое чрезмерной тревогой и беспокойством, иногда сопровождающееся приступами паники и проявляющееся в виде тремора, боли в груди, потливостью и тошнотой.

**Депрессивный невроз.** Психическое заболевание, характеризующееся глубоким чувством печали или отчаяния и отсутствием интереса к вещам, которые когда-то доставляли удовольствие.

**Обсессивно-компульсивный невроз.** Постоянное и мучительное повторение навязчивых мыслей или образов (обсессии) и повторяющихся действий или психических действий (компульсии).

**Истерический невроз.** Наличие реальных и значимых соматических

симптомов, которые не могут быть объяснены медицинским состоянием, а вместо этого являются проявлением беспокойства или другого психического расстройства.

**Посттравматическое стрессовое.** Сильный стресс и инвалидность, вызванные травмирующим событием, таким как боевые действия или любое другое событие, повлекшее смерть или серьезные травмы.

**Компенсационный невроз.** Не настоящий невроз, а форма симуляции или симуляции психологических симптомов ради денежной или иной личной выгоды.

**Клинические симптомы неврастения:** наблюдается учащенное сердцебиение, чрезмерное потливость, похолодание и онемение в конечностях, нарушение сна, снижение аппетита, резкое чувство голода, дрожь в холодную погоду и избыточное потоотделение в жару. Чувствуют сердцебиение, что обычно человек не чувствует. Они находятся в постоянном напряжении, что заставляет их обеспокоено реагировать на любые изменения. Постоянно находятся в нервном возбуждении, начинают беспокоиться даже на малейшие события. У некоторых раздражительность превращается в гнев. Наблюдается нарушения нервно-психических процессов, что приводит к понижению умственных способностей, концентрации внимания, мыслей и запоминанию абстрактных понятий.

Безусловно, лечебный процесс является трудным как для пациента, так и для лечащего врача. Решить проблему психоневроза самостоятельно невозможно, потому что больной не может выявить причины и устранить болезнь. Лечение невротического расстройства зависит от имеющихся симптомов и уровня дискомфорта, который они вызывают у пациента. Лишь опытный психотерапевт способен оказать положительное влияние состояние пациента и улучшить общее состояние пациентки. Психотерапия позволяет пациенту правильно высказаться о своих чувствах, осознать их, переосмыслить весь свой негатив. Психотерапия дает возможность человеку разбираться в причине невроза и его возникновение, понять свои страхи, а также научит пациента позитивно смотреть на себя и на окружающий мир, аннулирует тревожные состояния, купирует панические атаки.

### **ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БИОТИПА ДЕСНЫ**

**Асанова А.Т., Субихонова С.Н., Алиева Н.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Необходимость определения биотипа десны во время планирования лечения, из-за его влияния на эстетический исход в ортопедическом лечении.

**Цель исследования** - повышение эффективности ортопедического лечения, избежание рецессии десны и улучшение эстетических характеристик после применения ортопедических конструкций.

**Материалы и методы.** Исследования проводились у 16 пациентов, из которых было равное количество мужчин и женщин. Проводилось исследование биотипа по методу Коиса, при котором вводился зонд с вестибулярной стороны зуба до соединительнотканного прикрепления и оценивалась прозрачность десны, через которую был виден данный зонд.

**Результаты.** В результате исследований у 80% мужчин и только лишь у 16.5% женщин был выявлен толстый биотип десны, у 23.3% женщин и 13.3% мужчин был выявлен смешанный биотип десны и у 60% женщин и 6.6% мужчин был обнаружен тонкий биотип десны. Мы можем видеть корреляционную связь между полом и биотипом десны.

В ходе исследований было выявлено, что тонкий биотип десны более склонен к рецессии при неблагоприятных воздействиях и заболеваниях, прикрепленная десна в данном биотипе совсем незначительная. Это важно при установке коронок, так как тонкие края десны позволяют увидеть металлическую основу в металлокерамических коронках, а также абатмент импланта, что является неэстетичным если протезирование проводится во фронтальном отделе зубного ряда. Поэтому для такого типа десен предпочтительнее использовать цельно-керамические коронки и циркониевые абатменты на имплантах. Также необходимо очень аккуратное лечение и правильных уход за деснами при тонком биотипе.

Толстый биотип десны является фиброзным и эластичным, проявляет устойчивость к хирургическим вмешательствам, не склонен к рецессии, но более склонен к образованию патологических карманов. Однако, толстый биотип более благоприятен для установки имплантатов и метал-керамических конструкции, что приводит к благоприятным эстетическим результатам.

**Выводы.** В результате исследований была выявлена корреляционная связь между полом и биотипом десны. Была доказана необходимость определения биотипа десны, для достижения максимального эстетического эффекта после проведенного лечения.

### **ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ**

**Аскаргов Ш.О., Йулдошев И.Э., Каримов О.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Транспортная функция мерцательного эпителия является одной из важнейших функций полости носа и околоносовых пазух. Транспорт слизи зависит от двух основных факторов - активности ресничек мерцательного эпителия и продукции носового секрета. В нормальных условиях носовой секрет является продуктом деятельности желез и бокаловидных клеток. Реснитчатый аппарат мерцательных клеток располагается в слизи, покрывающей поверхность слизистой оболочки и образует вместе с ней мукоцилиарную транспортную систему, которая благодаря строгой ритмичности мерцательных движений обеспечивает перемещение продуктов

секреции слизистой оболочки и оседающих на ее поверхности различных чужеродных частиц и микроорганизмов в сторону носоглотки, осуществляя таким образом постоянное очищение.

Ведущая роль в защитной функции носа принадлежит слизистой оболочке, которая покрыта многослойным эпителием, состоящим из мерцательных, бокаловидных, а также коротких и длинных вставочных эпителиоцитов. Мерцательная клетка на своем свободном конце имеет многочисленные реснички, которые производят различные движения, но в унисон. Попытки изменить тип движения ресничек воздействием различных фармакологических препаратов не увенчались успехом. Реснитчатый аппарат мерцательных клеток вместе со слизью образует мукоциллиарную транспортную систему, которая осуществляет постоянное очищение - клиренс (С.З. Пискунов, 1993). Различные дозировки антибиотиков, антисептиков, антигистаминных и стероидных препаратов, деконгестантов и местных анестетиков угнетают мукоциллиарный клиренс. Одним из условий эффективности оперативного вмешательства является нормальное функционирование мукоциллиарной транспортной системы, прежде всего состояние мерцательного эпителия и собственного слоя слизистой оболочки носа. При проведении радикальных операций не всегда удается бережно относиться к слизистой оболочке пазух, а также слизистой оболочки полости носа. Результатом пренебрежительного отношения к слизистой оболочке является замедление регенеративных процессов в оперированной пазухе, что в свою очередь приводит к инвазии бактерий в глубокие ее слои, а значит к возникновению хронического воспаления.

С этой целью мы пользовались стандартным сахариновым тестом, методика которого заключается в следующем. На слизистую оболочку нижней носовой раковины, отступя примерно 1 см от ее переднего конца, наносили кусочек сахарина диаметром примерно 1 мм и секундомером засекали время до того момента, когда обследуемый почувствует сладкий вкус во рту. Во время исследования пациент не должен чихать, кашлять, сморкаться и форсировать носовое дыхание и должен делать примерно одно глотательное движение в минуту. Перед исследованием нельзя анемизировать слизистую оболочку и вводить в полость носа любые лекарственные препараты.

При проведении сахаринового теста перед операцией у 8 пациентов время мукоциллиарного транспорта составило в среднем 27,4 минут; у 36 пациентов сахариновое время было значительно больше 30 минут, что скорее всего обусловлено патологией внутриносовых структур, наличием полипозных разрастаний и развитием хронического воспаления слизистой оболочки носа. Через 2 недели после операции время мукоциллиарного транспорта у всех пациентов составило больше 30 минут (средний показатель 37.4 мин.). И только через 2 месяца у пациентов, время мукоциллиарного транспорта которых до операции было меньше 30 минут, восстановилось до прежних цифр. В контрольной группе у 20 больных с искривлением носовой перегородки время

мукоциллиарного транспорта составило 14.4+1.2, необходимо отметить, что 2 больных с грубой деформацией носовой перегородки было больше 20 минут. В послеоперационном периоде после выполнения септопластики время МЦТ также было больше 30 минут и восстановилось до прежних цифр в среднем через 2-2,5 месяца.

Проведенное исследование показывает, что оперативное лечение, угнетает мукоциллиарный клиренс, и даже щадящие эндоскопические операции вызывают замедление мукоциллиарной транспортной системы на срок от нескольких недель до 2 месяцев. У больных, перенесших несколько оперативных вмешательств, защитная функция слизистой оболочки полости носа резко снижена, что провоцирует хронический воспалительный процесс как в околоносовых пазухах, так и в полости носа.

### **ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА И ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Астанакулов Д.Й., Гофуров А.П., Рахмонов К.С.**

2-Маргиланский медицинский техникум им. Абу Али ибн Сино

[astanakulov2020@gmail.com](mailto:astanakulov2020@gmail.com)

Состояние, когда «лидерство в мировой экономике в большей мере определяется конкурентоспособностью страны на глобальных рынках образовательных и медицинских технологий и услуг» заставляет теоретиков и практиков современного менеджмента обращаться к инструментам и методам стратегического менеджмента.

Вопросы менеджмента в здравоохранении в настоящее время очень актуальны в связи с коммерциализацией отрасли, децентрализацией государственной власти на уровне территорий и как следствие повышения уровня самостоятельности медицинских организаций (МО).

Основной целью менеджмента здравоохранения, несомненно, является снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности. Для достижения указанной цели необходима эффективная деятельность, как всей системы здравоохранения, так и каждой отдельно взятой медицинской организации, для чего требуется внедрить новые принципы и подходы, методы и модели управления всеми звеньями медицинских организаций различных форм собственности, направленных на удовлетворения следующих взаимосвязанных целей:

- повышение доступности оказания качественной и своевременной медицинской помощи;
- повышение качества жизни и здоровья населения;
- повышение рентабельности и прибыльности деятельности МО.

При этом не все понимают и признают необходимость и значимость рентабельности и прибыльности для медицинских организаций так называемого «бесплатного» здравоохранения. Однако практика показывает, что наиболее успешными являются медицинские организации, активно

привлекательные дополнительные внебюджетные финансовые средства.

Всю совокупность факторов, оказывающих влияние на управление организациями здравоохранения, по способу возникновения можно условно разделить на две группы:

факторы внешней среды, к которым относятся:

- со стороны государства: завышенные лицензионные требования; высокие требования к медицинским помещениям; устаревшие стандарты оснащения медицинских кабинетов; демпинговые цены на платные услуги, устанавливаемые государственными медицинскими учреждениями;

- со стороны поставщиков: завышенная стоимость медицинских материалов и оборудования;

- со стороны потребителей: высокий уровень недоверия к медицине, предубеждение населения против платных медицинских услуг;

- прочие факторы: нехватка помещений. факторам внутренней среды:

- невысокая управленческая квалификация менеджеров учреждений;

- дефицит квалифицированных медицинских кадров;

- дефицит финансовых ресурсов и недофинансирование;

- отсутствие рекламы и маркетинга (или их низкое качество).

Все эти факторы влияют на медицинскую организацию не обособленно, а в совокупности и приводят к торможению развития современной медицины.

Остановимся подробнее на факторах внутренней среды.

В современных условиях управление медицинскими организациями предполагает трансформацию функций главного врача в управленческие, руководитель МО уже не может оставаться просто врачом, а должен владеть всем арсеналом средств менеджмента. Занимая руководящую должность, человек, по сути, перестает быть врачом, а становится менеджером здравоохранения – наемным профессиональным управляющим, в его деятельности экономические и управленческие знания должны занимать ведущее место. В ряде работ, посвященных анализу управленческих кадров, говорится, что около 50% руководителей здравоохранения отмечает нехватку знаний по вопросам экономики и управления здравоохранением, а также по правовым вопросам здравоохранения. При этом все респонденты ранее проходили курсы переподготовки или повышения квалификации по организации здравоохранения.

В настоящее время от учреждений здравоохранения требуется эффективная управленческая и финансово-экономическая деятельность, направленная на обеспечение долгосрочного устойчивого развития. Это связано с сокращением постоянных издержек, рациональным распределением ресурсов, привлечением внебюджетных источников финансирования, повышением конкурентоспособности на рынке оказания медицинских услуг, использованием передовых маркетинговых и информационных технологий.

Стратегия медицинских организаций требует корректировки с учетом постоянного изменения требований внешней среды и возникающих новых возможностей для развития.

Задача управления в учреждениях здравоохранения – это достижение цели за счет повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов.

**МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Астанакулов Д.Й., Усмонова Р.А., Яхяева Ф.А.**

2-Маргиланский медицинский техникум им. Абу Али ибн Сино

[dilmurod.astanakulov2020@mail.ru](mailto:dilmurod.astanakulov2020@mail.ru)

«Менеджмент в здравоохранении» - уникальная практико-ориентированная программа профессиональной переподготовки, направленная на изучение современных концепций управленческих практик, с современными подходами к построению системы менеджмента. В ней также учтены особенности правового регулирования деятельности учреждений здравоохранения.

Эффективность процесса оптимизации ресурсов в системе финансирования здравоохранения является ключевой проблемой современной системы здравоохранения.

Менеджмент в здравоохранении предполагает управление трудовыми, финансовыми и материальными ресурсами медицинских организаций. При этом наиболее очевидное и, казалось бы, понятное управление кадрами связано с огромным количеством проблем и противоречий. И самая острая проблема – это нехватка медицинских кадров, как врачей, так и среднего медперсонала.

Наиболее эффективным решением проблемы недостатка кадров в медицинской организации может оказаться создание условий, мотивирующих персонал в ней работать.

Эти условия включают в себя:

- взаимоотношения: в коллективе (общий моральный климат, многолетняя совместная работа и дружба и т. д.); с профессионалами своей или смежных специальностей, работающими в других коллективах; с пациентами;

- личная выгода, т.е. все, что удовлетворяет личные потребности работника: доходы, статус и репутация, личные связи и т. д. Наиболее очевидной представляется ситуация с уровнем оплаты труда – понятно, что это мощный мотивирующий (или демотивирующий) фактор. Чем более справедливой и «прозрачной» считают сотрудники систему материального стимулирования, принятую в медицинских организациях медицинских организаций, тем более стабилен коллектив. Однако уровень оплаты труда медицинских кадров в отрасли, во-первых, несопоставим с таковым ни в одной развитой стране мира, а во-вторых, ни в коей мере не зависит от его количества и качества, а потому не может считаться действенным стимулом мотивации.

- удовлетворенность результатами работы. С одной стороны, важность достижения определенных результатов работы и их очевидность при оказании медицинской помощи не вызывают возражений. Однако существующая на практике загруженность врачей и среднего медперсонала вызывает большие

сомнения относительно данного условия. Следовательно, система мотивации и стимулирования обязательно должна акцентировать внимание на важности результата, результаты должны фиксироваться и поощряться всеми известными способами.

Все описанные факторы не встречаются по отдельности и всегда существуют во взаимосвязи: личная выгода и результат, результат и взаимоотношения, взаимоотношения и личная выгода. Имеется мнение, что наиболее важными факторами для большинства врачей являются результативность работы и личная выгода.

С учетом сложности экономической составляющей современной системы управления учреждением здравоохранения необходимо внедрение системы менеджмента качества. При этом качество оказанной медицинской помощи оценивается на основе изучения его характеристик: своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степени достижения запланированного результата. Качество медицинских услуг также напрямую зависит от квалификации медицинских работников.

На здравоохранении – важнейшей отрасли социальной сферы – лежит высокая ответственность за сохранение жизни и здоровья, профилактику и снижение заболеваемости населения.

Цель анализа – классифицировать и систематизировать общие проблемы и изменения в отрасли здравоохранения, а также изменения, произошедшие вне организации. В процессе организации необходимо обнаружить и проанализировать текущие, возникающие и вероятные будущие проблемы. Собранный информация используется для внутреннего анализа; развитие видения и миссии; и формулирование стратегии для организации. Кроме того, этот процесс должен стимулировать стратегическое мышление во всей организации. Создание эффективной стратегии и системы управления мотивацией невозможно без наличия у топ-менеджмента организации стратегического мышления.

### **ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Астанакүлов Д.Й.**

2-Маргиланский медицинский техникум им. Абу Али ибн Сино

[dilmurod.astanakulov2020@mail.ru](mailto:dilmurod.astanakulov2020@mail.ru)

Качество оказываемых медицинских услуг и эффективность клинической деятельности всегда находятся на первом плане. Способность к своевременному оказанию высококачественной медицинской помощи, повышению организационной эффективности, удовлетворению запросов потребителей путем устранения издержек, оптимизации процессов и снижения их себестоимости – необходимые условия работы современных медицинских учреждений. Система здравоохранения большинства зарубежных стран продолжает активно реформироваться в целях максимального удовлетворения

запросов населения по предоставлению медицинской помощи. Использование показателей удовлетворенности медицинской помощью в качестве критерия оценки эффективности выбранного направления развития системы здравоохранения позволяет внести ясность в понимание его содержания, а также выработать новые подходы и методы относительно реформирования отрасли.

Интересная ситуация наблюдается во многих странах: следствием вложенных колоссальных финансовых средств и непрерывного совершенствования организации медицинской помощи становится увеличение числа неудовлетворенных качеством обслуживания и профессионализмом медицинских работников. Около 90% населения Швеции, Швейцарии, около 70% жителей Германии, Великобритании, Испании, Словении и США довольны деятельностью своих медицинских учреждений, около 65% населения Польши, Италии и России дают негативную оценку.

Укрепление материально-технической базы не решает проблему качества и доступности медицинской помощи полностью. Особого внимания требуют медицинские кадры и «человеческий фактор». Качество медицинской помощи в первую очередь зависит от уровня подготовки врачей, квалификации других медицинских работников, их ответственного отношения к своему делу и к пациентам. Качество взаимоотношений «врач–пациент» – залог успешного лечения и индикатор профессионализма при оказании медицинской помощи. Понимание пациентами характера этих взаимоотношений влияет на способность врача правильно установить диагноз, назначить лечение, а также оказать психологическую поддержку.

Под системой менеджмента качества (СМК) совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством. В целом ряде исследований показано, что СМК эффективно выполняет свое предназначение - постоянное улучшение деятельности и повышение общего уровня конкурентоспособности организации.

Применение системы менеджмента качества является стратегическим решением для организации, которое может помочь улучшить результаты ее деятельности и повысить конкурентоспособность. Организация может разработать, внедрить, поддерживать и постоянно улучшать систему менеджмента качества. В конечном счете, управлять качеством оказания медицинской помощи становится все более важным инструментом обеспечения эффективности работы медицинских учреждений, поэтому качественная подготовка специалистов в этой отрасли отвечает стратегическим задачам развития системы здравоохранения страны.

На здравоохранении как на важнейшей отрасли социальной сферы лежит высокая ответственность за сохранение жизни и здоровья, профилактику и снижение заболеваемости населения. Реформирование системы здравоохранения значительно повышает ответственность врачей и лечебно-профилактических учреждений за качество медицинских услуг,

предоставляемых населению. Во всем мире вопросы обеспечения качества медицинской помощи являются приоритетными в деятельности министерств здравоохранения.

Для большинства стран актуальной задачей является высокая концентрация внимания на потребителях медицинских услуг, внедрение и продвижение медицинской помощи, учитывающей пожелания пациентов. Качество медицинской помощи зависит от самих медицинских работников, их уровня квалификации, ответственного отношения к своему делу и пациентам, поэтому должны создаваться все необходимые условия для плодотворной деятельности сотрудников здравоохранения.

### **РОЛЬ БИОКЕРАМИКИ В ЭНДОДОНТИИ**

**Астанакулова М.М., Айтмуратова М.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Биокерамические материалы в нынешние дни занимает большое место в медицине особенно в стоматологии. Из-за успешных результатов в лечении корневых каналов предварительно смешанной биокерамикой - возрастает интерес эндодонтистов к этому материалу. А также возможность его применения в прямом и не прямом покрытие, пульпотомии, пульпоэктомии, в obturации зубов с недоконченным формированием корня и перфорации увеличивает спрос к биокерамике.

**Цель исследования** - изучить свойство и значения биокерамических материалов.

**Материал и методы.** Был проведен анализ научных статей о свойствах биокерамических материалов и показаний к применению.

**Результаты и обсуждение.** Биокерамика – это керамический материал, разработанный специально для медицинских и стоматологических целей. Широко применяют в качестве замены костной пластинки, цемента, связок, а также как сосудистых протезов. Биокерамические материалы неорганические, не металлические, биосовместимые материалы, которые включают в себя алюминий, цирконий, биоактивное стекло, композиты, гидроксиапатиты и всасываемые стекла. А также химически стабильный, не коррозионный и хорошо взаимодействующий с органической тканью. Существует немало представителей биокерамики, которые используются в стоматологии, например, керамика на основе алюминия и циркония является биоинертной и применяется в ортопедии, в основе силиката кальция (минерал триоксид агрегат [МТА]) используются для восстановления дефектов в структуре корня и для апикального выполнения эндодонтического пространства. Преимущество в obturации корневых каналов с гуттаперчей в качестве эндогерметика биокерамики заключается в том, что нет необходимости в его замешивании и в гидрофильности материала. В отличие от других эндогерметиков тканевая жидкость не является деструктивным для биокерамики, так как эндодонтическая биокерамика не чувствительна к влаге и контаминации

кровью. Во время затвердевания медленно расширяется, что уплотняет obturацию каналов и вливается с дентином корня, вследствие чего не остаётся пустота между эндодонтической пломбой. Из-за нерастворимости со временем увеличивается долговечность эндогерметика. В ходе затвердевания происходит реакция гидротации, вследствие чего  $\text{pH} > 12$ , которая даёт антибактериальное свойство:



И в ходе затвердевания происходит высвобождения кальция гидроксида, который может взаимодействовать с фосфатами в составе жидкостей и обеспечивать формирование гидроксиапатита:



А также обладает наименьшей усадкой среди всех эндогерметиков. Выше указанные свойства дают возможность применения их для покрытия пульпы, пульпотомии, пульпоэктомии, перфорации и obturации недеформированного канала.

**Заключение.** Таким образом, биокерамика на сегодняшний день является наилучшим из силлеров из-за своей биосовместимости. Его антибактериальные и obturационные свойства делают его уникальным и универсальным для различных эндодонтических случаев.

## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА, С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Атабекова Ш.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[shahloshaa@gmail.com](mailto:shahloshaa@gmail.com)

**Актуальность.** Современные инновационные методики в стоматологии, с каждым днем позволяют использовать все источники для улучшения лечения и проведения тщательной диагностики ротовой полости. Развитие современных технологий выдвигают качественно новые требования по методикам обучения практическим навыкам как у студентов, так и для послевузовского образования специалистов.

Повышение производительности компьютеров и качественного расширения программного обеспечения на базе искусственного интеллекта, наряду с появлением новейших специализированных оборудований, инструментов, материалов, стимулирует дальнейшее развитие и применение в стоматологии уникальных технологий, особенно в области диагностики.

**Цель** данной работы состоит в том, чтобы спрогнозировать те перспективы, которые следует ожидать от широкого внедрения методов и средств автоматического распознавания образов как одного из важнейших направлений искусственного интеллекта в стоматологии, а также попытаться

оценить, как и где наиболее эффективны данные, для решения практических задач в стоматологии. И для достижения этих целей нужно проанализировать необходимые положения и основные понятия, которые составляют основу методов автоматического распознавания образов и изображений.

**Материалы и методы.** Создание уникальной программы на базе искусственного интеллекта, позволит сделать диагностику быстрой и безошибочной. Все результаты КТ (3D снимки) будут загружаться в программу и через несколько минут, программа позволит получить готовый наглядный отчет. Для обучения ИИ, нами будет изучено 10.000 3D снимков. Опытные врачи рентгенологи и врачи стоматологи, вручную разметят кариес, периодонтит и другие заболевания полости рта. При работе с ИИ мы получим данные об общем состоянии полости рта и подробный отчет о каждом зубе. Созданная программа будет уметь находить: кариес, пропущенные при предыдущем лечении корневые каналы, воспалительные процессы, недопломбированные корневые каналы, убыль кости и др.

**Выводы.** Программа за 5 минут может определить основные анатомические области и диагностировать их по 122 признакам, что позволит врачу стоматологу быстро оценить общее состояние зубов, поставить диагноз и выбрать тактику лечения. Компьютерная система, в отличие от человека, не устает и не теряет концентрацию. Благодаря информации о потребности в лечении, искусственный интеллект дает возможность каждому пациенту самостоятельно разобраться во всех диагнозах и провести своевременное и оптимальное лечение. В заключение необходимо отметить, что, несмотря на существующие успехи в области распознавания изображений, на территории РУз, остро стоит вопрос практического применения инновационных разработок в этой области ИИ для стоматологии.

### ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Атаджанов О.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[dj-757@mail.ru](mailto:dj-757@mail.ru), [qoshelyok@gmail.com](mailto:qoshelyok@gmail.com)

**Актуальность.** В настоящее время соматическая патология считается относительным, а некоторые нозологические формы, например, неконтролируемый сахарный диабет, хронические системные заболевания, такие, как туберкулез, ревматизм - абсолютным противопоказанием к дентальной имплантации. Это связано с известными причинами: снижение общего и местного иммунитета, нарушение микроциркуляции, в том числе в тканях полости рта, сниженный ответ на хирургическую агрессию, прогрессивно увеличивающийся риск развития периоперационных как местных, так и системных осложнений. Тем не менее, в повседневной практике такие пациенты встречаются довольно часто - 1 на 15 обращений (Cranin et al., 2006).

В Узбекистане количество больных сахарным диабетом превышает 245 тысяч человек. Проведенные специалистами в ряде регионов скрининги говорят о том, что количество больных сахарным диабетом намного больше, чем указано в официальной статистике. Поэтому вероятность обращения пациента с сахарным диабетом к имплантологу также постоянно возрастает.

В мире растет число пациентов с артериальной гипертензией, в 2002 г их было 972 млн., в 2005 - 1,6 млрд. (Korpany F, 2007). Поэтому вероятность появления пациентов с гипертонической болезнью на приеме у имплантолога ежегодно возрастает. С точки зрения имплантолога важно, что при длительной артериальной гипертензии и регулярном приеме гипотензивных препаратов возникает феномен «рарефикации» или «разряжения», что выражается в сокращении суммарной поверхности обменных сосудов.

Распространенность перечисленных заболеваний без учета их степени компенсации, привела к явному несоответствию между высокой нуждаемостью пациентов с сопутствующей патологией в имплантации и низким уровнем ее осуществления, который преодолевается с большим трудом в связи с устоявшимся мнением о том, что определенные заболевания считаются относительными или абсолютными противопоказаниями к имплантации. Однако в какой степени они могут негативно повлиять на остеоинтеграцию остается практически не изученным вопросом, что обосновывает и без того очевидную актуальность выбранной темы.

**Цель исследования** - обоснование возможности расширения показаний к дентальной имплантации пациентам с различной соматической патологией, с минимизацией периоперационных осложнений за счет использования мониторируемой седации и целенаправленной комплексной корригирующей терапии.

**Материалы исследования.** Дентальная имплантация с использованием мониторируемой седации была осуществлена у 195 пациентов (94 мужчины и 101 женщина) в возрасте от 40 до 65 лет. Характер и частота выявленной соматической патологии, распределение пациентов по полу и возрасту в каждой группе представлено. Соматическая патология преобладала у женщин в возрасте от 50 до 60 лет. В контрольную группу вошли 30 пациентов, равнозначно мужчины и женщины, в возрасте от 40 до 65 лет не страдающие ни одним из видов исследуемой соматической патологии.

Все пациенты исследуемой группы были разделены на подгруппы в зависимости от вида (преобладания) соматической патологии: первую группу составили 86 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, стенокардия напряжения ФК I, II); вторую группу составили 43 пациента с ХОБЛ (хронический бронхит, бронхиальная астма) третью группу составил 41 пациент с заболеваниями выделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит), четвертую - 25 пациентов с заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типа).

**Выводы:**

- Проведенные исследования показали, что у больных с относительными и абсолютными противопоказаниями к дентальной имплантации эффективное проведение дентальной имплантации возможно: пациентов с гипертонической болезнью, ИБС, стенокардия I, II ФК, сахарным диабетом, патологией почек и хроническими обструктивными бронхо-легочными заболеваниями.

- По результатам работы к проведению дентальной имплантации допускаются пациенты с контролируемыми показателями АД, позволяющими удерживать его в пределах 140-150/80-90 мм рт ст, фракцией выброса не менее 50%, с контролируемой уровнем гликемии в пределах 10-22 ммоль/л в любое время суток в группе пациентов с СД, с хроническими бронхо-обструктивными легочными заболеваниями с контролируемым уровнем сатурации выше 94%.

- У амбулаторных больных с патологией сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия), хроническими обструктивными заболеваниями легких (хронический бронхит, бронхиальная астма), заболеваниями почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит), эндокринными расстройствами (сахарный диабет: СД I и СД II), в качестве метода обеспечения их безопасности в интраоперационном периоде эффективным является мониторируемая седация, заключающаяся в индивидуальном подборе доз бензодиазепинов (мидазолам) и небарбитурового анестетика пропофола, методом титрования, в комбинации с местной анестезией (ультракаин DS или 4% раствор артикаина).

- Удовлетворительные показатели биоинтеграции по результатам рентгенологических методов исследования и показателя периотеста к концу восьмилетнего периода наблюдения получены у 97,4% пациентов в контрольной группе, у 89% пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы; у 87,8% пациентов с патологией дыхательной системы; у 85,5% и у 70,3% > пациентов с патологией выделительной системы и сахарным диабетом. Различия в контрольной группе и группах пациентов с соматической патологией составили соответственно: 8,4%; 9,6%; 11,9%, 27,1%, что можно считать удовлетворительным результатом проведенной дентальной имплантации у пациентов с соматической патологией.

Максимальные потери имплантатов у пациентов с соматической патологией наблюдаются в 1-3 год после операции (60% от всех потерянных имплантатов в группе с патологией сердечно-сосудистой системы; 72% - в группе ХОБЛ; в 75% - в группе с заболеваниями выделительной системы и в 82% - в группе с СД), в группе контроля - 12,5%.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ПЛАТФОРМ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ КОЭФФИЦИЕНТА СТАБИЛЬНОСТИ ИМПЛАНТАТА

Ахмедов М.Р., Ризаева С.М., Камилов Ж.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Изучение уровня костной ткани вокруг зубных имплантатов после реставрации были предметом обсуждения и использовались в качестве критерия оценки успеха имплантации в течение многих лет. На сегодняшний день, очень много научной литературы по имплантатам. В этих статьях сообщается, что уровень костной ткани почти всегда расположен примерно на 1,5-2,0 мм ниже соединения абатмента и имплантата (IAJ) через 1 год после восстановления зубного ряда, но зависит от расположения IAJ относительно костного гребня.

**Цель исследования** - изучение эффективности двойного переключения платформ на основании показателя коэффициента стабильности имплантата на ранних и отдаленных сроках после ортопедического восстановления.

**Материалы и методы.** Объектом исследования являлись 111 пациентов с установленными дентальными имплантатами имеющих систему соединения имплант-абатмент с помощью фиксирующего винта. Всем пациентам поставлен диагноз: «Частичное отсутствие зубов». Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу составили 26 пациента, имеющие систему имплант-абатмент без переключения платформ; 2 группу составили 42 пациента с элементом переключения платформы на абатмент и 3 группу 43 пациентов с двойным переключением платформы (на абатменте и коронке). Исследование проведено в динамике наблюдения за пациентами – до установки ортопедической конструкции, через 3 месяца и спустя 6 месяцев после установки ортопедической конструкции. Средний возраст пациентов составил  $43,38 \pm 5,1$  лет.

Для изучения стабильности имплантата использовали аппарат Penguin RFA, который измеряет частоту колебаний штифта Multipeg, которая зависит от стабильности имплантата. Шкала измерений варьируется от 1 до 99 единиц ISQ. Показатель ISQ напрямую соотносится с мобильностью импланта, которая в свою очередь зависит от качества кости и степени интеграции имплантата.

**Результаты.** Сравнительный анализ ISQ (Коэффициент стабильности имплантата) у наших пациентов показал, что в 1 группе без переключения платформ наблюдается отсутствие какой-либо динамики значение индекса стабильности имплантата через 6 месяцев наблюдения, тогда как во 2 и 3 группе отмечается достоверное повышение средних значений ISQ в последний срок наблюдения (от 65,9 до 67,36 во 2 группе и от 58,29 до 76,59 в группе с двойным переключением платформ).

Таким образом, в группе с применением метода двойного переключения платформ было достоверно установлено, что, в отдаленные сроки после

протезирования, стабильность имплантата выше, чем в группах с другими методами протезирования.

**Выводы.** Использование данного метода отдаляет компоненты полости рта, которые могут вызвать воспаление переимплантных тканей. Кроме того, после заполнения мягкими тканями обнаженной поверхности имплантата, создается герметичное пространство, в котором размножение ранее попавших микроорганизмов более невозможно. Это позволяет в свою очередь сохранить важный для нас объём мягких тканей, т.к. он играет не малую роль в сохранении объёма костной ткани, обеспечивающей устойчивость имплантата. Также нужно учесть, что за счет увеличения объема мягких тканей повышается эстетичность результатов протезирования.

### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУР ТИМПАНОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ

Ахмедов Х.Б., Фозилов Ш.Ш., Эргашев У.М.

Ташкентская медицинская академия

К числу заболеваний среднего уха на сегодняшний день относится тимпаносклероз, заболевание, связанное с нарушением слуха. Всемирная статистика распространенности тимпаносклероза интерпретируется по-разному в разных источниках. J.Sheehy и W.House (1962) наблюдали тимпаносклероз у 33% больных с хроническим средним отитом, S.Asiri (1999) у 11,6% больных, А.В Уручин отметил, что тимпаносклероз встречается у 6,3% пациентов. По данным Ю.М. Овчинникова у 5,3% больных, кому было проведена операция на ухе был диагностирован тимпаносклероз.

Тимпаносклероз — неинфекционное, гнойное, необратимое воспаление среднего уха с образованием специфических очагов (тимпаносклеротических бляшек) в или на слизистой оболочке, сопровождающееся ограничением подвижности барабанной перепонки или слуховых костей и снижением слуха. Тимпаносклеротические бляшки, наблюдаемые в среднем ухе и барабанной перепонке как последствия среднего отита, имеют различные характеристики. Консистенция тимпаносклеротических бляшек варьируется от мягкой до твердой во время хирургического удаления и может быть классифицирована гистологически.

Нами было проведено метаанализ 35 больных с открытой формой тимпаносклероза, которым была проведена тимпанопластика. Удалённые тимпаносклеротические бляшки были морфологически изучены.

В срезах, окрашенных гематоксилин-эозином были определены пролиферация фибробластов и однородные коллагеновые волокна. Их количество было одинаково в типичной рыхлой соединительной ткани. Также было отмечено заметное накопление гиалинового коллагена, окружающего фибробласты. Коллагеновые волокна соединительной ткани были нерегулярными, более толстыми и плотно прилегающими. Коллагеновые волокна были утолщены и расположены близко друг к другу, что приводит к

появлению костного матрикса.

Полученные данные показывают незаконченность воспалительного процесса, дальнейшее изучение гистопатологических изменений ТС может привести к выявлению новых находок, что может проявить свет в этиопатогенез заболевания.

### **ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЧАСТЕЙ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ПРИ АВТОАВАРИЯХ**

**Ахтамкулов А.М., Кушбаков А.М.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Цель исследования** - изучить характер и особенностей формирования повреждений у детей, получивших травму при столкновениях с движущимися автомобилями.

**Материалы и методы исследования.** Автомобильная травма составляет основную часть дорожно-транспортных происшествий. При этом нередко страдают и детей. Проанализированы материалы судебно-медицинской экспертизы 140 летальных случаев детей, связанных со столкновениями движущихся автомобилей с детьми - пешеходами в возрасте от 6 до 17 лет. Мальчики -91, девочки - 49.

**Результаты исследования.** При столкновениях движущихся автомобилей с детьми -пешеходами чаще пострадали мальчики (91), чем девочки (49). По возрасту наиболее чаще получали травму дети в возрасте 6-14 лет (131): 6-7 лет (53), 8-10 лет (41) и 11-14 лет (37). Пострадавшие дети в возрасте 15-17 лет составляли - 9 случаев.

При данном виде травмы у детей-пешеходов в подавляющем большинстве случаев (78%) формируется сочетанная ЧМТ, а также часто СТ груди (46,4%), СТ живота (50,2%) и сочетанная ПСМТ (25,7%). При ПСМТ довольно часто отмечается, отрыв спинного мозга. Тяжесть и обширность указанных видов СТ явилось в большинстве случаев непосредственной причиной смерти пострадавших детей на догоспитальном этапе (80%). Наиболее характерным для этого вида травм также являются формирования многооскольчатых и в ряде случаев бампер переломов бедренных костей и костей голени на уровне средней их трети. Переломы плечевых костей и костей предплечья при данном виде травмы выявляются сравнительно реже.

**Выводы.** Характер и локализация выше приведенных повреждений могут быть учтены в процессе судебно-медицинской экспертизы повреждений у детей связанные со столкновениями с движущимися автомобилями и в клинической практике – для организации и оказания квалифицированной медицинской помощи пострадавшим детям на догоспитальном и госпитальном этапах.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С  
СУЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
АППАРАТА МАРКА РОССА**

**Ахтамова И.А., Саъдуллаева Г.И., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Сужение зубных рядов – одна из наиболее часто встречающихся патологий зубочелюстной системы, которая относится к аномалиям зубного ряда. Распространенность данной аномалии по данным отечественных авторов составляет в среднем 33,7% [Персин, Л. С 2004], при этом сужение верхнего зубного ряда составляет 63,2% от общего числа зубочелюстных аномалий.

Данная патология часто сопровождается морфологическими нарушениями, в частности, скученным положением зубов, а также функциональными изменениями работы височно-нижнечелюстного сустава, мышц челюстно-лицевой области, нарушением дыхания, глотания и речи, выраженными нарушениями эстетики лица и улыбки [Proffit, W. R 2007 ]. Лечение сужения зубных рядов у детей в периоде сменного прикуса используют съемную пластинку с винтами. Однако, из-за дискомфорта многие дети снимают аппараты и не получается ортодонтический результат лечения. В современной ортодонтической практике все больше внимания уделяют не только эффективности и результативности лечения аномалий челюстно-лицевой области, но и, по возможности, комфорту пациента, и снижению негативных составляющих ортодонтии. В связи с этим, все большее распространение получает новый способ ортодонтического лечения с применением аппарата Марко Росса.

Поиск оптимального способа лечения зубочелюстных аномалий, сужения зубных рядов у детей в сменном прикусе в частности, выбор какой метод лечения все же более эффективен по применению съемного или несъемного ортодонтического аппарата дает эффективный результат – вопрос, который волнует многих исследователей [Solano-Mendoza B., Sonnemberg B., Solano-Reina E., Alejandro Iglesias-Linares. 2017 г].

**Цель исследования** являлся анализ клинической эффективности применения аппарата Марко Росса у детей в сменного прикуса с сужением зубных рядов. В задачи исследования входила оценка результатов лечения и расширения зубных рядов у детей, проходивших лечение с помощью аппарата Марко Росса.

**Материалы и методы.** Обследовано 36 детей в периоде сменного прикуса, 19 девочек и 17 мальчиков, в возрасте от 6-9 лет с, с сужением верхних зубных рядов и скученным положением зубов. Среднее значение параметров сужения верхнего зубного ряда до лечения составило  $4,03 \pm 1,12$  мм в области первых премоляров, и  $5,08 \pm 0,58$  мм в области первых моляров.

**Результаты.** Проведен клинический осмотр, обследование пациентов, биометрическое исследование по Коркхаузу моделей до и после лечения, все

дети прошли ортодонтическое лечение на аппаратах Марко Росса. В результате работы в 100% случаев выявили недостаток места для резцов, в 100% - сужение зубных рядов в области моляров и премоляров. По результатам антропометрического исследования было выявлено сужение зубных рядов в области моляров и премоляров верхнего зубного ряда, которое после лечения достигало нормы. Прогнозируемость результатов расширения составила 77,2% для верхнего зубного ряда, что говорит о необходимости планирования результата лечения с гиперкоррекцией расширения зубных рядов.

**Выводы:**

1. Ортодонтическое лечение с применением аппарата Марко Росса эффективно для получения расширения зубных рядов в периоде сменного прикуса.

2. При лечении отмечается улучшение и практически нормализация ширины зубных рядов, устранение скученного положения зубов в 100% случаев, что говорит о высокой эффективности лечения с применением аппарата Марко Росса.

**ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ (ВПЧ)-  
ИНФЕКЦИИ: ЗАЩИТА ОТ ЦЕЛОГО СПЕКТРА ВПЧ-  
АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Аъзамова Д., Амонова З., Сулаймонова Н.Ж.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Вирус папилломы человека (ВПЧ) является возбудителем, передающимся половым путем и вызывающим широкий спектр заболеваний аногенитальной области, в том числе предраковых и раковых заболеваний. В настоящее время изучено более 200 типов ВПЧ, которые разделены на группы высокого и низкого онкогенного риска. Персистирующая вирусная инфекция с генотипами ВПЧ высокого онкогенного риска вызывает практически все виды рака шейки матки (РМШ). Генотипы 16 и 18 обуславливают около 70% случаев РМШ в мире, а типы 31, 33, 45, 52 и 58 - около 20%. ВПЧ типов 6 и 11 являются причиной до 90% случаев всех аногенитальных кондилом. Профилактические вакцины необходимы для предотвращения инфекции ВПЧ и связанных с ней заболеваний.

**Цель исследования** – изучение влияния вакцинопрофилактики ВПЧ инфекции на развитие рака шейки матки и др. ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

**Материалы и методы исследования** - обзор литературы, отражающий актуальную информацию о профилактике развития рака шейки матки и ВПЧ-ассоциированных заболеваний с помощью 4-х валентной вакцины Гардасил.

**Результаты и обсуждение.** Вакцинация женщин от ВПЧ обеспечивает надежную защиту от раковых заболеваний, возникающих в результате персистирующей вирусной инфекции. Профилактический эффект лучше всего изучен при раке шейки матки, который является одним из самых

распространенных онкологических заболеваний среди женщин во всем мире. В исследовании, включавшем более 590 тыс. жительниц Дании, доказано, что вакцинация с 14 лет вне зависимости от дозирования (2 или 3 дозы вакцины) связана со значительным снижением риска развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) III по сравнению с невакцинированными пациентками. В двух крупных рандомизированных двойных слепых исследованиях сравнивали 4-валентную вакцину против ВПЧ с плацебо среди 17 тыс. женщин в возрасте от 15 до 26 лет. Через 3 года эффективность вакцины для профилактики CIN II–III составила от 97 до 100%. Эффективность профилактики VIN II–III и VaIN II–III на уровне 100% среди групп, привитых до инфицирования. Эффективность 4-валентной вакцины для профилактики кондилом вульвы и влагалища составила 100% для ранее неинфицированных и 70-78% среди ранее инфицированных. Ни одна из доступных вакцин против ВПЧ не лечит, не ускоряет клиренс вируса и регресс уже развившихся вирус-ассоциированных заболеваний.

### **Выводы:**

1. В настоящее время разработаны и внедрены 3 вакцины от ВПЧ: 4-валентная вакцина от ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18, 9-валентная вакцина от ВПЧ типов 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 и бивалентная вакцина от ВПЧ 16 и 18-го типов.
2. Многоцентровые двойные слепые плацебо-контролируемые исследования продемонстрировали эффективность 4-валентной вакцины против ВПЧ в отношении предотвращения инцидентной и персистирующей ВПЧ-инфекции и развития CIN, показала высокую эффективность против вагинальной и вульварной неоплазии, а также продемонстрировала эффективность против генитальных кондилом, связанных с ВПЧ 6 и ВПЧ 11.
3. Вакцина от ВПЧ не лечит и не вызывает регресс уже развившихся вирус-ассоциированных заболеваний. Даже после проведения вакцинации необходимо соблюдать рекомендации по скринингу рака шейки матки.

## **СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ**

**Бабаджанов Ж.Б., Даминова Ш. Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** На сегодняшний день, одним из актуальных вопросов в детской терапевтической стоматологии остается лечение периодонтита молочных зубов. Наибольшую трудность представляет собой лечение временных зубов с незаконченным формированием корней.

**Цель исследования** - оценить эффективность консервативного лечения с применением кальций-содержащего и фенол-содержащего препаратов, изучить эффективность лечения динамике на протяжении трех месяцев.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе

стоматологической поликлиники при Ташкентском государственном стоматологическом институте в октябре 2021 года. В нашем исследовании приняли участие 20 детей в возрасте 3-4 лет с диагнозом “Острый периодонтит в фазе экссудации”, причинный зуб с незавершенным формированием корня. Нами были сформированы две группы для исследования по 10 пациентов в каждой. Изначально дан отток в причинном зубе. В первой группе - произведены медикаментозная и механическая обработка корневого канала, пломбирование с помощью временного пломбировочного материала “Метапекс”, во второй группе – введена жидкость “Крезофен”, канал закрыт на герметизм с последующей медикаментозной и механической обработкой корневого канала и пломбированием резорцин-формалиновой пастой. Также была назначена общая антибактериальная, противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. Оценка результатов производилась с помощью рентгенологического контроля через 3 месяца.

**Результаты и обсуждение.** В обеих группах исследования клиническая картина продемонстрировала положительную динамику. Клинически отмечено отсутствие выраженных симптомов. Рентгенологически отмечены различия: в первой группе – на фоне уменьшения очага разрежения костной ткани отмечены области новообразованной ткани и продолжение формирования корня в первой группе. Это связано с тем, что примененный нами препарат “Метапекс” обладает выраженными остеотропными и антисептическими свойствами, наряду с бактерицидным эффектом. Изменения окраски коронковой части причинного зуба не выявлено. Во второй группе – рентгенологически отмечено отсутствие тенденции к формированию корня, коронковая часть причинного зуба изменена в цвете, что является одним из весомых недостатков пломбирования резорцин-формалиновой пастой. Средний период выздоровления в первой группе больше аналогичного периода во второй группе на 2 дня, что вероятно обусловлено тем, что, хоть и в обоих случаях канал на протяжении определенного времени до пломбирования остается открытым и подверженным вторичному инфицированию микрофлорой полости рта, во втором случае микробная нагрузка снижается под действием препарата “Крезофен”, обладающего мощным антисептическим эффектом.

**Заключение.** Учитывая, что временные зубы служат до физиологической смены на постоянные, можно считать, что оба метода вполне приемлемы, поскольку элиминируют очаг воспаления. Поскольку преимуществ у кальций-содержащих препаратов больше, мы рекомендуем данный метод лечения периодонтитов молочных зубов при любой фазе созревания корневой системы.

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С  
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПРИ РАСЩЕЛЕННЫ НЕБА**

**Бабаев Ж.С., Курбанниязова Ш.Э., Уралова Д.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[jumabek.boboev@bk.ru](mailto:jumabek.boboev@bk.ru)

**Актуальность.** История науки о качестве жизни (Кж) начинается с 1947 года и продолжается по сей день, не теряя своей актуальности. С 80-х годов XX века отмечается рост научных публикаций по исследованию качества жизни. В разработке методологии исследования важную роль играют работы А. McSweeny, предложившего оценивать Кж, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга) (Гурылева М.Э., 2004). Согласно определению ВОЗ, Качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Orley J., 1994).

**Цель исследования** - определить и сравнить уровень качества жизни детей с легкой умственной отсталостью и умеренной умственной отсталостью с паталогией расщелины неба, а также оценить понимание родителями состояния их ребенка, и выявить различия в оценке качества жизни между родителями детей с легкой и умеренной интеллектуальной недостаточностью.

**Материал и методы исследования.** Было проведено исследование Качества жизни у 20 несовершеннолетних детей (возраст  $7 \pm 1.6$ ) с умственной отсталостью и расщелиной неба и их родителей: 15 ребенка с легкой степенью отсталости и 5 - с умеренной степенью умственной отсталости. Для исследования качества жизни была предоставлена специальная анкета по оценке качества жизни PedsQl (Pediatric Quality of life Inventory), версия 4.0. Вопросы анкеты PedsQl были разделены на 4 шкалы:

- описывающих физическое функционирование (ФФ),
- эмоциональное функционирование (ЭФ),
- социальное функционирование (СФ),
- жизнь в школе (жШ).

Ответы ребенка дублировались ответами родителей. Варианты опросника, заполняемые родителями, имели такое же смысловое содержание, как и модули для детей. В исследование были включены дети и подростки в возрасте от 6 до 9 лет. Детям предоставлялся вопросник PedsQl4.0, с учетом их интеллектуального возраста. Общее количество баллов после процедуры перекодирования рассчитывалось по 100-балльной шкале. Перекодирование нами проводилось по защищенным авторским правом процедурам, которые предоставлены непосредственно авторами опросника (Varni J., et al., 2001, Varni JW. et al., 2002, Varni J.W., et fl, 2004).

**Результаты.** Субъективная оценка качества жизни детьми значительно варьировала, так, дети с легкой степенью умственной отсталости оценили этот показатель на 66%, дети с умеренной степенью отсталости – 42% ( $p < 0,01$ ).

Родители детей с легкой степенью отсталости определили качество жизни своих детей выше, чем родители детей с умеренной умственной отсталостью – 62% и 45% соответственно ( $p < 0,01$ ). Причем родители детей с легкой степенью отсталостью, оценивают их качество жизни ниже, чем сами дети, в то же время родители детей с умеренной умственной отсталостью характеризуют качество жизни своих детей выше.

Анализ данных по шкалам физического, эмоционального, социального функционирования и жизни в школе отражает более высокий уровень качества жизни у детей с легкой умственной отсталостью. Различия в оценке качества жизни детьми по шкале «Физическое функционирование», имеют наибольшие отличия в пользу детей с легкой степенью умственной отсталости – 72% против 54,80% ( $p < 0,01$ ). «Эмоциональное функционирование» дети оценивают при легкой степени отсталости выше среднего – 63,1%, при умеренной степени отсталости – несколько ниже – 50,2% ( $p < 0,01$ ). Уровень качества жизни по шкале «Социальное функционирование» у детей с легкой степенью умственной отсталости выше, чем при умеренной степени отсталости – 78,2% и 48% ( $p < 0,01$ ). «Жизнь в школе» детьми оценивается достаточно высоко при легкой умственной отсталости – 58,4% и крайне низко при умеренной умственной отсталости – 19,2% ( $p < 0,01$ ).

По оценкам родителей физическое и эмоциональное функционирование выше оцениваются родителями детей с легкой умственной отсталостью: «Физическое функционирование» – 70% против 56,8% при умеренной форме умственной отсталости ( $p < 0,01$ ), «Эмоциональное функционирование» – 68,2% против 56,4% при умеренной степени. Родители детей с легкой умственной отсталостью оценивают «Социальное функционирование» и «жизнь в школе» значительно выше: «Социальное функционирование» – 74,1% при легкой степени отсталости и 48,4% при умеренной степени отсталости ( $p < 0,01$ ), «жизнь в школе» – 58,5%, и 25,5% при легкой и умеренной степени соответственно ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Таким образом, мы видим тенденцию, что дети с легкой умственной отсталостью и их родители, оценивают качество своей жизни и жизни своих детей достоверно выше, по сравнению с детьми с умеренной степенью отсталости и их родителями.

При этом родители детей с легкой степенью отсталости недооценивают уровень качества жизни своих детей, тогда как родители детей с умеренной степенью несколько переоценивают ее. Более высокая оценка качества жизни детьми с легкой степенью отсталости ожидаема и оправдана, т.к. они более сохранны и в физическом развитии и в психоэмоциональном по сравнению с другой группой детей.

При проведении опроса детей и их родителей, стало ясно, что дети часто пользуются своим положением и преувеличивают свои страдания, вызывая у родителей большую жалость и снисходительность. Дети с умеренной степенью умственной отсталости в меньшей степени склонны к подобным манипуляциям, реже жалуются родителям, что, по всей видимости, приводит к

меньшей осведомленности реальным психоэмоциональным и физическим состоянием ребенка, и отражается в более высокой оценке их качества жизни. Родителям кажется, что их ребенок на самом деле не так сильно отличается от других «нормальных» детей.

Достоверные отличия в оценке качества жизни детьми и их родителями, помогут сориентироваться в направлении психотерапевтической и стоматологической коррекции, и наглядно продемонстрировать ее эффективность. По результатам оценки Качества Жизни при умеренной степени отсталости очевидна необходимость выстраивания более близких психоэмоциональных отношений между ребенком и родителем.

Показатель качества жизни является достоверным критерием оценки здоровья ребенка и, соответственно, может стать эффективным инструментом в оценке применяемого лечения. Основываясь на субъективном восприятии самого ребенка и его родителей, оценка качества жизни является весьма чувствительным и информативным методом, чего не позволяют сделать чисто клинические методы.

### **ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ И С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ.**

**Бабажанова О.А., Салимов О.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В настоящее время истинная пузырчатка является одним из самых тяжелых заболеваний кожи и слизистой оболочки рта. Число больных пузырчаткой увеличивается с каждым годом во всех странах мира. Этиология заболевания неизвестна. Реабилитация пациентов с истинной пузырчаткой при частичной и полной потере зубов является сложной проблемой в плане создания протезов, полноценных в функциональном, эстетическом отношении. Взаимоотношение тканей и органов полости рта с протезом, особенно акриловым, является неоднозначным процессом, в котором первостепенную роль играет содержание остаточного мономера и соотношение различных представителей микробной флоры, колонизирующих базисы протезов.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено на базе Ташкентского Государственного Стоматологического Института на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии у 6 пациентов с пузырчаткой и с полной адентией в возрасте от 50 до 69 лет. В ходе исследования было проведено микробиологическое исследование полости рта до и после протезирования условно-съёмными протезами на имплантах.

**Результаты и их обсуждение.** Было проанализировано микробиологическое обследование пациентов. Полученные данные указывают, что после протезирования у больных условно-съёмными протезами на имплантах количество микробов как лактобактерии (14,5%) и пептострептококков (22,3%) увеличивается 1,15 раз, но лактобактерии не достигают контрольных данных. Однако еще сохраняется определенное

количество стафилококков (10,8%).

**Вывод.** Таким образом на основании проведенного исследования полости рта у больных пузырьчаткой условно-съемными протезами на имплантах показало, что этот вид протезирования имеет положительную тенденцию и не способствует созданию условий для увеличения патогенной микрофлоры, так как протез является интактным по отношению к слизистой оболочке полости рта.

## **БРЕМЯ СЕМЬИ, ВЫЗВАННОЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО**

**Базарова С.З., Уролова Д.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Суицидальный акт является сильным психогенным фактором оказывающим сильное воздействие на близких суицидента. Влияние суицидальной попытки на родственников мало изучено.

**Цель и задачи исследования** - изучение эмоционального бремени родственников, динамики состояния близких суицидентов. Анализ факторов риска, влияющих на выраженность бремени семьи после суицидальной попытки (в дальнейшем СП).

**Материалы и методы.** Для сбора данных было разработано полуструктурированное интервью с основными тематическими блоками: семейный контекст СП, субъективное бремя (первые эмоциональные реакции на СП и их динамика), причины СП глазами родственников, трудности с которыми родственники столкнулись после СП. На основе полученных данных был проведен феноменологический анализ переживаний родственников суицидентов. Нами проанализировано четверо респондентов переживающих СП члена семьи (трое матерей и муж в возрасте от 33 до 63 лет).

**Результаты и обсуждение.** Бремя включает в себя эмоциональные, физические, социальные и психологические проблемы, возникающие после СП. Ограничения на семью накладываются финансовые трудности: последствия суицида требуют дорогостоящего лечения, близкие и сам суицидент часто не могут работать из-за тяжелого эмоционального и физического состояния. Другой важной составляющей бремени является эмоциональное бремя, проявляющиеся в чувствах вины, стыда, страха и тревоги за состояние близкого. Первое что испытывают родственники это эмоциональный шок. Для всех респондентов СП была неожиданной. Вдруг требовательный стук в дверь-соседка: "М. (имя суицидентки) в снегу". Какая М.?" Я не поняла тогда, был крик "прости мама" (здесь и далее цитаты респондентов выделены курсивом; суицидентка выбросилась из окна пятого этажа). При этом люди знали о наличии психического диагноза у родственника и отмечали изменения в его самочувствии перед попыткой. Глаза совсем другие, много курит. Шок более выражен, если отношения в семье отдаленные и близкий не знает, что на самом деле происходит с человеком. Родственники отмечают, что понимают, что СП

может повториться, но не верят, что это снова произойдет именно с ними. Они доверяют словам суицидента. Она может сказать, «я не хочу жить, но я ничего никогда не сделаю», ну потому, что я же не вынесу этого. Как и другие люди, родственники суицидентов подвержены различным мифам о самоубийствах: "Боялась, но не верила. Об этом не говорят, берут и делают, кто хочет уйти из жизни. Если он об этом говорит много, то вряд ли". Внимание родственников иногда смещается на физические проблемы, возникающие у суицидента после попытки, что приводит к новому потрясению, если у суицидента снова появляются психологические проблемы. На смену эмоциональному шоку приходят другие эмоции.

Родственники подвержены разнообразным страхам: за жизнь суицидента, боятся постановки психического диагноза, что их близкий будет принимать таблетки всю оставшуюся жизнь и т.д. Помимо этого родственники чувствуют свою вину, они обеспокоены, могли ли они что-то изменить, действия после попытки кажутся им не правильными. Родственникам стыдно, что это произошло в их семье. Стигматизация со стороны общества лишает эмоциональной поддержки. Стыдно перед друзьями, об этом нормально говорить?. Близким людям родственники боятся рассказать, боясь их встревожить. В целом, люди не видят смысла рассказывать о чем-либо, ситуация кажется очень тяжелая, и просто рассказ о ней ничем не поможет. Не вижу смысла, мне никто ни чем не поможет. Это приводит к чувству одиночества. Часто у этих людей поиск социальной поддержке не развит как копинг и, сталкиваясь с другими проблемами ранее в своей жизни, они редко обращались за помощью. Основной мотивацией к встрече с психологом, является не улучшение собственного состояния, а надежда, что это как-то косвенно поможет близкому. Родственники находятся в группе риска развития соматических и психических заболеваний. Помимо эмоциональных проблем, они жалуются на физические симптомы: проблемы со сном, едой, переутомление, боли в сердце и т.д. Я сама очень устала, я себя чувствую, у меня наверное тоже какая-нибудь депрессия. Эмоциональный накал может приводить к антивитальным переживаниям у самих родственников. Длительность этих переживаний зависит от ряда факторов. С одной стороны это особенности горюющего, возможность использования им адекватных копинг-стратегий, отсутствие психического заболевания. В то же время динамика состояния зависит и от самочувствия самого суицидента, типа пост суицида и последующей динамике его состояния. Состояние родственников легче, если они видят позитивные последствия ситуации: отношения стали более доверительными, или это позволило обратиться за профессиональной помощью и т.д.

**Заключение.** После суицидальной попытки на родственников суицидента ложится бремя, связанное в первую очередь с тяжелыми эмоциональными последствиями: близкие суицидента испытывают чувство вины, отчаянья, тревоги и одиночества. Меньшая часть бремени связана с объективными составляющими: финансовыми трудностями, ухудшениями физического

здоровья. Динамика состояния зависит от особенностей совладающих стратегий родственников, возможности получения ими эмоциональной и социальной поддержки и состояния суицидента.

## **СИСТЕМЫ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ – СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

**Бакалинская И.А., Митронин Ю.А., Останина Д.А.**

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
[ibakalinskaya@mail.ru](mailto:ibakalinskaya@mail.ru)

**Актуальность.** На сегодняшний день современные композитные материалы позволяют добиваться удовлетворительных эстетических результатов при восстановлении зубов в технике прямой реставрации (Митронин А.В., 2021; Vanini L., 2017). Финишная обработка и полировка поверхности композита имеют важное значение для последующей функциональной эксплуатации реставраций, их долговечности и стабильности цвета (Николаев А.И., 2019). Результат финишной обработки зависит от выбора полировочных систем и соблюдения алгоритма их применения. Вместе с тем, анализ микротекстуры поверхности композитного материала после использования различных компонентов полировочной системы является актуальным для изучения.

**Цель и задачи** - повышение качества финишной обработки композитных реставраций путём сравнительной оценки применения различных полировочных систем в лабораторных условиях. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

- 1) выявить наиболее часто используемые полировочные системы среди практикующих врачей-стоматологов;
- 2) изучить микротекстуру поверхности образцов композитных реставраций после финишной обработки различными полировочными системами;
- 3) определить наиболее эффективную полировочную систему в протоколе финишной обработки поверхности реставрации

**Материал и методы исследования.** На первом этапе исследования был проведен медико-социальный опрос практикующих врачей-стоматологов на онлайн-платформе Google Forms. На втором этапе исследования были подготовлены образцы композитных реставраций (n=60) из светоотверждаемого композитного материала методом анатомической стратификации с использованием силиконового ключа. Образцы композитных реставраций случайным образом были распределены на 3 группы, согласно используемым протоколам финишной обработки:

- 1 группа – полировочная система Enamel Plus Shiny (Micerium S.p.A);
- 2 группа – полировочная система Enhance Composite Finishing & Polishing System (Dentsply);

3 группа – шлифовальные диски TOP BM и трехшаговая полировочная система KENDA (KENDA C.G.I.).

Для определения параметров шероховатости по ГОСТ были получены 9 профилей шероховатости поверхности на длине 0,08 мм с помощью контактного профилометра SurfTest SJ-210. Статистический анализ данных был выполнен с использованием IBM SPSS Statistics 26.

**Результаты.** Всего в медико-социальном анкетировании приняли участие 166 респондентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что 41% врачей-стоматологов используют полировочную систему KENDA C.G.I, 23% - Enhance Composite Finishing & Polishing System, 17% - Enamel Plus Shiny, 16% - Kerr, 3% - Kagayaki. Наименьшее среднее значение шероховатости поверхности отмечалось в 1 группе ( $Ra_1=0,018$  мкм), тогда как во 2 и 3 группах среднее значение шероховатости поверхности составило  $Ra_2=0,077$  мкм и  $Ra_3=0,172$  мкм соответственно ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Согласно данным проведенного анкетирования, наиболее часто применяемой системой для финишной обработки композитных реставраций является система KENDA C.G.I. ( $p<0,05$ ). Установлено, что шероховатость поверхности композитных реставраций по данным контактного профилометра в 4 и 9,5 раз больше при применении систем Enhance Composite Finishing&Polishing System и KENDA, чем при использовании полировочной системы Enamel Plus Shiny ( $p<0,05$ ). Соответственно, было выявлено, что наилучший эффект финишной обработки поверхности реставрации достигался применением полировочной системы Enamel Plus Shiny.

### **ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПАТОЛОГИИ ЛОР ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ**

**Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э.**

РММЦ им. У. Халмуратова, г. Нукус

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Растущее число детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) становится весьма обсуждаемым вопросом среди врачей различных специальностей в плане лечения данной категории пациентов.

Большинство лечебных протоколов для этих больных разработаны для врачей челюстно-лицевых хирургов, не предусматривающие аспекты патологий оториноларингологического характера.

Однако определенные исследования в этой области показывают, что у таких детей заболевания ЛОР органов встречаются на протяжении всего периода детства.

Следовательно, хирургическое лечение врожденного порока, выполненное врачами челюстно-лицевыми хирургами, является недостаточным и не может в полной мере решить проблему патологии ЛОР-органов у этого контингента.

По этой причине необходимо проводить раннюю диагностику у детей с ВРГН для определения дальнейшего адекватного ведения этих пациентов и назначения соответствующего консервативного или оперативного лечения, что будет способствовать лучшей реабилитации ребенка.

**Цель** - улучшить качество диагностики патологии ЛОР органов у детей с ВРГН для правильного выбора дальнейшего подхода к их лечению.

**Материалы и методы.** Нами исследованы 64 детей с ВРГН, которые были разделены на 2 группы по возрастной категории: I группа – дети в возрасте от 1 года до 3 лет (n=23), II группа – дети дошкольного возраста (n=41).

Исследование проводилось методами риноскопии, задней риноскопии, фарингоскопии, эндоскопии носа и носоглотки.

**Результаты.** Анализ состояния аденоидных вегетаций у детей с расщелиной неба (в возрасте 1-2 лет) показал, что гипертрофия не наблюдается в этом возрасте. Однако умеренная гиперемия, вызванная грудным вскармливанием, наблюдалась в 100% случаев до проведения уранопластики. Между тем, обследование детей из группы II показало, что гипертрофия глоточных миндалин в большинстве случаев (78%) отсутствовала или имела всего 1-2 стадию.

Обследование I группы показало, что основной причиной нарушения носового дыхания была расщелина неба, а для II группы одновременно имелись механические эндоназальные препятствия, такие как аденоиды (6), гипертрофия нижних носовых раковин (35), глоточной миндалины (18), небных миндалин (29).

**Вывод.** В связи с высокой частотой наличия заболеваний ЛОР органов у детей с ВРГН, помимо челюстно-лицевых операций имеет место и применение оториноларингологического лечения. Уместным будет применение вазотомии при гипертрофиях нижних носовых раковин. Консервативным путем лечения предпочтительнее воспользоваться при начальных стадиях заболеваний аденоидов и небных миндалин, при безуспешности которого – переход на оперативное лечение, с учетом возможных осложнений и их предупреждения.

## **КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ**

**Балымбетова Л.С., Оспанова Г.А., Камелова Г.Н.,  
Шайманова М.Н., Кожантаева С.К.**

НАО Западно-Казахстанский медицинский университет  
имени Марата Оспанова, Казахстан

**Введение.** Актуальность проблемы кохлеовестибулярных нарушений определяется в первую очередь высоким уровнем заболеваемости с преобладанием лиц наиболее активного и трудоспособного возраста. Причины возникновения кохлеовестибулярных нарушений разнообразны, одним из них являются хронические воспалительные заболевания среднего уха. Частота поражений внутреннего уха при хронических средних отитах по данным

литературы варьирует от 40% до 80%. При мезо- и эптитимпанитах токсическое воздействие продуктов микробного и воспалительного происхождения влияет на рецепторный аппарат что является этиопатогенетической причиной развития нейросенсорной тугоухости. По данным многих отечественных и зарубежных авторов нейросенсорная тугоухость и глухота сопровождаются нарушением вестибулярной функции в 39–90 % случаев, что является признаком более обширного поражения внутреннего уха. Степень изменения слуха находится в прямой зависимости от нарушения вестибулярной функции.

**Цель** - выявление зависимости вестибулярных нарушениях от степени снижения слуха у больных с хроническим гнойным мезотимпанитом с нейросенсорным компонентом тугоухости.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения зависимости вестибулярных нарушениях от снижения слуха у пациентов с хроническим гнойным мезотимпанитом нами наблюдались 81 больных с хроническим гнойным мезотимпанитом. Работа выполнена в медицинском центре Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова.

Клиническое обследование включало изучение жалоб больного, проводили прицельный расспрос о головокружении, нарушении равновесия, анамнез заболевания и жизни, объективный осмотр больного, эндоскопическое исследование ЛОР органов, субъективные и объективные аудиологические исследования: тональную пороговую и надпороговую аудиометрию, импедансометрию: тимпанометрию и акустический рефлекс, коротколатентные вызванные потенциалы – КСВП, компьютерную томографию (КТ) височных костей. Изучали спонтанный нистагм по стандартной методике, координационные пробы, статическое и динамическое равновесие. Проводили следующие тесты: проба Ромберга и тест с поворотами головы. Пробу Ромберга выполняли с открытыми и закрытыми глазами.

**Результаты.** В результате эндоскопической отоскопии барабанной полости выявили характер выделения из уха. Выявлены клинические формы хронического гнойного мезотимпанита: мукозное, гнойное и серозное. Часто встречалось мукозное отделяемое (55,6%), реже серозное (23,5%) и гнойное отделяемое (20,9%).

Наличие в группе достаточно большого процента больных с мукозной формой (55,6%) свидетельствует об увеличившемся количестве этой формы хронического среднего отита. Длительное и вялотекущее течение мукозных форм хронического гнойного мезотимпанита, с отсутствием эффекта от проводимой консервативной местной терапии, приводит к быстрому развитию нейросенсорных осложнений и прогрессированию их в период ремиссии.

У больных с хроническим гнойным мезотимпанитом с мукозным отделяемым II степени тугоухости выявили у 36 (44,4%) больных, III степени тугоухости - у 9 (11,1) больных. У больных с хроническим гнойным мезотимпанитом с серозным отделяемым I степени тугоухости выявили у 15 (18,5%) больных, II степень тугоухости выявили у 4 (5,0%) больных. У больных с хроническим гнойным мезотимпанитом с гнойным отделяемым I степень

тугоухости выявили у 15 (18,5%) больных, II степень тугоухости - у 2 (2,5%) больных.

Анализ результатов изучения корреляционной связи между характером выделения из уха и степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом показал, что у больных с мукозным отделяемым степень тугоухости высокая

«Вестибулярные» жалобы возникли у 42 (51%) больных с хроническим гнойным мезотимпанитом со II степенью тугоухости и у 9 (11,1%) больных с хроническим гнойным мезотимпанитом с III степенью тугоухости. На головокружение жаловались 9 (11,1%) больных, однако при прицельном расспросе число пациентов с данным симптомом достигало 20 (24,6%). Нарушение равновесия отметили 9 (11,1%) пациентов, при расспросе частота симптома увеличилась до 18,5% (15 пациентов). На тошноту, связанную с головокружением, жаловались 4 (8%) человека. При стандартном отоневрологическом осмотре обнаружены следующие нарушения: промахивание при пальценосовой пробе – у 2%, гармоничное отклонение рук при пробе с вытянутыми руками – у 8,8%, отклонение в пробе Ромберга – у 8,8%, при ходьбе по прямой линии – у 10,8%.

Таким образом, Хронические мезотимпаниты при длительном течении независимо от его формы (гнойной, мукозной, серозной) приводят к прогрессированию не только кондуктивной тугоухости, но и нейросенсорного компонента. Клинически это выражается в увеличении степени потери слуха (нейросенсорного компонента) чаще II степени, реже III степени. При этом нарушается и функция вестибулярного аппарата и чем выше степень нарушение слуха тем ярче симптомы вестибулопатии. Расстройства механизмов восприятия звуковых и вестибулярных ощущений зависят от длительности и частоты обострений гнойного процесса в среднем ухе.

## **ЦИФРОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ЗВУКОВЫХ ЯВЛЕНИЙ В ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ**

**Барадина И.Н., Рубникович С.П., Бородин Д.М.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»

Минск, Республика Беларусь

[baradina@yandex.ru](mailto:baradina@yandex.ru), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru)

**Актуальность.** Изучение звуковых явлений при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) для определения диагноза и динамической оценке лечения, является актуальным. Очень часто заболевания ВНЧС проявляются звуковыми явлениями. Так как количество пациентов, обращающихся к стоматологам и имеющих нарушения функции ВНЧС, возрастает, а в 70-89% случаев изменения в суставе не связаны с воспалительными процессами, а являются функциональными нарушениями.

Поэтому важно установить причину и определить является ли данная проблема обратимой или возникли безвозвратные органические поражения межсуставных дисков. Ведущее место среди заболеваний сустава (свыше 75%) занимают дисфункции ВНЧС. Исследователи концентрируют особое внимание на факторах, приводящих к нарушению функционального состояния жевательных мышц, в частности латеральных крыловидных. Дисфункции ВНЧС с внутрисуставными нарушениями возникают при появлении несоответствия между силой мышечной тяги и механическими свойствами капсулярного и связочного аппарата. При отсутствии условий, ослабляющих прочность связок, дисфункция ВНЧС является следствием повышенного тонуса латеральной крыловидной мышцы. Спастическое сокращение латеральной крыловидной мышцы, особенно верхней ее головки, является причиной смещения мениска, растяжения капсулы, что вызывает появление звуковых явлений (суставных шумов, щелчков, хлопков, громких звуков, треска, шелеста и другие, неприятные для пациента звуки) и болевых ощущений.

Причиной болевых ощущений, как считает ряд авторов, является в раздражение нервных окончаний ВНЧС в результате частичного или полного смещения внутрисуставного мениска относительно головки нижней челюсти.

Звуковые явления можно разделить на такие проявления как: шум трения, шелест, хруст, щелчки. Хруст в суставе обусловлен деформацией суставных поверхностей при различных заболеваниях, истончением диска, уменьшением количества синовиальной жидкости. Суставной шум, трение в области ВНЧС так же связаны с уменьшением внутрисуставной смазки.

**Цель исследования** – оценить диагностическую эффективность метода цифровой диагностики звуковых явлений в области височно-нижнечелюстных суставов.

**Материал и методы исследования.** Проведено одномоментное, поперечное исследование. Была сформирована группа наблюдения, включающая 126 пациентов в возрасте 20-36 лет с дисфункцией ВНЧС в сочетании с признаками бруксизма, давность заболевания – до 3-х лет. Критерием включения в группу явилось наличие звуковых явлений в области ВНЧС, болевых ощущений в ЧЛЮ и области ВНЧС, которые усиливались во время выполнения функций. Проводились клинико-инструментальные, функциональные, лучевые и статистические методы исследования. При клиническом исследовании выявление звуковых нарушений проводилось с использованием двух методов: первый – без акустических устройств, второй – с использованием акустических устройств.

Определение синхронности окклюзионного звука проводилось в центральной или привычной окклюзии. Нормой считали слышимый (здоровый, четкий, короткий, синхронный) звук жевательной группы зубов при множественном равномерном межбугорковом контакте. При преждевременном окклюзионном контакте происходит вынужденное смещение нижней челюсти при этом окклюзионный звук слышали, как длинный и глухой. Звуковые явления или суставной шум определяли в динамическом положении нижней

челюсти. Проверка синхронности окклюзионного звука проводили одновременно с определением суставных шумов или звуковых явлений в области ВНЧС 2 методами: акустически без вспомогательных средств и с помощью электронного стетоскопа. Использовали электронный стетоскоп 3M Littman 3200, в котором запись аудиоданных и их перенос осуществляли по Bluetooth на персональный компьютер. Отображение звука и распечатывание (визуализация) осуществляли в виде фоноаудиограммы. Воспроизведение записи осуществляли в замедленном режиме и сохраняли информацию о пациенте на персональном компьютере.

Данные клинического исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Встречаемость клинических признаков при дисфункции ВНЧС в сочетании с признаками бруксизма у пациентов на этапе начальной диагностики**

Встречаемость клинических признаков при заболеваниях ВНЧС, абс. ч.	Метод исследования звуковых явлений в ВНЧС	
	Без акустических устройств	С использованием акустических устройств (стетоскоп электронный)
Ограниченное открывание рта	119 (95,13%)	119 (95,13%)
Травматическая окклюзия	109 (86,5%)	109 (86,5%)
Неприятные ощущения в мышцах	114 (90,5%)	114 (90,5%)
Звуковые явления в области ВНЧС	105 (83,3%)	124 (98,4%)
Смещение нижней челюсти	114 (90,5%)	114 (90,5%)
Синхронность окклюзионного звука	72 (57,2%)	48 (38,1%)

*Примечание –  $p \leq 0,05$ .*

При осуществлении записи фоноаудиограммы учитывали время исчезновения записывающей иконки на головке дисплея. Если время от начала записи до конца записи было больше, чем 29 звуков, то записывали последние 29 звуков. Так запись осуществлялась следующим образом: включали персональный компьютер, на рабочем столе находили иконку с программой стетоскопа 3M Littman, выбирали зону проведения исследования – зона аускультации (при прослушивании ВНЧС выбирали коленный сустав), далее производили позиционирование головки стетоскопа 3M Littman на область ВНЧС, выбирали режим звука, нажимали клавишу М, производили запись и по налаженной связи по системе Bluetooth, затем снова нажимали клавишу М и производили остановку записи. После остановки записи фоноаудиограммы анализировали звуковые явления и записывали в карту пациента (рис. 1).



Рис. 1. Изображена фоноаудиограмма левого ВНЧС пациента Б. 29 лет с диагнозом: бруксизм, дисфункция ВНЧС, подвывих суставного диска слева

Каждому пациенту записывали шесть фоноаудиограмм звуковых явлений – по три с каждой стороны ВНЧС, которые соответствовали функциональным движениям нижней челюсти (вниз и вверх, вправо, влево) (рис. 2).

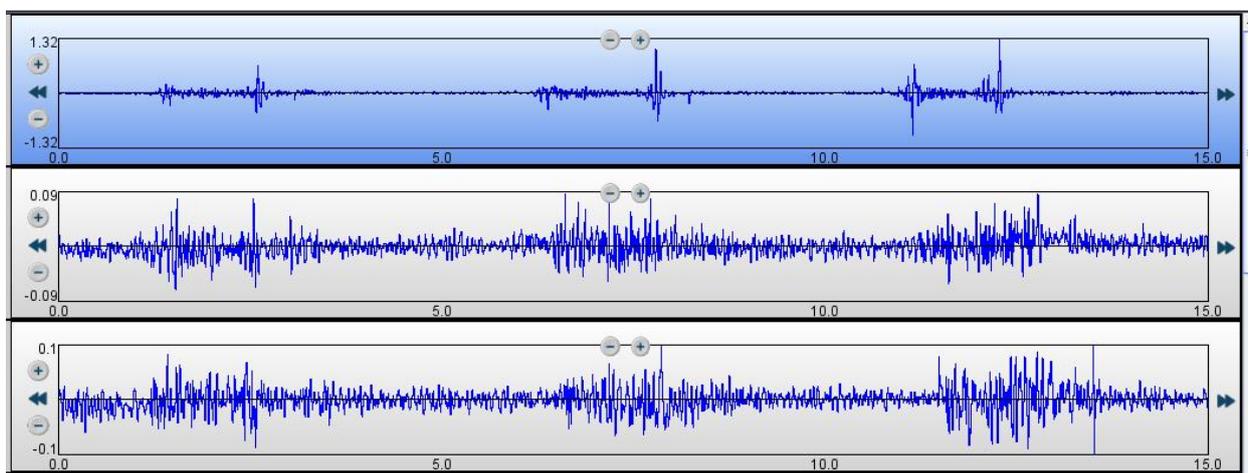


Рис. 2. Изображена фоноаудиограмма правого ВНЧС пациента Б. 29 лет с диагнозом: бруксизм, дисфункция ВНЧС, подвывих суставного диска слева (вверху при движении нижней челюсти вверх и вниз, в середине при движении нижней челюсти влево, внизу при движении нижней челюсти вправо).

На рисунке 3 изображены фрагменты фоноаудиограмм наиболее характерных внутрисуставных нарушений в ВНЧС.

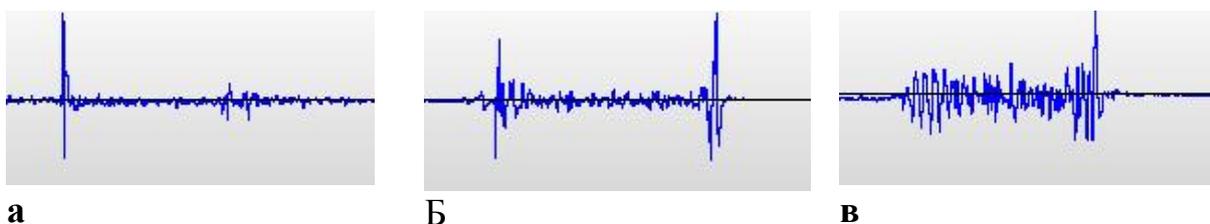


Рис. 3. На рисунке 3а представлен фрагмент фоноаудиограммы ВНЧС при подвывихе диска, на рисунке 3б – представлен фрагмент фоноаудиограмма вправляемого вывиха диска диска с сустава, 3в – представлен фрагмент фоноаудиограмма звуков при нарушении тока синовиальной жидкости и струи.

Статистическая обработка полученных данных при диагностике и в процессе лечения произведена при помощи языка программирования R (Выпуск: 3.2.5, 14 апреля 2016 года) в IDE RStudio. Также использовалась библиотека ggplot2 для визуализации получаемых данных. Пользовались статистическими методами однофакторного дисперсионного анализа, критерием хи-квадрат с поправкой Йетса, а также точным критерием Фишера. Количественные показатели представлены в виде среднего значения  $\pm$  стандартная ошибка среднего значения ( $M \pm m$ ). Различия между изучаемыми параметрами признавались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования.** Анализ результатов исследования показал статистически значимые различия выявления удельного веса пациентов со звуковыми явлениями и синхронностью окклюзионного звука различными методами диагностики. Использование предложенного метода цифровой диагностики звуковых явлений в области ВНЧС позволило выявить их у 98,4% пациентов, а без использования акустических средств у 83,3% пациентов. Соответственно при исследовании синхронности окклюзионного звука получили данные, свидетельствующие о том, что он синхронен у 57,2% без применения акустических средств и у 38,1% синхронен с применением цифрового стетоскопа. При этом вероятность выявления звуковых явлений с использованием метода цифровой диагностики в 1,18 раз выше, чем метода диагностики звуков без применения акустических устройств и соответственно в 1,5 раза выше при определении синхронности окклюзионного звука.

**Выводы.** Метод диагностики в цифровом формате звуковых явлений является эффективным для выявления внутрисуставных нарушений в области ВНЧС и позволяет наиболее точно диагностировать, а также производить динамическое наблюдение за процессом лечения заболеваний ВНЧС.

Метод диагностики звуковых явлений в цифровом формате определяет более высокую вероятность выявления звуков – в 1,18 раз выше, чем метода диагностики звуков без применения акустических устройств и в 1,5 раза выше при определении синхронности окклюзионного звука, что является значимым для выявления проблем, связанных с окклюзией.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИМПЛАНТАТОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Батиров Б., Даминова Н., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Ортодонтическое лечение - это сложный процесс, требующий метода, который сбалансирует ортодонтические биомеханики индивидуального пациента. Крепление обеспечивается зубами, которые противостоят силе реакции, создаваемой активными компонентами аппарата.

Любое нежелательное движение зубов должно контролироваться, иначе при выравнивании зубов будет ухудшаться основной неправильный прикус.

Таким образом, контроль возраста является основополагающим для успешного ортодонтического лечения.

До настоящего времени были разработаны и использовались в ортодонтической практике различные методы усиления опоры. Когда требуется максимальная фиксация, часто требуются дополнительные приспособления для поддержки фиксирующих зубов.

В последнее время большое внимание привлекают несколько видов титановых микроимплантатов, обеспечивающих скелетное крепление.

**Цель** - определить частоту удержания микроимпланта после приложения ортодонтической силы для перемещения зубов, а также определить зависимость длины микроимплантата от частоты удержания.

**Материалы и методы.** 18 микроимплантатов (диаметр: 1,2 мм) были установлены 12 пациентам в качестве ортодонтических микроимплантов. Перед операцией пациенты дали полностью информированное письменное согласие. Процедура проводилась под местной анестезией у всех пациентов. Передние верхнечелюстные микроимплантаты устанавливались в межзубном пространстве между центральным и боковым резцом. Задние верхнечелюстные микроимплантаты устанавливались в межзубное пространство между вторым премоляром и первым моляром. Задние нижнечелюстные микроимплантаты устанавливались в межзубное пространство между вторым премоляром и первым моляром.

Через 2 недели после установки микроимплантата нагружали силой от 100 до 200 г с помощью эластометрической цепи или NiTi спиральной пружины. Были определены факторы риска, по которым микроимплантат может выйти из строя, а для статистического анализа использовался точный тест Фишера. Критерии успеха микроимплантатов измерялись следующим образом: 1-способность противостоять ортодонтической силе и удерживать анкеры до завершения ортодонтического лечения; 2-отсутствие воспаления или инфекции; и 3-отсутствие повреждения корня зуба после установки.

**Результаты.** Было удалено девять микроимплантатов, общий показатель успешности составил 84,7%. Изучая причины неудач, мы обнаружили значительные различия между длиной микроимплантатов и частотой успеха; 6 мм - 72,2%, 8 мм - 90,2%.

**Выводы.** Результаты показывают, что микроимпланты подходят в качестве альтернативного ортодонтического крепления. Мы рекомендуем использовать 8-миллиметровые микроимплантаты предпочтительнее, чем 6-миллиметровые.

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ У БОЛЬНЫХ  
С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОМИЕТОМ И  
ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Батырова С.З., Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[batyrovasaodat@gmail.com](mailto:batyrovasaodat@gmail.com)

**Актуальность.** В последние годы у больных увеличивается количество атипично протекающих остеомиелитов. Дефекты верхней челюсти приводят к нарушению взаимоотношений верхнечелюстной пазухи и полости рта, ротоглотки и носоглотки, что приводит к потере эстетический уход за лицом, проблемы с глотанием и речи, а также значительное уменьшение качество жизни. Реконструкция случаев челюстно-лицевой хирургии является сложной задачей для клиницистов и пациентов. Такие факторы, как размер дефекта и его протяженность, количество и качество оставшихся зубов, а также качество доступной кости, играют важную роль в выборе наилучшего плана лечения. У больных с осложнениями остеомиелита верхней челюсти лечение ортопедическими съемными протезами составляют трудности из-за анатомических и функциональных нарушений в полости рта.

**Целью исследования** является изучение значения протезирования протез-обтуратором у больных, с осложнениями остеомиелита и дефектами верхней челюсти.

**Материалы и методы исследования.** В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии исследование было проведено у 4 пациентов с диагнозом: тромбоз кавернозного синуса, остеомиелит верхней челюсти. Средний возраст пациентов составил  $52 \pm 2,2$  лет. Исследование состоит из клинической и лабораторных этапов. В клинических этапах были проведены оценка состояния слизистой оболочки полости рта, состояние зубов и состояние протезного ложа, а также снятие слепков, этапы припасовка восковых валиков, примерка готового протеза. Для снятия оттисков была использована альгинатная слепочная масса, а для самого съемного протеза использовали термопластический материал. Лабораторные этапы изготовления протезов осуществлялись зубными техниками, под нашим наблюдением.

**Результаты.** Для выявления эффективности и функциональности протезов был проведен опросник у больных, где нижеперечисленные оцениваются по 10-ти бальной шкале индивидуально.

	Больной №1	Больной №2	Больной №3	Больной №4
Улучшение речи	7	8	9	8
Улучшение жевания	7	0	8	7
Улучшение глотания	7	8	7	10
Улучшение дыхания	7	6	6	6
изменения в социальной жизни	9	8	9	8
Удовлетворенность больных	7	6	7	8

## V Международный конгресс стоматологов

Снижение риногенных воспалительных процессов	6	7	8	6
Снижение местных воспалительных процессов	6	6	7	6
Изоляция ротовой полости от пищевых комочков	8	8	9	7
Изоляция ротовой полости от пищевых жидкостей	7	8	6	6

**Выводы.** Таким образом, лечение obturator-протезом у больных с осложнениями остеомиелитом и дефектами верхней челюсти, обеспечило улучшение речи на 80 %; улучшение жевания 55%; улучшение глотания на 80%; изменения социальной жизни на 85%; снижение риногенных воспалительных процессов на 67,5%; снижение местных воспалительных процессов на 62,5%; изоляция ротовой полости от пищевых комочков 72,%; изоляция ротовой полости от пищевых жидкостей 57,5%.

### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

**Бахронов Ш.Ш., Исроилов Х.Э., Холмуродова Х.Х., Ғозибеков Ж.И.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Цель исследования** - определение факторов, влияющих на частоту возникновения рецидива токсического зоба.

**Материалы и методы.** Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 147 больных токсическим зобом, оперированных в хирургическом отделении клиники СамМИ. Всем больным до операции проводилось цитологическое и после операции гистологическое исследование.

**Результаты.** В большинстве случаев верифицирован фолликулярный коллоидный зоб с признаками гиперфункции у 62 больных (42,2%) и смешанный микро- и макрофолликулярный зоб с признаками гиперфункции у 49 больных (33,3%), узловой или многоузловой зоб с признаками гиперфункции наблюдался у 36 пациентов (24,5%). Объем операции чаще всего (45,6%) соответствовал субтотальной резекции по Николаеву с оставлением ткани щитовидной железы в объеме 6-8 гр, у 35,4% больных выполнили субтотальную резекцию щитовидной железы по Драчинскому с оставлением ткани до 4 гр. с одной стороны и у 21,4% больных выполнили тиреоидэктомию. Длительность заболевания токсического зоба до 2 лет определено у 11 (7,5%) пациентов, от 2 до 5 лет у 34 (23,1%), от 5 до 7 лет у 52 (35,4%), от 7 до 10 лет у 13 (8,8%) и 37 (25,2%) больных с давностью заболевания более 10 лет.

**Выводы.** Выявлено, что частота рецидивов зависит от продолжительности заболевания, морфологической структуры щитовидной железы, объема оперативного вмешательства и от уровня антитела к тиреопероксидазе.

**ПЕРВЫЕ АПТЕКИ В МИРЕ**

**Бахтиярова Ф.О., Исроилова М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель исследования** - показать как появились и менялись аптеки. Какими медикаментами пользовались раньше.

**Материалы и методы.** Для начало что такое аптека? «аптека» древнегреческое слово которое имеет значение (хранилище, склад). В 400 году до н.э. Гиппократ употреблял слово «аптека» как место для хранения лекарств. А позже уже во 2 веке н.э. Клавдий Гален стал говорить об аптеке как о таком месте где не только хранят, но и готовят леченое снадобье.

**Результаты и обсуждение.** В Египте более десятков медицинских папирусов с различными методами лечения разнообразных заболеваний. Пилюли, мази и порошки впервые появились в Индии. Древнегреческие

Врачи лечили некоторыми металлами и драгоценными камнями. А в Риме из природных материалов изготавливались пластыри, мыло и порошки. Благодаря алхимией и астрологией в средние века развивалась фармация. Даже при помощи лекарств изгоняли злых духов из людей.

До 11 века фармация не являлась профессией, а первое упоминание аптекаря появилось в 12 веке. Уже в 13 веке появились ограничения в деятельности врачей и аптекарей. Врачам запрещалось получать прибыль от лекарств своих пациентов, а фармацевтам запрещалось лечить. В 16 веке аптеки в Западной Европе присутствовали при царском дворе, а европейские аптекари приглашались для лечения царских особ. Только через столетие начали появляться все больше аптек и аптечных складов. По указу государя Михаила Федоровича появилась первая публичная аптека в 1672 году.

**Заключение.** К 18 веку положение аптек и аптекарей значительно повысилось. Аптекари начали занимать почетное место в органах городского самоуправления, особенно в странах Центральной Европы. Аптеки чаще всего располагались в центрах городов, имели характерные вывески или специальные инициалы, которые являлись аптечным гербом закрепляемые аптеками специальными расписками. Стены аптек занимали застекленные или открытые банки на которых было название лекарств. Отличительным знаком аптеки стояло чучело крокодилов, подвешенные под потолком, а так же экзотические предметы, вроде витого рога якобы принадлежащего мифическому единорогу. Благодаря этому складывалось впечатление то что это чудодейственное лекарство.

**СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Башарова М.А., Эргашалиева Н.Ж.,  
Самерханова Е.А., Мирзаахмедова Н.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Влияние избыточной массы тела на формирование сердечно-сосудистой патологии не вызывает сомнений, однако до сих пор не изучены патогенетические механизмы повышения уровня артериального давления при ожирении. Известно, что пациенты, страдающие артериальной гипертензией в течение длительного времени, предрасположены к поражению органов-мишеней, в том числе к гипертрофии левого желудочка. По данным литературы, вероятность развития гипертрофии левого желудочка у лиц с нормальной массой тела составляет 5,5%, а у лиц с ожирением - 29,9% [1]. Ранними маркерами развития гипертрофии миокарда у пациентов с артериальной гипертензией могут служить как гемодинамические (артериальное давление, гидростатическое давление, процессы вазоконстрикции), так и не гемодинамические факторы (катехоламины, наследственная предрасположенность, инсулинорезистентность, ренин-ангиотензиновая система, ожирение).

**Цель исследования** - установить особенности циркадного профиля артериального давления и оценить взаимосвязи структурно-функциональной перестройки сердца и сосудов у подростков с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением.

**Результаты.** В отделении детской кардиологии кардиологии обследованы 189 подростков в возрасте от 12 до 18 лет с первичным ожирением I-III степени и зарегистрированным повышением уровня артериального давления выше 95% для соответствующего пола, роста и возраста не менее чем на трех врачебных приемах с интервалом 10-14 дней. Средний возраст обследованных составил  $14,7 \pm 1,9$  года. Преобладали юноши (73,3%). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени ожирения:

1-я группа - 112 (53,3%) подростков с экзогенно-конституциональным ожирением I степени (индекс Кетле  $30-34,9 \text{ кг/м}^2$ );

2-я группа - 60 (28,6%) подростков со II степенью ожирения (индекс Кетле  $35-39,9 \text{ кг/м}^2$ );

3-я группа - 17 (8,1%) подростков с III степенью ожирения (индекс Кетле более  $40 \text{ кг/м}^2$ ).

В исследование не включались подростки с вторичными формами ожирения и симптоматической артериальной гипертензией. На момент запланированного обследования пациенты не получали гипотензивные препараты, препараты для коррекции инсулинорезистентности и снижения массы. Группу контроля составили 22 практически здоровых подростка,

сопоставимых с обследуемыми по полу и возрасту.

Проведено обязательное стандартное обследование, которое включало: антропометрию, эхокардиографию и суточное мониторирование артериального давления.

При ожирении у подростков с повышением артериального давления диагностировано расстройство циркадного ритма по типу недостаточного снижения систолического давления в ночной период или парадоксальная реакция в виде повышения в период сна. Такие нарушения суточного профиля зарегистрированы у 50% подростков с ожирением, ассоциированным с различными вариантами синдрома артериальной гипертензии. Так, в 1-й группе при ожирении I степени недостаточное ночное снижение (non-dipper) систолического артериального давления диагностировано в 43% случаев, а повышение в период сна (night-pikker) – в 2% случаев; во 2-й группе при ожирении II степени non-dipper – в 40,7% случаев, night-pikker не диагностирован; в 3-й группе при ожирении III степени non-dipper – в 40%, night-pikker – в 6,7%. При этом наиболее часто недостаточное снижение давления как систолического, так и диастолического в ночное время (non-dipper) и ночная гипертензия (night-peaker) регистрировались у детей с ожирением II-III степени.

Чем больше масса тела, тем более выражены колебания систолического артериального давления в течение суток, и эти колебания не уменьшаются в период сна. Так, вариабельность систолического давления в течение суток в 1-й группе подростков с ожирением I степени составляла 13,8 [12,0-15,3] мм рт.ст., во 2-й группе при ожирении II степени 14,7 [13,0-15,9] мм рт.ст., а при ожирении III степени 15,2 [13,5-15,8] мм рт.ст. В группе контроля вариабельность составила 11,8 [10,4-13,0] мм рт.ст.

При ожирении в сочетании с артериальной гипертензией у подростков происходит структурно-геометрическая перестройка миокарда левого желудочка. Прежде всего, увеличивается толщина стенок. Выявлена статистически значимая зависимость между индексом Кетле и толщиной задней стенки левого желудочка ( $r_s=0,27$ ;  $p=0,0001$ ), а также толщиной межжелудочковой перегородки ( $r_s=0,15$ ;  $p=0,03$ ). Увеличение стенок левого желудочка формируется вначале как адаптивная реакция миокарда на нагрузку давлением и обеспечивает поддержание соответствия сократительной функции левого желудочка возросшей нагрузке.

Основными показателями, наглядно характеризующими гипертрофию миокарда левого желудочка, являются масса миокарда и индекс массы миокарда левого желудочка. Частота встречаемости гипертрофии левого желудочка составляет при ожирении I степени 33,3%, при ожирении II степени – 42%, при ожирении III степени – 69,2%. Анализ индекса массы миокарда левого желудочка в зависимости от варианта артериальной гипертензии существенных различий не обнаружил – при «гипертонии белого халата» данный показатель составил  $35,8 \pm 5,3$  г/м<sup>2,7</sup>, при лабильной

артериальной гипертензии –  $35,3 \pm 6,4$  г/м<sup>2.7</sup>, при стабильной гипертензии –  $35,1 \pm 8,4$  г/м<sup>2.7</sup>. Таким образом, большой вклад в развитие гипертрофии левого желудочка вносит степень увеличения массы тела.

Перестройка геометрии левого желудочка выявлено у 1/3 (33,8%) подростков с ожирением. Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка диагностирована у 18,8% пациентов, концентрическое ремоделирование – у 10%, концентрическая гипертрофия левого желудочка, ассоциирующаяся с максимальным риском сердечно-сосудистых осложнений, – у 5%.

**Вывод.** Таким образом, неоспоримо доказано, что избыточная масса тела и метаболические нарушения, возникающие на фоне ожирения, оказывают влияние на повышение уровня артериального давления, а также являются не гемодинамическими факторами риска развития ремоделирования сердца и сосудов.

## **ЦИФРОВЫЕ ПРОТОКОЛЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

**Башун Э.С., Ризаева С.М., Нуриева Н.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
Южно-Уральский государственный медицинский институт

**Актуальность.** В современном мире быстрыми темпами развивается такое популярное инновационное направление как аддитивные технологии. Это направление представляет собой востребованную технологию производства послойного изготовления изделий на основе компьютерной модели в различных сферах промышленности и производства. (Бигачева, Е. Н., 2019)

Разработка новых материалов и аддитивных технологий является новым научным направлением и в стоматологии. Востребованность технологий объясняется высоким качеством изготовления работ, их эстетичностью, точностью посадки и формы изделия.

На сегодняшний день мы успешно применяем аддитивные технологии в диагностике-анализируя полученные модели зубных рядов в специальных программах и печатая контрольно-диагностические модели, в ортодонтии, - моделируя передвижения зубов в ортодонтическом лечении, в ортопедии – изготавливая провизорные конструкции, в хирургии, - моделируя и печатая хирургические шаблоны.

В последние два года в сферу нашего научного интереса к аддитивным технологиям попали пациенты после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Хирургическое лечение злокачественных новообразований полости рта и глотки приводит к выраженным нарушениям жевания, глотания и дыхания, а также к эстетическим дефектам. Все это приводит к десоциализации пациентов. Восстановление этих функций является основной задачей медицинской

реабилитации этой категории пациентов.

Реабилитация таких пациентов до сих пор происходит с помощью традиционных методов – планирование границ резекции на контрольно-диагностических моделях, снятия оттисков с помощью слепочных масс и изготовления протезов в лаборатории.

**Цель исследования** – возможность использования аддитивных технологий в реабилитации пациентов после злокачественных новообразований головы и шеи.

**Материалы, методы исследования и результаты.** При использовании традиционных методов для изготовления резекционных пластин, либо протезов доктора часто сталкиваются со сложностью установки такой пластины/протеза в полости рта (рис.1).



*Рис.1 Качество прилегания протеза, выполненного традиционным методом*

Зачастую требуется коррекция и перебазировка, что бывает затруднительно, если такая пластина устанавливается непосредственно в момент операции.

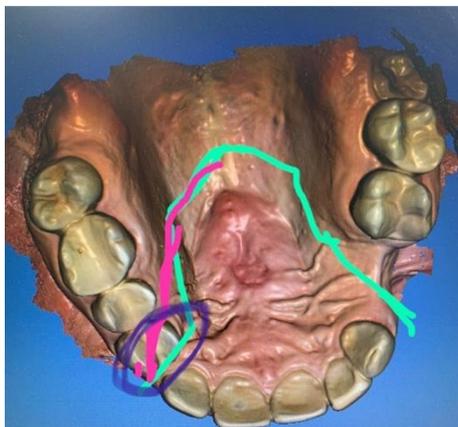


*Рис. 2. Установка резекционной пластины в момент операции*

Такие сложности связаны в большей степени не с самими традиционными

методами изготовления резекционных пластин, а с планированием самой операции, используя контрольно-диагностическую модель, техник довольно схематично может увидеть и обозначить границы будущего протеза.

Использование аддитивных технологий позволяет прогнозировать границы резекции. Точно согласовав ее со всеми участниками процесса - с оперирующим хирургом, техником и врачом-ортопедом.



*Рис. 3 Планирование операции*

При изготовлении формирующих протезов при реабилитации пациентов доктор часто сталкивается с проблемой недостаточного открывания полости рта, контрактурой, а соответственно сложностью снятия оттисков у таких пациентов.

Использование внутриротового сканера в данных клинических ситуациях позволяет получить более информативный и четкий оттиск.



*Рис.4 Цифровой скан протезного ложа*

**Заключение.** Использование цифровых методов позволяют более качественно прогнозировать границы резекции, а значит повышают качество прилегания резекционных пластин.

Использование внутриротового сканера для снятия оттисков повышает их

точность, но в тоже время технические характеристики сканеров, имеющих на рынке не позволяют сканирование при наличие глубоких, окруженных лишь мягкими тканями дефектов. Также современные цифровые сканеры не позволяют получить функциональный оттиск, что в таких клинических ситуация обуславливает выбор традиционного метода получения оттиска, либо комбинации этих методов.

### **МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.**

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И.Мечникова, Медико-социальный институт  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель работы** - разработать методику оценки эффективности лечения протезного стоматита и ее определить возможность ее использования в клинике ортопедической стоматологии

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено на 93 (24 мужчины и 69 женщин) пациентах пожилого возраста (61-74 лет), которые имели частичную потерю зубов и были разделены на 3 группы исследования: 1) 30 чел., контрольная группа (не пользовались какими-нибудь зубными протезами); 2) 33 чел., использовали частичные съемные акриловые зубные протезы с российским кремом для фиксации протезов Асепта Parodontal (ЗАО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия); 3) 30 чел., использовали частичные съемные акриловые зубные протезы, однако их адаптационный период проходил без применения российского крема для фиксации протезов Асепта Parodontal. Клинически оценивали состояние слизистой оболочки полости рта на момент первичного обращения, а также у пациентов 2 и 3 групп на 30 сутки адаптационного периода. Для оценки состояния слизистой оболочки полости рта у протезоносителей и людей контрольной группы, на основе основных симптомов протезного стоматита, разработали полуколичественный индексный способ.

**Результаты исследования.** На основании жалоб и анализа клинического состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) разработана методика оценки тяжести патологии, обусловленной ношением съемного зубного протеза путем учета симптомов в баллах: 1) патологические ощущения: отсутствуют – 0; умеренный болевой симптом – 1; выраженный болевой симптом и /или жжение – 5; 2) цвет слизистой оболочки полости рта, в том числе в области протезного ложа и поля: бледно-розовая – 0; легкая ограниченная или диффузная гиперемия – 1; ограниченная или разлитая выраженная гиперемия – 5; 3) наличие травматических повреждений на слизистой оболочке полости рта: отсутствуют – 0; единичные, ограниченные – 1; разлитые эрозивно-язвенные или язвенные – 5; 4) влажность слизистой оболочки полости рта и языка:

влажная – 0; сухая, потеря блеска – 1; сухая, потеря блеска, наличие складок – 5; 5) нарушения вкуса: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса – 1; извращение вкуса – 5.

На момент первичного осмотра у всех пациентов 3 исследуемых групп отсутствовали какие-либо воспалительные и другие патологические процессы со стороны слизистой оболочки полости рта, губ и языка. На 30 сутки наблюдения за пациентами 2 и 3 групп установлено, что изменения СОПР выявлены, соответственно у 2 (6,06%) и 12 (40,0%) чел. ( $p \leq 0,01$ ). У лиц 2 группы протезный стоматит протекал легко, а у пациентов 3 группы, легко (9 (75,0%) чел.) или при средней степени тяжести течения (3 (25,0%) чел.). Показатель среднего числа посещений врача для коррекции протезов во 2 и 3 группах составил, соответственно,  $1,33 \pm 0,19$  и  $2,76 \pm 0,21$  ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** В ходе клинического исследования установлено, что показатель эффективности использования крема для фиксации протезов во 2 группе на 30 сутки составил 77,78%, в то время, как у пациентов 3 группы эффективность устранения протезного стоматита была лишь 53,13% ( $p \leq 0,01$ ), что позволяет рекомендовать к широкому применению исследованных крем для фиксации протезов в условиях адаптационного периода.

### СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Бекжанова О.Е., Адизов М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Состояние здоровья человека определяется комбинацией двух факторов: его генетической составляющей и воздействия окружающей среды. Рост промышленной активности во всем мире повысил уровень жизни людей, но и обусловил подверженность профессиональным вредностям.

Здоровье полости рта является важной составляющей общего здоровья и качества жизни. Полость рта является связующим звеном между внешней средой и внутренней средой организма и в первую очередь подвержена профессиональной патологии в связи с прямым воздействием профессиональных загрязнителей.

**Цель** этого исследования заключается в оценке состояния полости рта у рабочих нефтеперерабатывающего завода.

**Материал и методы исследования.** Обследованы рабочие основных специальностей Бухарского нефтеперерабатывающего завода, давшие согласие на участие в исследовании.

Осмотрено 179 рабочих, группу контроля составили 37 работников заводоуправления.

Исследователь и записывающий ассистент перед началом исследования прошли теоретическую и практическую подготовку у стоматологического калибратора. Была определена надежность экзаменатора и регистратора. Внутри экспертная надёжность на предмет оценки гигиенического состояния

полости рта и интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонт составила 0,91 и 0,87 соответственно.

**Результаты.** Демографическая характеристика, уровень образования и соблюдение гигиены полости рта в сравниваемых группах работников нефтеперерабатывающей промышленности. Группы сравнения были однородны по возрасту, в то же время, необходимо отметить, что работники заводоуправления имели достоверно более высокий уровень образования и более высокий уровень соблюдения гигиены полости рта. Кратность чистки зубов 1 раз в день имели 89,39% рабочих вредного производства и лишь 10,61% ответили, что соблюдают гигиену полости рта 2 раза в день, при этом 45,95% сотрудников заводоуправления чистили зубы 2 раза в день.

Промышленные рабочие подвержены риску профессиональных заболеваний и проблемам со стоматологической патологией, поскольку у них частые смены, низкий социально-экономический статус и пренебрежение гигиеной полости рта. Таким образом, на нефтеперерабатывающих заводах существует ресурс повышения эффективности терапии твёрдых тканей зубов.

**Обсуждения.** Работников нефтеперерабатывающих заводов можно отнести к группе повышенного риска в отношении общего состояния здоровья и здоровья полости рта из-за постоянного воздействия на них производственных вредностей, тяжести и напряженности трудового процесса и постоянного воздействия вредных химических веществ. К сожалению, несмотря на достижения медицинских наук, и различных служб первичной медико-санитарной помощи, регулярный скрининг пациентов на предмет гигиены полости рта не проводится.

Рекомендация для цеховых и семейных врачей поможет укрепить центры первичной медико-санитарной помощи, которые служат первой линией лечения населения.

**Заключение.** Среди изучаемого контингента отсутствует осведомленность о мерах соблюдения гигиены полости рта, вследствие чего они не используют современные и высокоэффективные средства гигиены полости рта. Результаты этого исследования доказывают необходимость просвещения рабочих переработки нефтепродуктов о необходимости поддержания гигиены полости рта и о неблагоприятном влиянии производственных вредностей на заболевания полости рта.

## **МИКРОБИОЦЕНОЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С АПИКАЛЬНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

**Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Атабекова Ш.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[nargizaabdulhakova@gmail.com](mailto:nargizaabdulhakova@gmail.com)

Хронический апикальный периодонтит – представляет собой воспалительный процесс тканей периодонта, развивающийся вследствие бактериальной инвазии тканей периодонта. Бактериальная инвазия инициирует

некроз пульпы, а инфицированное содержимое корневых каналов через верхушечное отверстие вызывает воспаление периапикальных тканей и их деструкцию. Поражение и разрушение тканей зубодесневой связки, с постоянно присутствующим очагом воспаления и деструкции периодонта.

**Цель исследования** - определение видового и количественного состава микрофлоры корневых каналов при хроническом апикальном периодонтите.

**Материалы и методы.** В группы обследуемых пациентов входило 120 человек с клинически и рентгенологически подтверждённым диагнозом хронического апикального периодонтита зубов, в возрасте от 23 до 44 лет, без выраженной соматической патологии, в том числе с фиброзной формой хронического апикального периодонтита 70 больных (1400 зубов); с гранулирующей формой 66 пациентов (130 зубов) и с гранулематозной формой 60 пациент (1200 зубов). Были осуществлены клинические, рентгенологические и бактериологические исследование по рекомендации ВОЗ, включающие в себя основные и дополнительные методы исследования.

**Результаты и обсуждения.** У пациентов с хроническим апикальным периодонтитом в отделяемом корневого канала выявлены представители флоры как с облигатно-анаэробным, так и смешанным типом дыхания (факультативно-анаэробным и микроаэрофильным), а также строго анаэробные формы пародонтопатогенов. Обнаруживали колонии кокков, в основном стрептококков, анаэробных микроорганизмов, а также дрожжеподобных грибов.

Необходимо отметить, что частота выделения и количественный уровень обнаружения диагностируемых микроорганизмов в значительной степени был детерминирован тяжесть процесса в апикальном периодонте. Так, частота выделения факультативно-анаэробных бактерий *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, а также грибов – *Candida albicans* (*Candida albicans*) у пациентов с фибринозной формой заболевания колебалась в пределах 15,75%-45,71%; в титрах от  $1,85 \pm 0,07$  до  $3,02 \pm 0,07$  lg КОЕ/мл. Увеличение тяжести периапикального поражения до гранулирующего периодонтита было ассоциировано с увеличением частоты регистрации факультативно-анаэробных бактерий до 32,31% - 84,62%; при средних титрах от  $3,22 \pm 0,14$  до  $4,21 \pm 0,18$  lg КОЕ/ мл. При гранулематозном апикальном периодонтите в корневом канале частота обнаружения и концентрация факультативно-анаэробных увеличивались до максимальных значений, при этом в корневом канале они обнаруживались в 71,67% - 98,33% случаев; а концентрация составляла от  $4,81 \pm 0,18$  до  $6,01 \pm 0,24$  lg КОЕ/ мл.

**Вывод.** Полученные данные доказывают участие разных групп микроорганизмов в патогенезе деструктивного поражения периодонта и важны в плане дифференцированного подбора методов интраканальной медитации, адаптированных к конкретной клинической ситуации, что открывает новые подходы к проведению антибактериальной терапии.

**ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Бекжанова О.Е., Алимова Д.М., Алимова С.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[sevara\\_36@mail.ru](mailto:sevara_36@mail.ru)

Взаимосвязь и взаимообусловленность состояния зубов, других органов и тканей ротовой полости и внутренней патологии известны с глубокой древности. В ряде клинических ситуаций ротовая полость является источником и причинным фактором многих очаговообусловленных заболеваний (их насчитывают более 70), среди которых основное место отводится внутренней (соматической) патологии. Поэтому грамотные действия стоматолога могут стать надежной защитой в развитии тяжелых заболеваний внутренних органов.

Профессиональные интересы врача-терапевта и врача-стоматолога касаются и таких ситуаций, когда стоматолог по местным изменениям в ротовой полости может выявить или заподозрить соматическую патологию на ранней, преморбидной стадии. Кроме того, в ряде случаев соматические и стоматологические заболевания существуют одновременно, взаимно отягощая течение друг друга, создавая своеобразный порочный круг. При ГЭРБ наблюдаются жалобы на ощущение сухости в полости рта, чувство жжения и «ошпаренности» языка, боль в языке.

Кроме того, изменялась вкусовая чувствительность языка, причем с повышением степени тяжести ГЭРБ состояние сосочкового аппарата языка ухудшалось. Хейлит, заеды в углах рта отмечены у 38,6%, а сухость губ у 77,2% взрослых пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). У больных ГЭРБ изменяются состав и свойства смешанной слюны.

Регулирование секреции слюны в ответ на механическое или химическое раздражение пищевода осуществляется с помощью пищеводно-слюнных рефлекторных путей, функция которых у больных рефлюкс-эзофагитом нарушена, что не может не оказывать влияние на состояние тканей и органов полости рта.

В связи с многообразием клинических проявлений ГЭРБ в полости рта мы полагаем, что в части лечения стоматологической патологии больные ГЭРБ для врача-стоматолога должны подразделяться на категории в соответствии с современной классификацией ГЭРБ, характеризующей тяжесть клинических проявлений

Соответственно у таких групп больных будут различаться плановая потребность и объемы оказания стоматологической помощи, подходы к комплексной диагностике и лечению разные алгоритмы стоматологической помощи, значительно отличающиеся от стандартного алгоритма лечения соматически здоровых пациентов.

Отсутствие подобной информации не позволяет оценить потребность в стоматологической помощи, осуществлять обоснованное и полное обследование этой категории стоматологических пациентов, дать обоснование

объёмов оказания лечебно-профилактических мероприятий. Очевидно, что внедрение полноценного алгоритма диагностики и лечения гастроэзофагеального синдрома в полости рта будет не только способствовать полноценной стоматологической санации пациентов с ГЭРБ, но и влиять на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Все это свидетельствует об актуальности рассматриваемых вопросов.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА**

**Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Каюмова В.Р.**

Ташкенский государственный стоматологический институт

Современные пломбировочные материалы, высокие технические и инструментальные возможности, используемые в клинике терапевтической стоматологии, не смогли кардинальным образом изменить качество лечения кариеса, а наоборот, породили огромное количество ошибок и осложнений, влияющих на качество пломб и сокращении сроков по эксплуатации. Необходимо констатировать тот факт, что меры профилактики ошибок и осложнений при лечении начальных форм кариеса (в стадии пятна и поверхностного) и пломбирования остаются недостаточно разработанными разделом терапевтической стоматологии.

В связи с вышеизложенным, **целью** настоящего исследования явилась экспертная оценка качества диагностики и лечения кариеса у взрослого населения.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения кариеса у 193 больных в возрасте 18-65 лет.

Экспертиза качества лечебно-профилактического процесса осуществлялась группой из 3 подготовленных экспертов, результаты экспертной оценки которых различались менее чем на 5,0%. В соответствии с задачами исследования анализировалась структура кариеса по данным обращаемости, а также объем стоматологической помощи оказываемой при наличии начального и поверхностно кариеса.

**Результаты исследований.** Установлена высокая распространенность начальных форм кариеса у взрослого населения, обратившегося за амбулаторно-поликлинической помощью. В общей структуре кариозных зубов на долю кариеса в стадии пятна приходится 10,3% всех кариозных поражений, а на долю поверхностного кариеса приходится 11,76%. При этом в возрастной группе 18-24 года на долю кариеса в стадии пятна приходится 27,25%, а поверхностного кариеса – 30,80%; соответствующие соотношения в возрастной группе 25-34 года – по 4,34%; 45-54 года – 3,55% и 2,50%; в возрастных группах 55-64 и 65 лет и старше начальные формы кариеса не обнаружены, что вполне объяснимо с клинических позиций, так как в более старших возрастных группах регистрируется очень большое количество удаленных зубов и пломб. По-видимому, имеет значение и более низкая интенсивность обменных

процессов.

Анализ независимых экспертиз позволил выявить основные ошибки и упущения в лечении начальных форм кариеса.

При этом у 26 (47,27%) зубов с начальным и у 18 (29,03%) зубов с поверхностным кариесом диагностическое обследование вообще не проводилось, а наличие начальных форм кариеса игнорировалось при определении интенсивности индекса КПУ и формировании окончательного диагноза.

У 9 (16,36%) зубов с начальным и 10 (16,13%) зубов с поверхностным кариесом при осмотре полости рта было высказано предположение о возможном наличии начального кариеса; соответственно лишь на 7 (12,73%) и 10 (16,79%) зубах осуществлялось диагностическое зондирование, что было расценено как обследование, выполненное наполовину.

На основании проведенных исследований можно сделать **вывод**:

Удельный вес начальных форм кариеса в общей структуре кариозных поражений составляет 10,30% - 12,73%; его интенсивность максимальная в возрастной группе 18-24 года и прогрессивно уменьшается с увеличением возраста.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ ГУБЫ**

**Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А., Касымова Г.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

[nyulbarsova@gmail.com](mailto:nyulbarsova@gmail.com)

Хроническая рецидивирующая трещина губ - одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в стоматологической практике, которое характеризуется линейным нарушением целостности тканей ККГ, с длительным упорным течением и торпидностью к терапии. Более 6% хронических трещин губ составляют группу риска в развитии злокачественных заболеваний. При этом, более 50% больных находится в трудоспособном возрасте что, помимо медицинского, имеет и социально-экономическое значение.

**Целью исследования** явилось повышение эффективности комплексной патогенетической терапии ХРТГ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 75 пациентов с ХРТГ, средний возраст которых составил  $45,64 \pm 2,11$  года, из них удельный вес мужчин достоверно выше, чем у женщин.

Для оценка тяжести клинического течения ХРТГ мы разработали метод «Клинической оценки тяжести патологического процесса при хронической рецидивирующей трещине губ», предполагающий клиническую оценку тяжести проявления боли, симптомов интоксикации, размер и локализацию ХРТГ, степень кровоточивости, состояние краев трещины, инфильтрата в основании трещины, болевые ощущения при бимануальной пальпации, состояние поверхности красной каймы губ, состояние самой трещины, их количество, наличие дополнительных элементов поражения, а также сопутствующих

заболеваний губ.

Каждый признак (из числа включенных в анализ) оценивался по 3 балльной шкале: 0 – отсутствие признака или симптома; 3 балла – максимальная выраженность симптома.

При оценке тяжести течения ХРТГ сумма оценочных баллов для каждого пациента делится на их число. В соответствии с разработанными оценочными баллами 0,1 до 1 баллов соответствует легкой степени ХРТГ; от 1,1 до 2,0 средней тяжести и 2,1 – 3,0 балла – тяжелому течению ХРТГ.

**Результаты исследований** показали, что 11 пациентов страдали ХРТГ легкой степени; 24 имели течение заболевания средней тяжести и 40 – имели тяжелое течение ХРТГ.

Развитие хронической рецидивирующей трещины губ ассоциировано с местными триггерными факторами. Так специфическое анатомическое строение губ с «центральной перетяжкой», хронических травмы слизистой губы зубами, ортодонтическими конструкциями и вредные привычки, достоверно выше у пациентов с ХРТГ.

Изучение стоматологического статуса выявило достоверное увеличение индексных показателей воспаления и деструкции пародонта. Что сопровождалось и увеличением интенсивности кариеса зубов. Анализ анамнестических данных позволил выявить экзогенные факторы, могущие явиться триггерным механизмом, определяющим риски возникновения заболевания. Ведущим эндогенным фактором риска явилось курение, в основной группе доля курильщиков составила 73,33%; а 33,33% пациентов основной группы подтвердило факт воздействия солнечной инсоляции, далее идут неблагоприятные метеорологические факторы, производственные, алкоголь, острая пища и приём салицилатов.

Углублённые медицинские осмотры с участием узких специалистов позволили установить характер и частоту фоновой соматической патологии у изучаемого контингента, которая по всем изучаемым классам болезней в 2,0 – 3,5 раза выше у пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ.

Наиболее выраженные и достоверные различия установлены по классу «Психические расстройства и расстройства поведения», при этом заболевания классифицируемые по МКБ-10 «Расстройства настроения и аффективные расстройства» обнаружены у 55,00% пациентов с хронической трещиной губ.

Интересные данные получены при анализе Болезней органов пищеварения. При этом у пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ достоверно чаще обнаруживались трещина и свищ заднего прохода и прямой кишки, а также гастроэзофагальный рефлюкс.

**Выводы.** На основании проведённых исследований установлено, что нарастание тяжести патологического процесса на красной кайме губ сопряжено с дисфункцией сосудистых эндотелиальных клеток, повреждение эпителиоцитов, десквамацией эпителия, достоверно нарушается функция трансмембранного белка тромбомодулина, изменяется метаболизм оксида азота.

Клинические и субклинические проявления тревожных расстройств

статистически значимо чаще встречаются у пациентов с ХРТГ. Анализ депрессивных расстройств у пациентов с ХРТГ показал, что клинически выраженные депрессивные были зарегистрированы у 58,7% пациентов; субклинические – у 34,7%.

Нами установлено, что нарастание тяжести ХРТГ ассоциировано с увеличением субклинических и клинически выраженных тревожно-депрессивных расстройств. С увеличением тяжести поражения красной каймы губ наблюдается усугубление и взаимное отягощение хронического стрессового фактора и сниженного качества жизни, нарушений физического и психического функционирования. Использование Антистакс в дополнение к стандартной терапии хронической рецидивирующей трещины губ способствует ускорению регресса клинической симптоматики, за счет корригирующего действия на НО-эргическую систему, он оказывает выраженное ангиопротекторное действие, что способствует нормализации микроциркуляции.

### **ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Бекжанова О.Е., Зайтханов А.А., Азизова Ш.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[asqarzaithanov@mail.ru](mailto:asqarzaithanov@mail.ru)

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 тяжесть 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.

## ТРАКТОВКА СИЛ В СТОМАТОЛОГИИ

Бекирова А., Нурматова Ф.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Аннотация.** Зубочелюстная система - это совокупность взаимосвязанных органов и тканей, выполняющих функции жевания, дыхания, пищеварения и образования речи. Основными структурно-функциональными частями данной системы являются челюстные кости, зубы, жевательные мышцы и височно-нижнечелюстной сустав. В данной научной работе освещены основные физические характеристики функций зубочелюстного аппарата, исследовано влияние физических сил на органы системы. Актуальность темы для современной стоматологии достаточно велика. Знание биомеханических свойств функционирования зубочелюстного аппарата позволяет разрабатывать эффективные методы лечения патологий челюстно-лицевой области, разрабатывать современные стоматологические материалы, по свойствам приближенные к естественным тканям организма.

**Цель работы** - описание физических характеристик зубочелюстного аппарата и важность их изучения для врача-стоматолога.

**Методы исследования** - изучение научной литературы, личный опрос пациентов с дефектами зубочелюстной системы, личный опыт.

Зубочелюстная система-комплекс коррелирующих между собой органов, важнейшей функцией которого является жевание. Жевание - это начальная стадия пищеварения, представляющая собой механическое размельчение пищи, смачивание слюной и формирование пищевого комка. В этот сложный физиологический процесс вовлечены жевательные мышцы, зубы, челюсти и слюнные железы. Основной физической характеристикой жевательных мышц является их абсолютная сила. Абсолютная сила жевательных мышц - это напряжение, развиваемое мышцами в момент максимального сокращения. Данная величина находится под контролем нервной системы и в случае избыточного сжатия челюстей ограничивается барорецепторами пародонта, реагирующего болевыми ощущениями. Необходимость ограничения силы

жевательных мышц диктуется предотвращением разрушения зубов вследствие чрезмерного давления на их окклюзионные поверхности. Мышцы, обладая большой абсолютной силой, развивают ее до возможных пределов чрезвычайно редко, лишь в минуту опасности или крайнего эмоционального напряжения. Поэтому значение абсолютной силы жевательных мышц заключается в возможности выполнения значительной мышечной работы при разжевывании пищи без заметного их утомления. Если усилие, которое необходимо для осуществления акта жевания, в среднем составляет 90-150 Н, то практически используется лишь небольшая часть абсолютных жевательных сил. Оставшиеся значения сил можно назвать резервными. Именно эти усилия могут использоваться человеком в момент повышенной функциональной нагрузки.

Другой характеристикой акта жевания является жевательное давление, которое выражается силой, развиваемой жевательными мышцами, и находится под контролем рецепторов пародонта. Роль пародонта в регуляции величины жевательного давления была доказана Шредером. В своем опыте, сравнивая жевательное давление до и после анестезии, он выявил, что после обезболивания величина давления возросла приблизительно в 1,5 раза по сравнению с нормой, что доказывает наличие чувствительных рецепторов в окружающих зуб тканях и их восприимчивость к повышенной нагрузке. Интересным физиологическим приспособлением к рациональному распределению жевательного давления на верхней челюсти являются контрфорсы. Контрфорсы представляют собой утолщения костного вещества, которые смягчают нагрузку, возникающую при жевании и обеспечивают правильную ее передачу на органы челюстно-лицевой области. На нижней челюсти подобным механизмом служат особые траектории костных балок, имеющих строгую ориентацию согласно функциональной нагрузке.

**Результаты и обсуждение.** Жевательное давление находится в тесной взаимосвязи с полом, возрастом человека, его наследственностью, а также с видом зуба, на который это давление воздействует. Согласно данным, полученным с помощью гнатодинамометрии, было определено, что разные группы зубов испытывают неодинаковое по величине жевательное давление. Боковые зубы испытывают приблизительно вдвое больше нагрузки, чем фронтальные группы зубов. Это напрямую связано с их функцией растирания и механического измельчения пищи. Так, например у женщин жевательное давление на резцах в среднем составляет 20-30 кг, на молярах колеблется в пределах 40-60 кг, в то время как у мужчин данное значение составляет 30-40 кг и 50-80 кг соответственно.

При анализе влияния сил жевательной нагрузки на зуб необходимо непременно учитывать рельеф жевательной поверхности. На окклюзионной поверхности в норме имеются бугорки и скаты, возвышения, углубления и борозды. В результате действие вертикально ориентированной силы жевательных мышц на скаты бугорков также может являться причиной образования горизонтальной компоненты силы. При этом, чем круче скаты, тем больше горизонтальная составляющая реакции. При истирании зубов она

может быть приблизительно равна нулю, а направление полных реакций будет примерно параллельно вертикальной оси.

Поскольку на жевательных поверхностях зубов формируется сложный рельеф, следует различать направления сил нормальной реакции зубов в зависимости от формы и особенностей поверхности. В результате сокращения жевательных мышц нижние зубы оказывают давление (сила  $P$ ) на верхние зубы (или пищу). Со стороны последних по 3-му закону Ньютона возникает сила упругости или нормальной реакции  $N_1$ , т.к. сила  $P$  может быть разложена на две составляющие - нормальную и касательную. Направление силы нормальной реакции всегда перпендикулярно скату. При жевательных движениях нижней челюсти между соприкасающимися поверхностями возникают силы трения скольжения  $F_{тр}$ , касательные к скатам бугорков зубов. В результате со стороны контакта зубов на нижние антагонисты действует сила полной реакции  $R_m$ , которая изображается диагональю параллелограмма, построенного из 2-х составляющих: силы нормальной реакции  $N_1$  и силы трения скольжения  $F_{тр}$ . В результате полная реакция  $R$  находится под некоторым острым углом по отношению к силе нормальной реакции  $N_1$ . Силы реакции зубов-антагонистов имеют направление, ориентированное к общей касательной к поверхностям зубов.

При нарушении описанных выше физических закономерностей в функционировании зубочелюстной системы возникают дефекты и аномалии. При различных патологиях челюстно-лицевой области, таких как нарушение прикуса, длительное отсутствие зубов, краудинг или же скучивание зубов, происходит перестройка физиологических функций зубочелюстного аппарата. В результате жевательное давление перераспределяется неправильно, и нагрузка на отдельные группы зубов патологически возрастает. По итогам проведенного опроса среди пациентов, имеющих дефективные изменения прикуса, отсутствие некоторых зубов, наличие акульих зубов, было обнаружено, что подобные отклонения от нормы индуцируют значительные негативные последствия: появление ассиметрии лица, закладку морщин, западение щек и нарушение тонуса жевательных мышц, неправильную артикуляцию звуков речи. Как следствие возникает атрофия костной ткани челюсти и ее истончение, что является предпосылкой для смещения зуба в сторону дефекта, патологическая стираемость зубов, головные боли, кровоточивость десен. Кроме того, затрудняются гигиенические процедуры в ротовой полости, что создает условия для возникновения зубного камня и развития кариеса. Отсутствие зубов влияет не только на эстетические качества, но и вызывает дисфункции пищеварения, обусловленные недостаточным пережевыванием пищи.

**Заключение.** Таким образом, по итогам проведенного исследования, опроса пациентов и анализа клинических ситуаций было доказано колоссальное влияние физических сил на функциональную активность организма и охарактеризованы наиболее важные процессы в работе жевательно-речевого аппарата с точки зрения физики. Исследование физических основ деятельности

зубочелюстной системы позволяет создавать современные стоматологические инструменты и материалы, новейшие высокотехнологичные методы устранения дефективных изменений челюстно-лицевой области, внедрять в стоматологическую практику современные способы имплантации и протезирования, предоставляющие возможность восстановить физиологические особенности поврежденных органов и обеспечить превосходные эстетические качества.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

**Бекназарова У.Б., Боймурадов Ш.А.**

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкентский государственный стоматологический институт

Сочетанные повреждения, как правило относят к наиболее тяжелому виду травм. Тяжесть клинических проявлений подобных повреждений обусловлена возникновением и развитием “синдрома взаимного отягощения“, что приводит к усугублению течения травмы. Общее состояние пострадавшего с переломами челюстей, сочетающихся с повреждением других сегментов тела, крайне затрудняет проведение обследования и установление диагноза.

**Целью научного исследования** являлось усовершенствование тактики оказания лечебно-диагностической помощи при сочетанных травмах верхнечелюстной пазухи.

### **Методы исследования:**

1. Клинические (субъективные, объективные)
2. Рентгенорадиологические (рентгенография, КТ, МСКТ)
3. Лабораторные (Общий анализ крови, мочи, содержания кальция, фосфора, калия)

**Объекты исследования.** Для реализации поставленной цели обследованы 30 больных с сочетанными травмами верхнечелюстной пазухи. Больные разделены на 2 группы:

1-группа 15 больных, леченных традиционными способами лечения

2- группа 15 больных, леченных разработанным способом лечения

**Заключение.** Последние десятилетия отмечены ростом травматизма, изменения его структуры за счет возрастания удельного веса тяжелых, преимущественно множественных и сочетанных травм. Травмы челюстно-лицевой области отличаются высоким риском инфекционных осложнений.

Традиционная хирургическая тактика по Колдуэлл-Люку обусловлено отсутствием этиопатогенетического воздействия (восстановление адекватной вентиляции, нормализация функции остиомаеатального комплекса).

При проведении исследования травматическая болезнь определялась как клиническая концепция, устанавливающая главные закономерности и последовательность развития патологических процессов у пациентов с травмой челюстно-лицевой области в различные периоды: 1-й период – период острой

реакции организма на травму в виде нарушения жизненно важных функций организма (острый период продолжительностью до 48 часов); 2-й период – период относительной стабилизации жизненно важных функций организма; 3-й период – период максимальной вероятности развития ранних и поздних осложнений; 4-й период – период полной стабилизации жизненно важных функций организма и реабилитации.

1-й вариант течения острого периода травматической болезни о стабилизацией состояния в течение 48 часов (благоприятное течение и благоприятный прогноз) имел место у 16 (53,33%) пациентов;

2-й вариант течения острого периода травматической болезни со стабилизацией состояния позднее 48 часов (неопределенное течение и сомнительный прогноз) имел место у 7 (23,33%) пациентов.

Результаты исследования свидетельствуют о хорошей и сопоставимой прогностической ценности шкалы RTS.

У шкалы RTS диапазон значений для благоприятного варианта течения острого периода травматической болезни – более 4,1 баллов, для неблагоприятного – 2,0 балла и менее.

Таким образом, для прогнозирования течения острого периода травматической болезни при обосновании хирургической тактики у пациентов с сочетанной травмой челюстно-лицевой области необходима оценка совокупности двух критериев – тяжести повреждений и тяжести состояния при поступлении.

В целом, оценка по шкале исходов Глазго демонстрирует, что процент выздоровевших был на 12% выше в основной группе, а степень инвалидизации была выше в контрольной группе. Учитывая тяжесть ЧМТ, процент пациентов, вышедших на уровень вегетативного состояния в обеих группах был примерно одинаков.

В последние десятилетия стал очевидным прогресс в лечении сочетанной челюстно-лицевой травмы, что стало возможным благодаря внедрению многоэтапной хирургической тактики и малоинвазивных технологий.

Практический смысл концепции травматической болезни заключается в управлении защитно-приспособительными процессами, прогнозировании, своевременном выявлении и устранении патологических процессов, профилактике и опережающем лечении осложнений.

Пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой в каждом периоде течения травматической болезни необходим определенный объем помощи, направленный на предотвращение развития тяжелых осложнений. Следовательно, помощь должна быть разделена на несколько этапов в соответствии с периодами течения травматической болезни.

Всем пострадавшим проводилась полноценная противовоспалительная, гемостатическая, противоотечная терапия в обычных дозировках, направленная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.

После выполнения санационной операции на околоносовых пазухах на 1-е сутки и в последующем (3-7 сутки) у большинства пострадавших (53,1%)

снижалась температура тела до субфебрильных цифр, уменьшалось число лейкоцитов. По сравнению с исходными величинами снижалось количество палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, увеличивалось число лимфоцитов. Отмечалась четкая тенденция повышения количества гемоглобина до  $93,7 \pm 3,3$  г/л на 3-и сутки после операции. Достоверно увеличивался уровень белка (с  $47,3 \pm 1,2$  до  $55,6 \pm 1,6$  г/л).

У 66,7% пострадавших улучшалась фильтрационная функция почек – нормализовалось содержание в крови мочевины и креатинина.

Анализ клинических проявлений и компьютерно-томографических данных показал значительное количество вариантов сочетанных травм челюстно-лицевой области, которые зависели как от характера воздействия травмирующего агента, так и от индивидуальных особенностей строения костных структур. Выраженность пневматизации верхнечелюстных пазух, особенности строения костных структур лица могут в значительной степени амортизировать силу травматического воздействия на головного мозга.

После выполнения диагностического комплекса осуществляется окончательный анализ характера травмы и тяжести состояния с определением объема и сроков выполнения лечебных мероприятий по каждому из имеющихся повреждений. Выбор варианта оперативного лечения определяется характером повреждений, прогнозом развития травматической болезни с учетом тяжести состояния, возраста пациента и объема необходимого вмешательства.

В целом, оценка по шкале исходов Глазго демонстрирует, что процент выздоровевших был на 12% выше в основной группе в сравнении с контрольной группой.

Проведенное исследование и его результаты позволяют констатировать тот факт, что вопросы диагностики и лечения сочетанной челюстно-лицевой травмы остаются актуальными, несмотря на большое количество работ в данном направлении, что, несомненно, требует дальнейшего научно-практического изыскания. Рекомендуемые нами подходы в комплексном лечении сочетанной ЧЛТ позволяют изменить психофизиологический статус пациента со снижением тревожности и астенизации после травмы. Данные, полученные в ходе исследования, дают возможность рекомендовать терапевтический комплекс при лечении сочетанной черепно-лицевой травмы у больных как в остром периоде, так и на этапе реабилитационно-восстановительной терапии.

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА В  
ПАРОДОНТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА**

**Беленова И.А., Сударева А.В., Комарова Ю.Н.,  
Олейник Е.А., Маркосян З.С., Проценко Н.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Институт стоматологии  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

У лиц пожилого и старческого возраста эпителиальный слой слизистой оболочки полости рта истончается в основном за счет шиповидных клеток. Соединительная ткань десны становится плотнее, уменьшается количество межклеточной жидкости, теряется эластичность, волокна грубеют, и снижается число фибробластов. Истончается эпителиальный слой в местах с неороговевающим эпителием и, наоборот, отмечается гиперплазия в местах с ороговевающим эпителием. В своей работе мы применили сочетанное воздействие на ткани пародонта и слизистой оболочки полости рта комплекса регенерирующих препаратов. Мы ввели в традиционный протокол поддерживающей терапии гель гиалуроновой кислоты для аппликационного воздействия на пародонт и инъекции собственной плазмы.

**Целью исследования** являлось экспериментальное подтверждение возможности сохранения физиологического состояния и омоложения пародонта с помощью остеопластических материалов и применения в протоколах профилактики и лечения пародонта гиалуроновой кислоты.

**Материалы и методы.** Нами был проведен эксперимент на животных на базе Научно-исследовательского института экспериментальной биологии и медицины государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко». В ходе эксперимента изучалась динамика репаративного остеогенеза в искусственно воспроизведенных травме периодонта у кроликов, соотносимой с проводимым открытым кюретажем при хроническом пародонтите тяжелой степени. В пародонтальный карман вносили остеопластические материалы и накладывали швы. В качестве остеопластических материалов применяли: «Клипдент», «Биопласт-дент» или без применения стимуляторов регенерации.

Основываясь на данных морфологического исследования, проводилась сравнительная характеристика результатов применения того или иного вида остеопластического материала и регенерации костно-пародонтального дефекта под кровяным сгустком.

Экспериментально-морфологическая часть работы выполнена на 30 половозрелых беспородных лабораторных кроликах с начальной массой 3,5 кг.

В зависимости от используемых остеопластических материалов и видов

изучаемой патологии, все животные были разделены на 3 группы.

1-я основная группа (12 кроликов), применялся остеопластический материал биологического (ксеногенного) происхождения «Биопласт-дент».

2-я основная группа (12 кроликов), использовался препарат синтетического происхождения «Клипдент».

3-я третья контрольная группа (12 кроликов), остеопластический материал не применялся.

Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью методов математической статистики, реализованных в пакете прикладных компьютерных программ STATISTICA 6.0 StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows. Критический уровень статистической значимости  $p$  был принят, равным 0,05.

Для проверки соответствия данных нормальному закону и условия равенства дисперсий распределений изучаемых признаков в сравниваемых группах использовали модуль "Основные статистики и таблицы" пакета STATISTICA с использованием критерия Шапиро-Уилка, который применяется при исходно неизвестных средних значениях и квадратического отклонения.

Проверка условия, касающегося равенства дисперсий распределений признаков, была проведена с помощью подпрограммы расчета критерия Левена в пакете STATISTICA. При значениях  $p < 0,05$  принималась альтернативная гипотеза о существовании различий между значениями дисперсии контрольной и основной групп.

Другим направлением эксперимента явилось изучение влияния на морфогенез соединительной ткани гиалуроновой кислоты. Гиалуроновая кислота является специфичным катализатором регенеративных процессов как в соединительной ткани (и как следствие – и в костной).

В обычных условиях регенерации гиалуроновая кислота начинает накапливаться после 10 суток заживления, и достигает максимума к  $33,0 \pm 0,22$  суткам ( $p \leq 0,05$ ) (в некоторых индивидуальных случаях этот срок сдвигается на несколько суток в обе стороны).

В условиях проведенного эксперимента, уже на 14 сутки, независимо от используемого вещества, гиалуроновая кислота в большей степени расположена в матриксе стромы, а не вблизи сосудов, т.е. мы наблюдаем клеточную синтетическую активность искомого вещества, что, безусловно, свидетельствует об активных процессах регенерации уже на данном сроке (опережение на  $5 \pm 0,32$  суток ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с контролем).

Более того, на 28 сутки эксперимента процесс синтеза гиалуроновой кислоты был настолько активен, что сами клетки не были различимы в микропрепаратах. В норме такого процесса ни разу не наблюдалось (в доступных нам исследованиях), но в экспериментальных работах такие процессы описывались и свидетельствовали о том, что процессы заживления (регенерации) соединительной (костной ткани) были усилены. В итоге установлено, что процесс регенерации ускорился на  $6,0 \pm 0,18$  суток ( $p \leq 0,05$ ) независимо от использованного вещества и степени его дисперсии.

Таким образом, по результатам морфологического экспериментального исследования установлено следующее. На основании изучения процессов синтеза гиалуроновой кислоты процесс регенерации ускорился на  $6,0 \pm 0,18$  суток ( $p \leq 0,05$ ) независимо от использованного вещества и степени его дисперсии.

Совершенно очевидно, исходя из экспериментальных результатов исследования, эффективное влияние гиалуроновой кислоты на состояние тканей пародонта. Что подтверждает актуальность введения в протокол лечения заболеваний пародонта данного фармакологического средства.

Проведенные нами исследования демонстрируют важность, эффективность и практическую значимость таких принципов, как предикция и превенция (прогнозирование и предотвращение возможных осложнений после открытого кюретажа путем использования остеогенного материала), комплексность и персонификация (применение комплекса препаратов для регенерации с учетом индивидуальных возрастных особенностей) в периодонтологии.

Подводя итог, хочется сказать, что сохранение и продление молодости пародонта мы считаем возможным, целесообразным и важным в условиях современной стоматологии при условии выбора правильной клинической стратегии и тактических методов, описанных нами в данной статье.

### **СОВРЕМЕННАЯ ЭНДОДОНТИЯ: ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИЛЕРОВ**

**Беленова И.А., Бекжанова О.Е., Беленова М.С.,  
Русанова Т.А., Кудрявцев О.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, институт стоматологии  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

Профилактика заболеваний является одним из главенствующих постулатов медицины 21 века. К сожалению, пациенты часто обращаются за помощью к врачам стоматологам не при появлении первых симптомов или с целью профилактического осмотра, а при наличии выраженной болевой симптоматики заболевания. Таким образом, профилактика развития осложнений является первостепенной задачей для врача стоматолога.

Успешность эндодонтического лечения определяется соблюдением определенных условий. Во-первых, строгое соблюдение алгоритмов и протоколов лечения врачом. Во-вторых, особенности реактивности организма пациента. В-третьих, физические и химические свойства материалов, применяемых в работе.

В процессе лечения при невыполнении описанных условий возможно

развитие осложнений. Осложнения принято разделять на ближайшие и отдаленные. К ближайшим осложнениям относятся перфорация стенки корневого канала, выведение материала за верхушку корня зуба, зиппинг и т.п. Осложнения в отдаленной перспективе – рассасывание силера в системе корневого канала, развитие апикального периодонтита и т.д. Ключевым моментом эндодонтического лечения является достижение герметичности корневой пломбы. Для этого необходима качественная механическая и химическая обработка и полная трехмерная obturation корневого канала. Посредством механической обработки удаляется некротизированная, инфицированная ткань из системы корневого канала. Химическая обработка способствует удалению смазанного слоя, остатков микроорганизмов, некротических тканей и т.д.

На сегодняшний день obturation системы корневых каналов проводят множеством способов: латеральная конденсация гуттаперчи, вертикальная конденсация гуттаперчи, термомеханическое уплотнение и т.д. Одной из самых распространенных и клинически зарекомендованных методик является латеральная компакция гуттаперчевых штифтов. Для обеспечения адгезии к стенкам корневого канала применяется силер.

Обтурационный материал, по мнению ученых, в идеале должен соответствовать множеству требований: отсутствие токсичности, мутагенности, канцерогенности, полная биотолерантность. Материал должен быть пластичным, пространственно стабильным, прочным, плотно прилегать к стенкам корневого канала, образуя с ним химическую связь и др.

На сегодняшний день такой материал не известен, однако исследователи стремятся его получить путем модификации имеющихся материалов и использования принципиально новых веществ. Наиболее хорошие показатели демонстрирует комбинация полимерных силеров и гуттаперчевых штифтов.

Существует множество факторов, которые потенциально могут оказывать положительные эффекты: термические, барические, световые, электромагнитные и другие. В процессе анализа научной литературы особое внимание привлекли исследования ряда авторов, в которых изучалось влияние электромагнитного поля на полимерные соединения.

На сегодняшний день проблема постпломбировочных осложнений, возникающих вследствие недостатков эндодонтических наполнителей, до сих пор остается нерешенной. Это послужило причиной проведения нами исследований, направленных на определение влияния электромагнитного поля на силеры на основе полимерных смол. Данная группа силеров была выбрана вследствие популярности использования среди практикующих врачей стоматологов, а также возможности изменений своих свойств под воздействием физических факторов.

**Цель работы** – повышение эффективности лечения осложнений кариеса путем использования модифицированного эндодонтического силера на основе эпоксидных смол.

**Материалы и методы.** Нами были использованы следующие подгруппы силеров: Ah-Plus (Dentsply, США), Виэдент (ВладМиВа, Россия), Эпоксидин (Techno Dent, Россия) по 50 образцов каждого соответственно. Все образцы были разделены на две равные группы: опытная и контрольная. Опытная группа подвергалась воздействию электромагнитного поля, а контрольная не подвергалась воздействию ЭМП. Во всех трех подгруппах представлено по 25 образцов в опытной группе и по 25 в контрольной.

Силеры опытной группы подвергались воздействию ЭМП в электромагнитной установке в течение 20 мин при напряженности магнитного поля  $20 \cdot 10^4$ - $24 \cdot 10^4$  А/м. После этого подготавливались образцы опытной и контрольной групп размером 10 x 15 x 3 мм, которые затем отверждались в течение 7 суток в темном и сухом месте. Далее образцы подготавливались к растровой электронной микроскопии (РЭМ): производился разлом материала, линия разлома исследовалась в увеличении  $\times 1000$  и  $\times 2000$ .

**Результаты исследования.** Результаты исследования выявили определенные отличия в образцах опытных и контрольных групп. Во-первых, уменьшилось количество и диаметр пор в материале, во-вторых, частицы силера располагались более упорядоченно в образцах опытной группы в сравнении с контрольной.

Все три подгруппы материалов продемонстрировали аналогичные изменения в образцах опытных групп в сравнении с контрольными.

### **Выводы:**

1. Данные исследования выявили, что однократное воздействие электромагнитного поля напряженностью  $20 \cdot 10^4$ - $24 \cdot 10^4$  А/м в течение 20 мин приводит к модификации аминоэпоксидных силеров.

2. Данные растровой электронной микроскопии показали уменьшение размера и количества пор, частицы располагаются более упорядоченно в образцах опытной группы в отличие от контрольной.

3. Полученные результаты позволяют спрогнозировать следующее: использование данных силеров, модифицированных воздействием ЭМП, без изменения техники работы приведет к меньшей усадке материала, более плотной obturation, что, в свою очередь, снизит риски развития постэндодонтических осложнений.

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ  
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

**Беленова И.А., Морозов Н.В., Комарова Ю.Н.,  
Евтюкова М.А., Маркосян З.С.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет им. Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[y.komarova@mail.ru](mailto:y.komarova@mail.ru)

В задачи ортопедического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта с помощью съемных конструкций зубных протезов, входит восстановление, утраченных органов и функций зубочелюстной системы, и предупреждение ухудшений со стороны тканей протезного ложа и пародонта опорных зубов, что является необходимым условием для успешной ортопедической реабилитации. Восстановление утраченных функций зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов, с помощью съемных конструкций зубных протезов, оптимизация и снижение интенсивности атрофических процессов в костной ткани может быть решено только путём комплексного подхода. Клинические наблюдения показывают, что выраженные костные выступы, экзостозы, острые альвеолярные гребни, внутренние косые линии, покрытые истонченной слизистой оболочкой, наличие зон протезного ложа с большой разницей в степени податливости слизистой оболочки, вызывают болезненные ощущения, балансирование протезов и другие проблемы при адаптации и ухудшают процесс ортопедической реабилитации. Применение в данных случаях эластичных полимеров улучшает степень фиксации и стабилизации ортопедических конструкций, препятствует возникновению воспалительных процессов, способствует скорейшему привыканию.

**Цель исследования** - повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов с воспалительными заболеваниями пародонта съемными протезами.

**Материалы и методы.** В клинике ортопедической стоматологии было обследовано и проведено лечение по поводу частичного отсутствия зубов съемными конструкциями протезов на верхней и на нижней челюстях у больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Пациенты были разделены на 3 группы по 20 человек, пациентам 1 группы было изготовлено съемных пластиночных протезов с кламерной фиксацией из акриловых полимеров, пациентам 2 группы - протезы из безакриловых литевых термопластических полимеров, пациентам 3 группы - модифицированные конструкции комбинированного дугового протеза с эластичным полимером. Каждому обследуемому трех групп был проведен осмотр полости рта, тканей протезного ложа, состояния зубных протезов, оценка субъективных ощущений пациентов и характеристика пациентов о

результатах и качестве протезов и лечения на основании метода анкетирования. Данные обследования были внесены в разработанные индивидуальные карты опроса и осмотра. Также всем пациентам было проведено определение жевательной эффективности с помощью динамической функциональной пробы. Наблюдение за ортопедическими пациентами осуществлялось в течение 12 месяцев после изготовления постоянной съемной ортопедической конструкции.

**Результаты и выводы.** По полученным данным проведенного исследования, оценки эффективности ортопедического лечения на основании ощущений пациентов, установлено, что в ближайшее время после протезирования, в группе пациентов, пользующихся модифицированными конструкциями комбинированного дугового протеза с эластичным полимером, отмечается высокая удовлетворенность качеством ортопедического лечения. Пациенты, отмечали преимущество ортопедической конструкции с эластичным полимером в плане адаптации к протезу, тогда как при использовании других ортопедических конструкции не все пациенты были удовлетворены качеством ортопедического лечения.

Лучшие показатели возможности пережевывания любой пищи были также у пациентов третьей группы: тогда как во второй группе и первой группе эти показатели были значительно снижены на протяжении всего периода обследования. Согласно результатам исследования жевательной эффективности на основании проведенной жевательной пробы, через 12 месяцев у исследуемых первой и второй группы наблюдалось сохранение жевательной эффективности, но эти показатели были намного меньше, чем у пациентов, пользующихся модифицированной конструкцией комбинированного дугового протеза с эластичным полимером.

Таким образом, на основании полученных результатов исследования был сделан вывод, что применение эластичного полимера в съемном протезировании полностью восстанавливает нарушенную жевательную функцию зубочелюстной системы, способствует скорейшей адаптации пациентов к ортопедической конструкции. Предотвращает развитие воспалительных процессов в области пародонта опорных зубов, улучшает фиксирующие свойства протезов. Функциональная эффективность применения модифицированной конструкций комбинированного дугового протеза с эластичным полимером при частичном отсутствии зубов с воспалительными заболеваниями пародонта способствует эффективной ортопедической реабилитации.

**COVID-19 В СТОМАТОЛОГИИ: ВЫЯВЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА**

**Беленова И.А., Хрячков В.И., Бекжанова О.Е., Васильева М.С.,  
Кудрявцев О.А., Проценко Н.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, институт стоматологии  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

Применение средств индивидуальной защиты в период пандемии короновирусной инфекции не может гарантировать 100% защиту инфицирования и, как следствие, распространения COVID 19. Предотвратить распространение инфекции возможно только предиктивным выявлением инфицированных, что возможно во время стоматологического приёма, так как доклинические признаки инфекции имеют специфические проявления в полости рта.

Изменения в полости рта - изменения, которые наблюдаются в полости рта в период заболевания, зависят от реактивности организма и тропности вируса к определенным системам и тканям. На ранних стадиях короновирусной инфекции (при отсутствии явных клинических признаков) пациенты жалуются на периодический или постоянный дискомфорт, особенно на слизистую оболочку полости рта (СОПР) и раздражение языка. В период эпидемии эти признаки могут быть доклиническими проявлениями короновирусной инфекции. Уже в начале заболевания развивается катаральный стоматит с ярко выраженной гиперемией, парестезиями, жжением СОПР.

В этот период часто обостряются болезни пародонта, возникают высыпания рецидивирующего герпеса, иногда развивается неврит тройничного или лицевого нервов. Под конец заболевания, как проявление образовавшегося иммунодефицита, возможно развитие острого герпетического стоматита или кандидоза.

Больные с парестезиями СОПР и языка жалуются на потерю чувства вкуса. В этих случаях жалуются на металлический вкус, жжение во рту. Изредка наблюдается небольшая гиперемия, отечность, побледнение слизистых оболочек, небольшая атрофия сосочков языка. Слюна пациентов мутная, вязкая, иногда пенящаяся, молочного цвета.

**Цель исследования** – предотвращение распространения инфекции COVID 19 путём выявления ранних стоматологических проявлений у инфицированных пациентов.

**Материалы и методы.** Основой для получения научных данных, согласно цели и задачам исследования, являлся контингент из 345 человек, из них 172 (50,7%) женщины и 173 (49,3%) мужчины. Для проведения исследований выбирались лица в возрасте 18-44 лет (то есть с завершившейся

минерализацией твердых тканей зубов), имеющие минимум 20 естественных зубов с сохраненной коронкой, не подвергавшиеся воздействию производственных вредностей и без выраженной сопутствующей патологии с диагностированной инфекцией COVID 19. В процессе работы нами был сформирован комплекс методов исследования, регистрирующий основные стоматологические проявления COVID 19: сбор анамнестических данных; визуальное обследование твердых тканей зуба; определение водородного показателя ротовой жидкости; определение кариесогенности зубного налета; определение индекса КПУ; определение индекса CPITN; определение гигиенического состояния полости рта по методу Грина-Вермильона; определение КОСРЭ-теста; метод клинической макростохимии тканей десны по А.А.Кунину; бактериоскопия налета с языка и щек, содержимого зубодесневой борозды; цитология мазка-отпечатка слизистой оболочки полости рта; электрометрические исследования твердых тканей зуба; метод определения неудовлетворительного пломбирования путем окрашивания эмали на границе с пломбировочным материалом 2% раствором метиленового синего; клиническая оценка качества пломбы по методу Д.М. Каральника. Методы статистической обработки: Statistika 6.0, SPSS-11. Для всех видов анализа проводилась оценка репрезентативности полученных результатов. При проверке статистических гипотез значимыми считались различия при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и выводы.** Проспективные клинические наблюдения 345 пациентов с положительным тестом SARS-COV-2 и с бессимптомным течением позволили выявить ряд закономерностей и корреляционных зависимостей. Наличие сахарного диабета и глоссадении у обследуемых пациентов исключены. При этом выявлены следующие жалобы на ранних стадиях коронавирусной инфекции (при отсутствии явных клинических признаков): периодический или постоянный дискомфорт в полости рта (89%); саднение и жжение слизистой оболочки рта (100%); раздражение языка (83%); потеря вкусовой чувствительности и обоняния (60%); дисгевзия - извращенное вкусовое ощущение (к примеру, металлический привкус) (54%); дисосмия - изменённое обоняние (82%); дизестезия - чувство жжения или покалывания во рту (68%). Уже в начале заболевания развивается катаральный стоматит с ярко выраженной гиперемией, наличие афт, язв (67%); симптоматический гингивит (100%); кровоточивостью десен, причинная, а затем, и спонтанная (92%); парестезии, гиперестезии, жжение СОПР (89%). В этот период часто обостряются и приобретают абсцедирующую форму болезни пародонта. К одному из симптомов коронавирусной инфекции врачи стали относить высыпание на коже, в 17% случаев высыпания локализовались на коже лица.

Таким образом, выявление в период пандемии энантемных или экзантемных элементов поражения, дискомфорта в полости рта, может являться прогностическим критерием «входного фильтра» для идентификации пациентов, инфицированных коронавирусной инфекцией и считаться COVID-индикаторами (маркерами).

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА В СОВРЕМЕННОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ: ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕНТАБЕЛЬНЫЕ  
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ**

**Беленова И.А., Бекжанова О.Е., Хрячков В.И., Васильева М.С.,  
Кудрявцев О.А., Проценко Н.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, институт стоматологии  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

Основными задачами профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Основным результатом индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний должно явиться оздоровление населения страны, через осознание роли и значимости гигиенических процедур, повышения уровня стоматологических знаний, выработки мотивации сохранения здоровья зубов. На наш взгляд, проведение профилактических мероприятий требует индивидуального подхода, учитывающего общие заболевания (например, такие как желудочно-кишечная патология) и особенности стоматологического статуса пациентов.

**Цель исследования** - повышение эффективности профилактики кариеса зубов у взрослых путем создания индивидуальных организационных и методических принципов по предупреждению кариеса и реализации их на практике.

**Материал и методы.** Основой для получения научных данных, согласно цели и задачам исследования, являлся контингент из 300 человек, из них 152 (50,7%) женщины и 148 (49,3%) мужчины. Для проведения исследований выбирались лица в возрасте 18-44 лет (то есть с завершившейся минерализацией твердых тканей зубов), имеющие минимум 20 естественных зубов с сохраненной коронкой, не подвергавшиеся воздействию производственных вредностей и без выраженной сопутствующей патологии. В исследованиях принимали участие пациенты, не имеющие общей патологии или пациенты, имеющие начальные проявления некоторых заболеваний (гастриты, колиты, дискинезии легкой степени, начальная стадия ишемической болезни сердца, выявляемая при ЭКГ, начальные стадии гипертонической болезни и т.д.), но на момент обследования либо отсутствовали выраженные изменения, либо выявленные изменения находились в пределах возрастной нормы, и в том и в другом случаях болезнь регистрировалась в стадии ремиссии. Включение в работу пациентов с имеющимися отклонениями в здоровье позволило максимально приблизить условия исследований к имеющим место на стоматологическом приеме, а также объективно оценить

влияние индивидуальных показателей пациента на его стоматологический статус и эффективность массовой и индивидуальной профилактики.

В группе сравнения, после беседы с пациентом и проведения профессиональной гигиены полости рта, пациентами осуществлялись методы массовой профилактики, основанные на средствах массовой информации, а также, им проводились исследования для сравнения результатов. В группе исследования проводились разработанные нами индивидуальные профилактические мероприятия по предупреждению кариеса.

В процессе работы нами был сформирован комплекс методов исследования, регистрирующий основные кариесогенные факторы и прогнозирующие возникновение кариозного процесса включающий: сбор анамнестических данных; визуальное обследование твердых тканей зуба; определение водородного показателя ротовой жидкости; определение кариесогенности зубного налета; определение индекса КПУ; определение индекса СРITN; определение гигиенического состояния полости рта по методу Грина-Вермильона; определение КОСРЭ-теста; метод клинической макрогистохимии тканей десны по А.А. Кунину; бактериоскопия налета с языка и щек, содержимого зубодесневой борозды; цитология мазка-отпечатка слизистой оболочки полости рта; электрометрические исследования твердых тканей зуба; метод определения неудовлетворительного пломбирования путем окрашивания эмали на границе с пломбировочным материалом 2% раствором метиленового синего; клиническая оценка качества пломбы по методу Д.М. Каральника. Методы статистической обработки: Statistika 6.0, SPSS-11. Для всех видов анализа проводилась оценка репрезентативности полученных результатов. При проверке статистических гипотез значимыми считались различия при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и выводы.** Проведенное клиническое обследование позволило проследить закономерности, происходящие в поверхностных слоях эмали после проведения лечебно-профилактических мероприятий и провести сравнительную оценку эффективности индивидуальных мер профилактики в постоянном прикусе.

Предварительно проведенное обследование пациентов и поиск путей реализации намеченных цели и задач исследования выявили необходимость создания новой интегрированной системы выявления, лечения и последующего наблюдения кариесвосприимчивых лиц. Решением этой проблемы, на наш взгляд, является внедрение в современную стоматологию целенаправленного модифицированного метода диспансеризации кариесподверженных пациентов, который должен осуществляться по 3<sup>х</sup>-этапному принципу. 1 этап – диспансерный отбор - выявление кариесподверженных лиц, подлежащих диспансерному учету; 2 этап - диспансерный учет - учет больных, подлежащих диспансерному наблюдению; 3 этап - диспансерное наблюдение - проведение индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий и динамическое наблюдение за их эффективностью.

Выявление кариесвосприимчивого контингента на этапе диспансерного

отбора подтвердило ранее проведенные исследования и данные литературных источников о значительной распространенности кариеса. Из 2673 пациентов 11,1% (297 человек) нуждались в первичной профилактике кариеса, 88,9% (2376 человек) – во вторичной. Таким образом, у всех осмотренных пациентов существовала необходимость в профилактических мероприятиях по предупреждению кариеса. Однако, 2054 человека (76,8%) отказались от участия в программе профилактики кариеса по разным причинам, и лишь у 23,2% пациентов (619 человек) было желание участвовать в предложенной программе. Причем, из этих 619 пациентов 419 человек (67,7%), т.е. 2/3 от всего количества, дали свое согласие на проведение им профилактических мероприятий только после беседы со специалистом в Центре индивидуальной профилактики кариеса. Отсюда следует, что не перестала быть актуальной санитарно-просветительная работа, которая может быть эффективной только при целенаправленном ее внедрении в работу специализированных структур и проведении ее специально подготовленным, высокопрофессиональным сотрудником, занимающимся непосредственно проблемой профилактики кариеса. Таким образом, эффективность первого этапа диспансеризации кариесвосприимчивых пациентов, равное процентному отношению числа пациентов, отобранных при осмотре (619 человек) к общему числу осмотренных (2673 пациента), составила 23,2%. Тем не менее, полнота охвата выявленных кариесвосприимчивых пациентов диспансерным учетом (процентное отношение числа кариесвосприимчивых пациентов, поставленных на диспансерный учет (300 человек), общему числу больных с выявленными кариесогенными факторами (619 человек)) равнялась 48,5%. Следует отметить, что из всей массы выявленных кариесвосприимчивых пациентов мы не могли поставить на учет 307 человек (11,5%), которые имели серьезные соматические заболевания и назначенной лечащим врачом постоянной поддерживающей медикаментозной терапией. Общий статус этих пациентов является ограничением для участия в данном исследовании, хотя не может быть противопоказанием для участия этого контингента больных в программе индивидуальной профилактики кариеса на стоматологическом приеме в специализированных учреждениях. Лишь 5 человек (0,8%) сменили место жительства, 4 (0,06%) отказались от диспансеризации по семейным обстоятельствам, 3 (0,05%) не явились на специализированное обследование на этапе диспансерного учета.

В результате опроса и осмотра, проведенных на первом этапе диспансеризации, были отобраны и направлены на диспансерный учет:

- пациенты со средней, высокой и очень высокой интенсивностью кариеса;
- выявленной при опросе и осмотре патологией пародонта (отек, гиперемия слизистой десны, ее кровоточивость при зондировании);
- визуально определяемой неудовлетворительной гигиеной полости рта;
- пациенты, не имеющие клинических показаний, но желающие принять участие в программе индивидуальной профилактики кариеса.

Далее отобранные пациенты поступали на второй этап диспансеризации – диспансерный учет. Во время диспансерного учета проводили комплексное обследование пациента с применением диагностических методов прогнозирования кариеса и выявления кариесогенных факторов, определенных ранее методом априорного ранжирования. Результаты целевого обследования пациентов позволили сделать вывод об эффективности диспансерного учета и определить диагностическую ошибку диспансерного отбора. На 3 этапе диспансеризации – диспансерном наблюдении, - пациентам назначали в соответствии с показаниями активную или пассивную профилактику кариеса, направленную на ликвидацию общих и местных кариесогенных факторов, контрольные осмотры. При выявлении органной патологии (по данным сбора анамнеза и/или осмотра), особенно пищеварительной системы, назначали консультации у специалистов соответствующего профиля, диету, при выявлении стоматологических заболеваний – индивидуальные консультации специалистов смежных специальностей (ортодонт, хирург, ортопед). Пациентам с декомпенсированной формой кариеса ( $KПУ \geq 10$ ), индивидуально назначали продукты богатые кальцием, бутилированную питьевую воду (минерализация не более 0,2 г/л,  $HCO_3^-$  мг/л,  $Ca^{2+}$  мг/л,  $Mg^{2+}$  мг/л,  $K^+$  мг/л, фторидов не менее 0,2 мг/л и не более 1,0 мг/л, жесткость не более 2,0 мг-экв./л). При отклонениях pH ротовой жидкости индивидуально корректировали кислотно-щелочной баланс полости рта гигиеническими средствами с разными водородными показателями. Выполнение всех индивидуальных профилактических мероприятий контролировался во время контрольных осмотров, при необходимости проводилась коррекция назначений.

В результате внедрения разработанной программы индивидуальной профилактики кариеса путем диспансеризации кариесвосприимчивых пациентов были достигнуты результаты, доказывающие ее высокую эффективность. На фоне проведения индивидуальных профилактических мероприятий наряду с повышением или понижением значения водородного показателя ротовой жидкости до нейтрального уровня ( $6,9 \leq pH \leq 7,1$ ) снижается кариесогенная активность ЗН на 59%, а также улучшается уровень гигиенического состояния полости рта в 1,4 раза, что позволяет снизить активность кариозного процесса по данным прироста  $KПУ_3$  – 0,22. В результате индивидуальной профилактики кариеса, по данным КОСРЭ–теста, повышается кариесрезистентность зубов в 8,2 раза.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДИК: ОТКРЫТЫЙ  
КЮРЕТАЖ В ПАРОДОНТОЛОГИИ**

**Беленова И.А., Сударева А.В., Комарова Ю.Н., Олейник Е.А.,  
Маркосян З.С., Проценко Н.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, институт стоматологии,  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

Одним из обязательных этапов протокола ведения пациентов с пародонтальной патологией является кюретаж пародонтального кармана, при наличии грануляций и минерализованных зубных отложений. На наш взгляд, данная процедура должна планироваться с позиций предикции возможного отягощения тяжести патологии, профилактики возможных осложнений, а применяемые медикаменты необходимо подбирать с учётом персонификации лечения.

**Целью исследования** являлось - экспериментальное подтверждение возможности сохранения физиологического состояния и омоложения пародонта с помощью остеопластических материалов и применения в протоколах профилактики и лечения пародонта гиалуроновой кислоты.

**Материалы и методы.** В ходе эксперимента изучалась динамика репаративного остеогенеза в искусственно воспроизведенных травме периодонта у кроликов, соотносимой с проводимым открытым кюретажем при хроническом пародонтите тяжёлой степени. В пародонтальный карман вносили остеопластические материалы и накладывали швы. В качестве остеопластических материалов применяли: «Клипдент», «Биопласт-дент» или без применения стимуляторов регенерации.

Основываясь на данных морфологического исследования, проводилась сравнительная характеристика результатов применения того или иного вида остеопластического материала и регенерации костно-периодонтального дефекта под кровяным сгустком.

Экспериментально-морфологическая часть работы выполнена на 30 половозрелых беспородных лабораторных кроликах с начальной массой 3,5 кг.

В зависимости от используемых остеопластических материалов и видов изучаемой патологии, все животные были разделены на 3 группы.

1-я основная группа (12 кроликов), применялся остеопластический материал биологического (ксеногенного) происхождения «Биопласт-дент».

2-я основная группа (12 кроликов), использовался препарат синтетического происхождения «Клипдент».

3-я третья контрольная группа (12 кроликов), остеопластический материал не применялся.

Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью методов математической статистики, реализованных в пакете прикладных

компьютерных программ STATISTICA 6.0 StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows. Критический уровень статистической значимости  $p$  был принят, равным 0,05. При значениях  $p < 0,05$  принималась альтернативная гипотеза о существовании различий между значениями дисперсии контрольной и основной групп.

**Результаты и выводы.** При исследовании обзорных гистологических срезов, окрашенных гематоксилином-эозином, было обнаружено, что на 14 сутки эксперимента процесс регенерации костной ткани усиливается во всех рабочих группах по сравнению с биоконтролем, опережая основной процесс восстановления на  $5,0 \pm 0,7$  дней ( $p \leq 0,05$ ): в группе 1 на  $6 \pm 0,32$  дней, группе 2 на  $5 \pm 0,27$  дней ( $p \leq 0,05$ ). При рассмотрении морфологических срезов костной ткани (применение «Биопласт-дент») процесс регенерации костной ткани усиливается по сравнению с биоконтролем на  $6 \pm 0,32$  дней ( $p \leq 0,05$ ). Наблюдается усиленная васкуляризация всего пространства перелома. Также мы можем наблюдать, что остециты формируются, и начинается процесс их погружения в костные лакуны, интенсивность окрашивания свидетельствует о повышенных обменных процессах и формировании основных тяжей костной грубоволокнистой ткани.

Использование в эксперименте «Клипдент» вызывало сходную морфологическую картину независимо от фракции основного компонента: тинкториальная плотность аморфного вещества усилена, хорошо различимы формирующиеся сосуды (до  $1/3$  уже сформированных). Скопления грубоволокнистой ткани концентрируются в оксифильно окрашенные поля, в которых, в большей степени, определяются формирующиеся остециты (до 60%) и остеокласты (не более 10%). Процесс регенерации костной ткани усиливается по сравнению с биоконтролем на  $5 \pm 0,27$  дней ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, по результатам на 14 сутки гистологическая картина клеточного фона и аморфного вещества костной ткани, архитектура микроциркуляторного русла в регенерате свидетельствуют об ускоренном заживлении и остеогенезе на срок превышающий контроль на  $5,0 \pm 0,7$  суток ( $p \leq 0,05$ ).

При изучении срезов костной ткани на 28 сутки морфологического эксперимента в группе животных «Клипдент» наблюдалось формирование основного костного вещества: остециты были погружены в костные лакуны (они преобладали во всех полях зрения и составляли не менее 70% от общего числа клеток), аморфное вещество было полностью свободным от примесей регенерации, сосуды микроциркуляции с хорошим кровенаполнением и полностью сформированы. Процесс регенерации костной ткани усиливается по сравнению с биоконтролем на  $7 \pm 0,28$  дней ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, на основании изучения процессов регенерации на 14 и 28 день, можно констатировать, что процесс регенерации костной ткани с использованием остеопластических материалов («Биопласт-дент» и «Клипдент») усиливался по сравнению с нормой и опережал ее на  $6,0 \pm 0,28$  суток ( $p \leq 0,05$ ) независимо от фракций веществ.

Также, в своем исследовании мы изучили изменение диаметра кровеносных сосудов в разных экспериментальных группах. Так, на 3-ий день эксперимента за счет выраженного полнокровия сосудов и активного воспалительного процесса диаметр кровеносных сосудов был максимальным. В основной группе 1 с материалом «Биопласт-дент» данный показатель составил  $69,7\pm 4,3$ ,  $25,9\pm 3,8$  и  $33,5\pm 3,2$  на 3-ий, 7-ой и 14-ый день соответственно. В основной группе 2 с материалом «Клипдент»  $74,4\pm 3,2$ ,  $38,2\pm 3,7$  и  $42,3\pm 3,3$  на 3-ий, 7-ой и 14-ый день соответственно. В контрольной группе этот показатель составляет  $88,2\pm 5,2$  на 3-ий день,  $66,04\pm 4,2$  на 7-ой день,  $31,2\pm 3,4$  на 14-ый день и  $57,4\pm 4,2$  на 28-ой день эксперимента. Диаметр кровеносных сосудов отражает процессы ангиогенеза при формировании соединительной ткани. В процессе регенерации начинают формироваться множественные капилляры, которые впоследствии укрупняются. В нашем исследовании самый меньший диаметр сосудов был на 7-ой день у животных основной группы 1, в которой применялся препарат «Биопласт-дент», в дальнейшем, на 14-ый день, этот показатель увеличивался. Схожая динамика у основной группы с применением «Клипдент», однако на 7-ой день показатель среднего диаметра сосудов выше, чем у группы с препаратом «Биопласт-дент». Динамика среднего диаметра сосудов в контрольной группе происходит схожим образом, но с некоторым сдвигом (задержкой) по отношению к основным группам. Так, наименьший диаметр наблюдался на 14-ый сутки, то есть грануляционная ткань формировалась позже.

Таким образом, по результатам морфологического экспериментального исследования установлено следующее:

1. На основании изучения архитектоники микроциркуляторного русла регенерация была более выражена и ускорена в среднем на  $6,0\pm 0,28$  суток ( $p\leq 0,05$ ) независимо от фракций веществ по сравнению с нормальным процессом.

2. Динамика изменения диаметра кровеносных сосудов показала, что заживление в контрольной группе протекало со значительной задержкой, заживление наступало к 28-у дню эксперимента, в отличии от основных группах, где оно завершалось к 14-у дню.

Таким образом, морфологическое исследование процесса регенерации костной ткани дает возможность сделать следующие выводы. Результаты, наблюдаемые макроскопически: скорость резорбции остеопластического материала «Биопласт-дент» сопоставима со скоростью регенерации кости, что является оптимальным показателем. Материал «Клипдент» как на 14, так и на 28 сутки эксперимента находился в неизменном виде, что говорит о длительном периоде резорбции этого синтетического материала, и значительном несоответствии этого параметра со скоростью остеорегенерации. В случае использования остеопластических материалов регенерация микроциркуляторного русла была более выражена как по качественным (зрелость кровеносных сосудов), так и по количественным (динамика изменения диаметра кровеносных сосудов) параметрам. А именно: на

основании гистологической картины микроциркуляторного русла констатировалось ускорение регенерации в среднем на  $6,0 \pm 0,28$  суток ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с нормальным процессом; на основании динамики изменения диаметра кровеносных сосудов установлено, что процесс регенерации завершился к 14 дню, в отличие от 28 при обычных условиях; на основании изучения процессов синтеза гиалуроновой кислоты процесс регенерации ускорился на  $6,0 \pm 0,18$  ( $p \leq 0,05$ ) суток. С уверенностью можно утверждать, что оба использованных остеопластических материала при внесении в искусственно воспроизведенный дефект способствуют стимуляции процессов остеорепарации, что выражается в более раннем и интенсивном прорастании дефекта сосудами микроциркуляторного русла и, в целом, построении и созревании новых костных структур.

Таким образом, на наш взгляд, усовершенствование процедуры открытого кюретажа периодонтального кармана путём предиктивного введения в протокол лечения остеоиндуктивного препарата в сочетании с профилактическими инъекциями собственной плазмы, позволяет значительно повысить эффективность лечебных мероприятий и восстановить состояние периодонта близкому к физиологическому.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ 7 ЛЕТ**

**Билял Н.М., Арипова Г.Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Данная работа показывает результаты применения съемных ортодонтических аппаратов у детей с дистальным прикусом и нарушением носового дыхания. Дистальный прикус – наиболее распространенная аномалия зубочелюстной системы на сегодняшний день. Самый благоприятный период для коррекции дистального прикуса – ранний сменный прикус. Распространенность дистального прикуса растет с увеличением возраста пациентов. Для его лечения существует большое количество ортодонтических аппаратов. Но есть вопрос взаимоотношения эффективности ортодонтического аппарата и степени выраженности дистального прикуса остается актуальным. В период коррекции молочного и сменного прикуса коррекция аномалий зубочелюстной системы наиболее эффективна. Вот почему необходимы раннее выявление и диагностика нарушений прикуса и положения зубов в возрасте 7 лет. В этом возрасте зубочелюстная система еще находится в стадии активного роста, и коррекция нарушений требует меньших усилий со стороны, как врача, так и пациента.

**Цель** - оценить и сравнить эффективность применения съемных ортодонтических аппаратов при лечении дистального прикуса у детей 7 лет с нарушением носового дыхания

**Материалы и методы.** На ортодонтическом лечении находились

пациенты, имеющие сагиттальную щель от 0 до 8мм. Проводилась сравнительная характеристика применения съемных пластиночных аппаратов, съемных двучелюстных аппаратов Миобрейс и функциональных трейнеров Т4К. Критерии включения пациентов в исследование: сменный прикус, 2 класс Энгля по молярам. Все исследуемые с дистальной окклюзией были разделены на три группы: в первую вошли пациенты, ортодонтическое лечение которым проводилось с применением миофункциональных трейнеров Т4К, во вторую – съемных пластиночных аппаратов с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть, в третью – миофункциональных трейнеров Myobrace, подобранных индивидуально по размеру резцов верхней челюсти.

В каждой группе пациенты были разделены на 3 подгруппы в зависимости от величины сагиттальной щели: 0-2 (а), 3-5 (б), 6-8 (в) мм. Обследование включало клинический осмотр, анализ контрольно-диагностических моделей челюстей и телерентгенограмм в боковой проекции.

**Результаты обсуждения.** При лечении дистального прикуса происходит коррекция сагиттальной щели. Для коррекции сагиттальной щели от 0 до 2 мм наиболее эффективно применение съемных пластиночных аппаратов с наклонной плоскостью. Наилучшая динамика коррекции сагиттальной щели от 3 до 5мм происходила у пациентов с применением функционального трейнера Миобрейс. Сагиттальная щель от 6 до 8 мм корректируется двухэтапно с применением трейнера Т4К.

**Заключение.** У пациентов с дистальной окклюзией эффективность применения ортодонтических аппаратов зависит от величины сагиттальной щели до начала лечения.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Бозорова Р., Лапасов О.А., Агзамходжаева С.С.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

**Актуальность.** Актуальность изучения базальноклеточного рака кожи продиктована тем, что данная опухоль является самой распространенной, и инцидентность в настоящее время растет. В структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%. По данным эпидемиологических исследований соотношение частоты сквамозноклеточного рака кожи (плоскоклеточного СКК/ПКК) и базальноклеточного рака кожи было иным: ранее преобладал СКК по частоте, и соотношение составляло 5:1. На сегодняшний день инцидентность БКК значительно возросла, и соотношение уже БКК к СКК составляет 2:1. Главными независимыми факторами риска возникновения БКК на сегодняшний день считаются мужской пол и возраст. Так, соотношение мужчин и женщин с БКК составляет 1,5-2:1, что соответствует полученным нами результатам.

По данным литературы в сравнении со сквамозноклеточным (плоскоклеточным ПКК/СКК), БКК подвержено относительно более молодое

население, однако по результатам нашего исследования, средний возраст больных БКК был выше, чем в группе больных СКК. Так, в среднем возникновению БКК подвержены лица в возрасте от 40 до 70 лет, однако по данным Bath-Nextall et al. инцидентность среди более молодого населения растет.

**Целью** было изучить клинические и гистологические характеристики больных базально-клеточным раком кожи для повышения точности и скорости диагностических мероприятий.

**Материалы и методы.** На основании данных анамнеза, объективного осмотра и дерматоскопии все пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу были включены 35 пациентов с клиническим диагнозом базально-клеточная карцинома (21 мужчина и 14 женщин), во вторую - 20 больных с плоскоклеточным раком кожи (10 мужчин и 10 женщин) и в третью – 16 больных актиническим кератозом (10 мужчин и 6 женщин). В четвертую группу с неверифицированным диагнозом были определены 9 пациентов (6 мужчин и 3 женщины).

**Результаты исследования.** Все пациенты – участники исследования имели схожую клиническую картину: процесс поражения кожи носил ограниченный характер и был представлен единичными эритематозными пятнами/бляшками розового цвета, с четкими границами, с локализацией на коже лица или кистей, реже – туловища. На поверхности элементов определялось незначительное шелушение. У всех пациентов жалобы на субъективные ощущения (зуд/жжение/боль) в области очага поражения отсутствовали.

Гистопатологическое исследование было проведено в дизайне ретроспективного и проспективного исследования с участием всех 80 больных. В процессе анализа гистологических препаратов было проведено изолированное («слепое») патоморфологическое исследование, по результатам которого верно верифицировать диагноз удалось в 88,75% случаев (71/80). В частности, диагноз базальноклеточный рак кожи был выставлен в 43,75% случаев (35/80), плоскоклеточный рак кожи – в 25% случаев (20/80), актинический кератоз – в 20% (16/80). У 9 пациентов диагноз, выставленный патоморфологом не соответствовал окончательному. Были выделены три основные группы исследуемых: базальноклеточный рак кожи, плоскоклеточный рак кожи и актинический кератоз.

Исследование с применением нового диагностического теста на определение базальноклеточного рака кожи было проведено проспективно. В нем принимали участие 18 пациентов 1 группы (10 мужчин и 8 женщин, средний возраст 63,5 лет) с клиническим диагнозом базальноклеточный рак кожи, 9 пациентов второй группы (6 мужчин и 3 женщины, средний возраст 61,9 лет) с клиническим диагнозом плоскоклеточный рак кожи и 6 пациентов 3 группы (3 мужчин и 3 женщины, средний возраст 59, 6лет) с клиническим диагнозом актинический кератоз.

При оценке тканевых изменений посредством дерматоскопии через 12-24 часов после орошения очага поражения жидким азотом формирование полупрозрачных/перламутровых папул по периферии очага поражения произошло у 16/18 больных 1 группы (89%). Причем у 11 пациентов (11/16, 68,75%) отмечались перламутровые папулы, у 5 – полупрозрачные (7/18, 31,25%). Во второй группе у 7 больных из 9 (78%) результат был отрицательным, в то время как у 2 – неспецифический (22%). Пациенты 3 группы показали отрицательный результат (6/6, 100%).

**Выводы.** Таким образом, специфичность теста составила 88,24%, чувствительность – 88,89%, положительная прогностическая значимость – 88,89%, отрицательная прогностическая значимость – 78,94%. По полученным данным тест можно признать валидным и практически применимым.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ

**Болтаева М.М.**

Бухарский государственный медицинский институт

**Введение.** Кариес зубов представляет большую социальную проблему и занимает основное место в структуре стоматологической заболеваемости населения. Долгое время стоматологи всех стран разрабатывают препараты для более эффективного предотвращения и уменьшения активности кариеса. Для лечения кариеса в стадии пятна широко применяются препараты для глубокого фторирования эмали. Глубокое фторирование заключается в том, что кристаллики  $\text{CaF}_2$  имеют величину всего 50 А. Благодаря этому, они хорошо проникают в поры разрыхленной эмали диаметром 100 А, создавая в них концентрацию ионов фтора приблизительно в 5 раз выше, чем фтористого кальция, образующегося при нанесении простых фторидов ( $\text{NaF}$ ). Суммарная концентрация фтора в растворе согласно реакции в 10 раз превышает концентрацию фтора, получаемого другими способами. Микрокристаллики фторидов, погруженные в гель кремниевой кислоты и тем самым защищенные от механического воздействия, создают оптимальную среду ионов фтора, обеспечивают долговременную реминерализацию, усиливая ее в 100 раз.

Примерами препаратов для глубокого фторирования эмали зубов являются глуфторэд («ВладМива») и эмаль-герметизирующий ликвид (HUMANHEMIE). Глуфторэд – первый отечественный материал для глубокого фторирования эмали и дентина. В комплект входят жидкость и суспензия. Жидкость – раствор голубого цвета, содержащий ионы меди и фтора. Суспензия – высокодисперсная гидроокись кальция в дистиллированной воде с добавлением стабилизатора. Эмаль – герметизирующий ликвид в своем составе имеет две жидкости: жидкость для первого смачивания эмали (безводный фтористый силикат магния, безводный фтористый силикат меди-2, фтористый натрий, дистиллированная вода), жидкость для второго смачивания эмали.

**Цель исследования** - оценка клинической эффективности препаратов для

глубокого фторирования, применяемых для профилактики кариеса зубов.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали студенты медицинского института, 12 человек в возрасте 20-25 лет. Оценивали состояние эмали зубов и скорость ее реминерализации. Этапы исследования: 1) очищение вестибулярной поверхности 12, 21, 22 зубов с пастой «Полиш»; 2) антисептическая обработка 3 % перекисью водорода; 3) изоляция от слюны и высушивание; 4) нанесение на вестибулярную поверхность кислотного буфера (97 мл 1 н. соляной кислоты, 50 мл 1 н. гидрохлорида калия и 53 мл дистиллированной воды, 200 мл глицерина); 5) смывание через 1 минуту и нанесение ватных шариков, пропитанных в 2 % растворе метиленового синего; 6) смывание через 1 минуту и оценка по шкале синего цвета; 7) изоляция от слюны, высушивание, нанесение на вестибулярную поверхность 12 «глюфторэда», на вестибулярную поверхность 22 «эмаль герметизирующего ликвида»; 8) оценка по шкале синего цвета на первые, вторые, третьи, четвертые сутки после нанесения реминерализующих препаратов.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Средние показатели скорости реминерализации эмали**

Сутки после окрашивания	«глюфторэд»	контроль	Эмаль герметизирующий ликвид
0	90%	90%	90%
1	70%	80%	60%
2	50%	70%	40%
3	20%	50%	0%
4	0%	30%	0%

Исходя из данных, полученных в ходе исследования, реминерализация зубов, покрытых «эмаль-герметизирующим ликвидом» (3 сутки), выше, чем зубов, покрытых «глюфторэдом» (4сутки), и выше, чем у слюны (более 4 суток).

**Выводы.** Таким образом, можно сделать вывод, что применение «эмаль-герметизирующего ликвида» эффективней предотвращает кариес зубов, чем применение «глюфторэда», что обусловлено проникновением первого в дентинные канальца и создание перегородок на глубину 200 мкм, а второго на глубине 100 мкм, причем перегородки во втором случае наблюдаются не на всем протяжении.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТАНЕЙ ЗУБОВ**

**Болгаева Ф.М.**

Бухарский государственный медицинский институт

Вопросы лечения и профилактики некариозных поражений твердых

тканей зубов занимают одно из ведущих мест в стоматологии, так как эта патология представляет собой наиболее распространенную после кариеса группу заболеваний, которые приводят к прогрессирующей убыли эмали и дентина зуба, нарушению функции жевания и снижению эстетических параметров зубов. В настоящее время все некариозные поражения делят на две большие группы: возникающие до прорезывания зубов и после прорезывания зубов. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относят эрозию эмали, клиновидный дефект, патологическое стирание.

Эрозия твердых тканей зуба (dental erosion) – это прогрессирующая убыль эмали и дентина зуба, имеющая округлую или чашеобразную форму, возникающая после прорезывания зуба. Чаще эрозией поражается не менее двух симметрично расположенных зубов. Глубина эрозии твердых тканей у зубов одной группы неодинакова и зависит в основном от времени ее появления. Клинически по глубине процесса выделяют три степени эрозии твердых тканей зуба и оценивают степень поражения по системе Eccles и Jenkins. Выбор метода лечения эрозии твердых тканей зуба зависит от активности процесса, глубины поражения и наличия сопутствующей соматической патологии у пациента.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода в лечении эрозии твердых тканей зубов различной степени тяжести.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведено комплексное лечение эрозии твердых тканей зубов II и III степени тяжести у 20 пациентов.

Комплексное лечение включало проведение общей и местной терапии с проведением отдаленных профилактических мероприятий. Пациентам с сопутствующей соматической патологией рекомендовалось проведение комплексного обследования и лечения фонового заболевания внутренних органов, способствующего прогрессированию имеющейся эрозии твердых тканей зуба, у смежных специалистов.

Проведение общей терапии заключалось в назначении пациенту для приема внутрь глицерофосфата кальция по 1,0 г 3 раза в день на 1 месяц. В случае активной стадии течения эрозии препараты назначались длительно (5-6 месяцев).

Местное лечение эрозии твердых тканей зуба включало комплекс мер, основой которых являлось проведение реминерализирующей терапии с последующим пломбированием эрозивных дефектов твердых тканей зуба.

Важным условием успешного лечения являлось исключение избыточного употребления пациентами кислых соков, фруктов и газированных напитков.

Пациенты обучались методике правильной чистки зубов с целью уменьшения воздействия механических факторов, способствующих дальнейшему развитию этой патологии.

Для гигиены полости рта пациентам рекомендовалось использование зубных паст, гелей, ополоскивателей для полости рта, содержащих минеральные вещества и фтор, снижающих повышенную чувствительность

зубов и уменьшающих абразивное воздействие на участки эрозий твердых тканей зуба.

**Результаты собственных наблюдений.** Основным методом эстетического восстановления твердых тканей зубов у пациентов с эрозией являлось пломбирование дефекта.

Однако пломбирование зубов при эрозиях часто бывает малоэффективным вследствие активности эрозивного процесса, поражающего твердые ткани зуба, что нередко приводит к нарушению краевого прилегания пломб и образованию дефекта вокруг пломбы.

В связи с этим пациентам перед пломбированием эрозии твердых тканей зуба нами проводилась реминерализующая терапия. Реминерализующая терапия включала применение препаратов для реминерализации эмали в течение 3 сеансов через день.

У пациентов с эрозией твердых тканей зуба эстетическое восстановление формы и цвета участков поражения зуба мы проводили светоотверждаемым композиционным материалом.

Современные композитные материалы обладают широкой цветовой гаммой, наличием опаса для имитации дентина, эмали и прозрачного оттенка, что позволяло добиться хорошего эстетического материала.

Лечение эрозии твердых тканей зуба проводили с применением местного обезболивания, учитывающего анатомические особенности и строение зуба, а также локализацию дефекта. Эрозия твердых тканей часто расположена близко к десневому краю, поэтому в процессе препарирования и пломбирования было необходимо провести защиту десны от механических и химических повреждений. Изоляции рабочего поля можно достичь с применением ретракционной нити или системы коффердам. Несмотря на отсутствие видимой деминерализации твердых тканей зуба и гладкую поверхность стенок полости, нами рекомендуется иссечение дентина со стенок и дна полости для обеспечения надежной адгезии и хорошего краевого прилегания реставрационного материала. Финирование эмали проводилось по типу полирования поверхности. При отсутствии условий для макромеханической фиксации пломбы при эрозиях допустимо было делать поверхность эмали более шероховатой для дополнительной ретенции материала. Состояние реставрации в отдаленные сроки зависело от выполнения врачом принципов препарирования полости и методики работы с пломбировочным материалом.

Важно отметить, что внесение и отверждение композитного материала при пломбировании эрозий следует проводить с учетом того факта, что сила его адгезии будет различной в области разных стенок: на стенках, покрытых эмалью, она будет достаточно высокой, а на придесневой стенке обеспечение адгезии и краевого прилегания материала достаточно проблематично. Поэтому при методике пломбирования необходимо максимально снизить риск дебондинга композита именно в области придесневой стенки и напряжения, возникающего в материале за счет полимеризационной усадки.

При восстановлении дефектов первый слой низко модульного композита

мы вносили на стенку, расположенную ближе к режущему краю зуба, что обеспечивало большую силу адгезии в этой области. Следующий слой реставрационного композитного материала вносили на дно полости и только затем на придесневую стенку. Такой метод внесения пломбировочного материала при восстановлении дефектов эрозии помог снизить усадку пломбировочного материала и предотвратить с течением времени появление щели в придесневой области.

Этап окончательной обработки реставрации был очень важен, так как от качества ее поверхности зависели стабильность цвета и длительность сохранения эстетических свойств реставрации.

Последующим этапом в комплексном лечении эрозии твердых тканей зуба было проведение нами курса реминерализующей терапии, состоящего из 3 сеансов с периодичностью 1 раз в 10 дней 2 раза в год.

**Заключение.** Результаты нашей работы показали, что комплексный подход в лечении эрозии твердых тканей зуба II и III степени является обоснованным и обеспечивает оптимальную эффективность лечения этой патологии. Отсутствие одного из компонентов предложенной схемы лечения или выполнение его в недостаточном объеме способствует нарушению краевого прилегания реставрации и расширению очага эрозии.

**ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИПРОЛИНА,  
ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ И ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО  
ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ТКАНИ ПАРОДОНТА ПРИ  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ У КРЫС С  
ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

**Брусенцова А.Е., Ляшев Ю.Д., Цыган Н.В.**

Курский государственный медицинский университет

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

[ylyashev@yandex.ru](mailto:ylyashev@yandex.ru)

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике, профилактике и лечении хронического генерализованного пародонтита по данным ВОЗ распространенность этого заболевания в большинстве стран мира увеличивается. При этом пародонтит не только нарушает функцию органов oro-фасциальной области, но и способствует прогрессированию различных форм соматической патологии. Одним из перспективных подходов терапии хронического генерализованного пародонтита является разработка индивидуальных методов терапии с учетом сопутствующей патологии пациента. Учитывая, что пародонтит наблюдается у лиц преимущественно взрослого и старческого возраста, у которых часто отмечаются болевые синдромы различной этиологии, вызывает интерес изучение особенностей течения пародонтита у таких пациентов.

**Цель исследования** – изучение содержания основных компонентов соединительно-тканного матрикса пародонта и прооксидантно-

антиоксидантного статуса у крыс с экспериментальным пародонитом (ЭП) и хроническим болевым синдромом (ХБС).

Эксперименты выполнены на 116 крысах-самцах Вистар, массой 180-220 г. с учетом требований нормативных документов по работе с лабораторными животными и одобрены Региональным этическим комитетом.

Экспериментальные животные были разделены на следующие группы: 1) интактная группа (8 особей), 2 группа – крысы с ХБС (18 особей), 3 группа – ложнопериорированные крысы (18 особей), 4 группа – крысы с ЭП (24 особи), 5 группа – ложнопериорированные крысы с ЭП (24 особи), 6 группа – крысы с ХБС и ЭП (24 особи). ХБС моделировали двусторонней перевязкой седалищных нервов в средней трети бедра. Ложнопериорированным животным перевязку седалищных нервов не производили. ЭП моделировали по методу, предложенному Воложиным А.И. и Виноградовой С.И. в нашей модификации наложением шелковой нити на нижние резцы на 14 дней. Моделирование ЭП ложнопериорированным крысам и животным с ХБС выполняли через 2 недели после операции. Крыс выводили из эксперимента на 7, 14 и 21 сутки после снятия нити передозировкой наркоза и проводили забор ткани пародонта для биохимического исследования. После гомогенации в ткани определяли содержание свободного и связанного оксипролина, гликозаминогликанов, продуктов перекисного окисления липидов: малонового диальдегида (МДА), ацилгидроперекисей (АГП), и активности каталазы.

При статистической обработке вычисляли средние арифметические значения и их стандартные ошибки. Так как изучаемые параметры имели нормальное распределение существенность различий средних величин оценивали по показателю Стьюдента. Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения MS Excel и Statistica 10.

Статистически значимые изменения содержания оксипролина, гликозаминогликанов, МДА, АГП и активности каталазы в ткани пародонта у крыс с ХБС или ложнопериорированных особей отсутствовали.

Наблюдалось падение содержания свободного и связанного оксипролина, гликозаминогликанов в пародонта и контрольных и ложнопериорированных животных, которым моделировали ЭП, на 7, 14 сутки и 21 эксперимента ( $p < 0,01-0,001$ ) по сравнению с интактными крысами. На протяжении всего периода эксперимента (7-21 сутки) показано увеличение концентрации МДА и АГП ( $p < 0,001$ ) и угнетение активности каталазы ( $p < 0,05-0,001$ ).

У крыс с ХБС развитие ЭП приводило к статистически достоверному уменьшению содержания оксипролина и гликозаминогликанов в ткани пародонта по сравнению с группой ЭП на 21 сутки эксперимента ( $p < 0,01$ ), а на 14 сутки – только к падению концентрации оксипролина. В этой группе также отмечено значительное накопление в ткани пародонта МДА и АГП на протяжении всего периода наблюдения (7-21 сутки) ( $p < 0,05-0,001$ ). Уменьшение активности каталазы установлено только на 14-21 сутки эксперимента ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** 1. Развитие ЭП сопровождается изменением биохимического

состава соединительно-тканного матрикса пародонта, что проявляется уменьшением содержания оксипролина и гликозаминогликанов вследствие нарушения прооксидантно-антиоксидантного баланса.

2. Моделирование ЭП у крыс с ХБС приводит к статистически выраженным биохимическим нарушениям в пародонте по сравнению с группой ЭП.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТИТА В СОЧЕТАНИИ С АНГИНОЙ СИМАНОВСКОГО-ПЛАУТА-ВЕНСАНА У ДЕТЕЙ**

**Буриева Н. А., Махсумова И. Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
burieva.nafosat@bk.ru

Одной из частых проблем общества является воспалительные заболевания слизистой оболочки ротовой полости. В медицинском словаре они носят названия язвенно-некротических стоматитов. Помимо, этого болезнь именуют язвенным гингивитом, язвенным стоматитом и язвенно-некротическим стоматитом Венсана. Последний термин считается основным в назначении диагноза. Чаще всего заболевание наблюдается у детей до трех лет, но бывают случаи, когда взрослые люди поддаются инфекции.

**Ведение.** Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) является одной из актуальных и трудных задач клинической стоматологии. Поскольку известны возбудитель язвенно-некротической ангины и стоматита в сочетании его симптоматики, механизмы развития, то комплексная терапия, как местная, так и общая может быть проведена полностью и обеспечит выздоровление. Однако эффективность лечения этого заболевания в основном определяет антибактериальная и антисептическая терапия, которая осуществляется по принципам назначений и дозировок.

**Цель** - изучить эффективность антибактериальных и антисептических препаратов при лечении стоматита в сочетании с ангиной Симановского-Плаута-Венсана.

**Методы исследования.** Исследование осуществлялось на кафедре, детской профилактике стоматологических заболеваний, под нашим наблюдением находилось 50 детей (из них 26 девочки и 24 мальчиков) в возрасте от 8 до 15 лет с диагнозом стоматит в сочетании с ангиной Симановского-Плаута-Венсана. Мы разделили исследуемых пациентов на 3 группы и назначали им общие и местные антибактериальные и антисептические препараты.

Результаты обследования пациентов до и после лечения заносили в протоколы исследования, где фиксировали жалобы, анамнез, сопутствующие заболевания, результаты ранее проводимого лечения, элементы поражения, их локализацию, размер. Всем пациентам определяли гигиеническое состояние полости рта до и после окончания курса лечения, используя индекс Грин-

Вермильона (ИГ ОНІ-S). О степени адекватности гигиенического ухода за полостью рта и выполнения пациентом наших рекомендаций судили по индексу качества ухода за полостью рта Podshadley, Halley (ИГ РНР). Всем пациентам было проведено дифференцированное комплексное лечение в клинических условиях, с обязательным включением антибактериальных и антисептических препаратов. Пациентам и их родителям были даны рекомендации по соблюдению диеты, режима сна и отдыха.

Диагностика заболевания осуществляется на основании классических методов обследования пациента. Но для своевременной и качественной диагностики необходимо понимание стадийности процессов и обилие форм заболевания.

Все пациенты были обучены методике использования, антисептического препарата- 0,01% раствора Мирамистина в домашних условиях в виде ротовых ванночек (15-20 мл) после гигиенического ухода в течение 3 минут 3 раза в день в течение 5 дней. Мирамистин — антисептическое средство широкого спектра действия.

Фурацилин-полоскания горла делают в течение 5-7 минут до 10 раз в сутки, каждый раз используя по 100 мл готового раствора.

Фурацилин — антисептическое лекарственное средство, оказывающих противомикробное действие. Активным компонентом препарата является нитрофурацол. Широко используется для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний, ускоряет процессы регенерации тканей.

Полусинтетические пенициллины в особенности- Амоксициллин и Ампициллин, широкого спектра действия. Они эффективны против наиболее вероятных возбудителей, относятся к безопасным группам антибиотиков, и все имеют пероральные формы введения.

Амоксициллин активен в отношении штаммов *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp., а также *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Klebsiella* spp.

Клавулановая кислота подавляет II, III, IV и V типы бета-лактамаз, не активна в отношении бета-лактамаз I типа, продуцируемых *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia* spp., *Acinetobacter* spp. Клавулановая кислота обладает высокой тропностью к пенициллиназам, благодаря чему образует стабильный комплекс с ферментом, что предупреждает ферментативную деградацию амоксициллина под влиянием бета-лактамаз.

Между амоксициллином и ампициллином существует перекрестная резистентность.

Ампициллин- антибиотик группы полусинтетических пенициллинов широкого спектра действия. Оказывает бактерицидное действие за счет подавления синтеза клеточной стенки бактерий.

Активен в отношении грамположительных аэробных бактерий: *Staphylococcus* spp. (за исключением штаммов, продуцирующих пенициллиназу), *Streptococcus* spp. (в т.ч. *Enterococcus* spp.), *Listeria monocytogenes*; грамотрицательных аэробных бактерий: *Neisseria gonorrhoeae*,

*Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Bordetella pertussis*, некоторых штаммов *Haemophilus influenzae*.

Разрушается под действием пенициллиназы. Кислотоустойчив.

Все пациенты были обучены методике использования антисептических и антибактериальных препаратов, в течение 5 дней. Клиническое улучшение, регистрируемое при опросе и осмотре обследуемых пациентов, оценивали по следующим признакам: противовоспалительный эффект, исчезновение морфологических элементов поражения, тенденция к заживлению раневой поверхности, сроки эпителизации элементов поражения, уменьшение количества *Candida albicans* в мазках.

**Полученные результаты.** Поскольку известен возбудитель язвенно-некротического стоматита (он возникает под влиянием фузоспириллярной инфекции - симбиоза спирохеты Венсана и веретенообразной палочки) и стоматита, а также механизм развития заболевания и его симптоматика, то комплексная терапия, как местная, так и общая (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая), была проведена полностью и обеспечила выздоровление.

Мы изучали нативный препарат, а также препараты, окрашенные по Граму, Романовскому-Гимзе и метиленовым синим (1% водный раствор). Окраска метиленовым синим производилась в течение 15 секунд, за это время препарат хорошо прокрашивался. Соскоб с языка производили предметным стеклом, а затем другим стеклом изученный материал равномерно распределяли по предметному стеклу в виде тонкого слоя. При этом все исследование занимало обычно 5-10 минут.

Однако эффективность лечения этого заболевания в основном определяет общая и местная терапия, в которую также был включен в качестве антибактериального и антисептического средства, показав высокую степень воздействия и на фузобактерии.

Ангина Симановского-Плаута-Венсана характеризуется развитием язвенно-некротического процесса на миндалинах. Вызывается фузоспириллярной инфекцией. Может преимущественно развиваться самостоятельно или протекать одновременно с язвенно-некротическим стоматитом Венсана или после него.

Для ангины Венсана характерна односторонность поражения. Способствуют ее возникновению недавно перенесенные заболевания, гиповитаминозы, алиментарная дистрофия, детские инфекции и кишечные заболевания. Способствуют развитию заболевания не санированная и неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

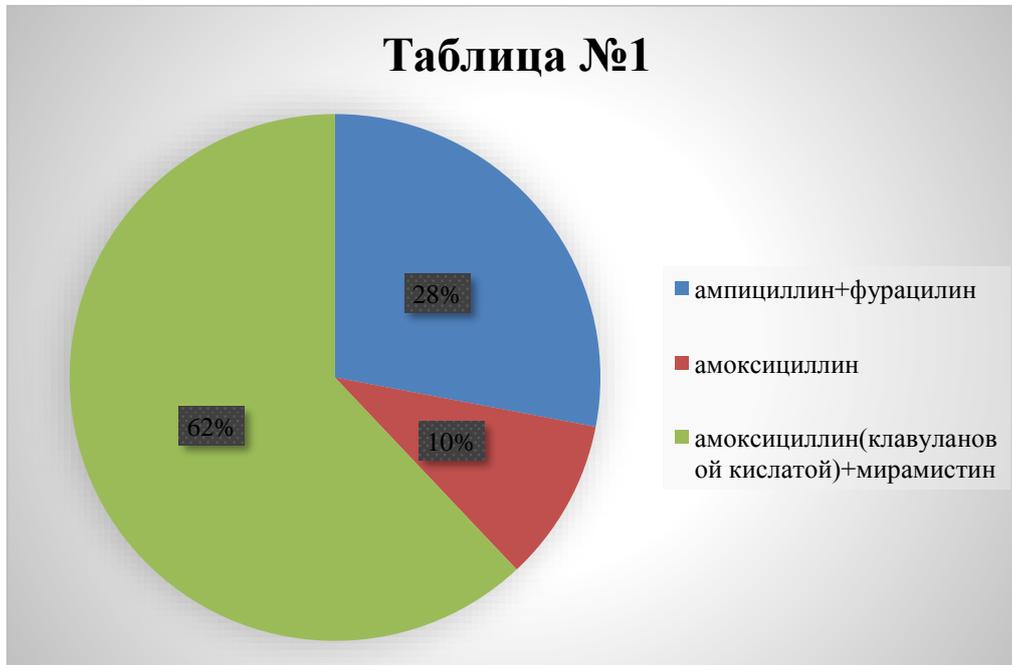
При первичном обследовании индекс гигиены ОНІ-S в среднем составил  $2,31 \pm 0,14$ ; индекс РНР -  $1,7 \pm 0,11$ . Через 5 дней после применения Амоксициллина (клавулановая кислота) +Мирамистина среднее значение индексов составило, соответственно, ОНІ-S -  $0,52 \pm 0,13$ , индекс РНР -  $0,2 \pm 0,15$ .

Анализируя данные таблицы №1, мы разделили пациентов на 3 группы и назначили отдельные антибактериальные и антисептические препараты.

Первой группе пациентов мы назначили Ампициллин, антибиотик из

пенициллинового ряда, с местным антисептическим раствором для полоскания-Фурацилин. Общее количество времени составило 5 дней.

Во второй группе мы назначили исключительно антибактериальный препарат, тоже пенициллинового ряда- Амоксициллина. Так, же на такой срок применения.



Третьей группе мы предложили комбинированный препарат амоксициллина и клавулановой кислоты - ингибитора бета-лактамаз. Действует бактерицидно, угнетает синтез бактериальной стенки. Для местного полоскания рта Мирамистин, на 5 дней включительно.

После 5-дневного лечения у всех 50 пациентов был получен определенный положительный результат терапии.

Как следует из таблицы № 1, после пятидневного курса использования антибактериальных и антисептических препаратов, были выявлены следующие изменения:

при язвенно-некротической ангине значительный терапевтический эффект получили 62 % пациентов из третьей группы. В первой группе были выявлены более низкие изменения клинической ситуации у 28 % пациентов. А во второй группе благоприятный эффект составил у 10 % пациентов.

Ни в одном случае не было зарегистрировано аллергических реакций и побочных действий при местном применении препарата Амоксициллина (клавулановая кислота) +Мирамистина.

**Выводы.** При недостаточном лечении и проведении реабилитационных мероприятий может рецидивировать и переходить в хроническую форму. Этот переход чаще наблюдается на фоне хронической соматической патологии, а также, при несанированной ротовой полости.

Эффективность лечения как изложено по данным из статьи в основном определяет правильное соотношение и дозировка антибактериальной и

антисептической терапии.

В статье приводятся особенности клинических проявлений данного заболевания в зависимости от локализации и тяжести течения. Схема лечения включает мануальные воздействия, местное медикаментозное лечение и общие мероприятия. Своевременная терапия всегда дает положительный эффект и предупреждает развитие хронических форм.

Совмещая антибактериальные и антисептические препараты при местном применении обладает достаточно эффективным противовоспалительным, противомикробным действием, воздействуя, в частности, на фузобактерии и грибковую флору, обезболивающим эффектом для симптоматической терапии острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта и может быть рекомендован в практике врача-стоматолога для применения как в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта, так и как средство самостоятельной терапии.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ СКЕЛЕТНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОПОРОЙ НА МИКРОИМПЛАНТЫ**

**Вахובהва М., Батиров Б., Даминова Н., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной ортодонтии является лечение пациентов со скелетным сужением верхней челюсти. Перекрестный прикус является одной из наиболее распространенных аномалий прикуса. Распространенность его, как сообщается, составляет от 2,7-18,2% в различных популяциях. Так, согласно данным da Silva Filho, указанная патология встречается у 0,19 % населения. Расширение челюсти часто является единственным способом исправления нарушения прикуса и положения зубов. Взрослым пациентам это делается, как правило, только путём хирургической операции. Новым является нехирургическое расширение верхней челюсти с опорой на микроимпланты.

В этой связи является актуальным проведение комплексного исследования по совершенствованию методов скелетного расширения верхней челюсти с опорой на микро импланты. Будут изучаться клинические и механические препятствия, связанные с ортопедической коррекцией пациентов и будут рассмотрены новые подходы, устраняющие эти проблемы с помощью микроимплантатов.

**Цель** - совершенствование методов скелетного расширения верхней челюсти с опорой на микроимпланты.

**Материалы и методы.** 35 детей 7-11 лет с различной степенью сужения верхней челюсти были разделены на 2 группы: 12 детей с привычным ротовым дыханием, с выраженным сужением ВЧ, у которых расстояние между небными поверхностями первых моляров ВЧ составляло менее 35мм (основная группа - ОГ); 25 детей с носовым дыханием, с достаточной шириной ВЧ (группа сравнения - ГС). Психическое и физическое развитие пациентов не отличалось

от средних характеристик. Состояние зубов не отличалось от средних показателей соответствующей возрастной группы. Все дети перед ортодонтическим лечением были санированы, что подтверждалось справкой от детского стоматолога. Способ комбинации расширения ВЧ челюсти с изменением позиции корней верхних постоянных резцов, способствует развитию носовых ходов, восстановлению носового дыхания, ускорению и повышению эффективности реабилитации детей с респираторными нарушениями при сужении ВЧ с конвергенции корней верхних постоянных резцов. Нормализация положения корней верхних постоянных резцов, формы фронтального отдела ВЧ и расширение ВЧ у детей на этапе формирования ЗЧС (9-11 лет) в достаточной мере восстанавливает размер носовой полости и стабильное носовое дыхание.

**Результаты.** Расширение ВЧ и санация носоглотки способствовали гармоничному развитию ЧЛО, что следует из показателей морфологического индекса IFM. Наблюдается улучшение состояния здоровья детей. По данным цефалометрии, площадь просвета дыхательных путей у детей ОГ после расширения ВЧ достоверно увеличилась в среднем на 11,3%, составила 49,25%, у детей ГС с нормальной шириной ВЧ - 46,2%. После расширения ВЧ и выравнивания положения корней резцов у детей основной группы при анализе ОПТГ установлено достоверное увеличение ширины резцового отдела в среднем на 5,9 мм. Цефалометрический анализ ЧЛО после расширения ВЧ у детей с нарушением носового дыхания в возрасте 9-11 лет показывают гармоничное развитие профиля и вертикальных параметров лица в отдаленные сроки (12-15 лет). У детей с сужением ВЧ, которые в 12-15 лет обратились впервые, цефалометрические параметры свидетельствуют о нарушении гармонии развития лицевого скелета.

**Выводы.** По данным исследований, частота сужения ВЧ среди детей составляет от 55% до 63,2% от общего числа ЗЧА. С периода временного прикуса и началом смены зубов, отмечается отрицательное влияние сужения ВЧ на развитие ЗЧС и организма в целом, однако большинство врачей предпочитают лечение в прикусе постоянных зубов.

**КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОВРЕМЕННЫХ  
СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АМАЛЬГАМЕ:  
ЗАПАДНОЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ**

**Волгин М.А., Йоме Э.П., Кильбасса А.М.**  
Дунайский частный университет, Кремс, Австрия

Разработка и внедрение обычных стеклоинономерных цементах (СИЦ) в середине 1970-х годов были обусловлены поиском альтернативного решения замены стоматологической амальгамы (СА) как непосредственного реставрационного материала первого выбора в области моляров.

К сожалению, как общее качество, так и клиническая долговечность этих

реставрационных материалов оказались ниже ожидаемых, что привело к настороженным оценкам специалистами пломбировочных материалов, относящихся к СИЦ. Появление на стоматологическом рынке высоковязких стеклоиономерных цементов (ввСИЦ), например, Фуджи IX Экстра ДжиПи (Fuji IX GP Extra), который в улучшенном виде был вновь представлен в 2007 году под торговой маркой Эквиа Фил (EquiaFil), а также гибридного СИЦ, разработанного в 2015 году, значительно улучшили ситуацию.

Данные разработки возобновили надежду стоматологов заменить СА. Перспективность этой гипотезы была подтверждена несколькими внутригрупповыми сравнениями (ВС) материалов различных производителей, а также рандомизированными контролируемые исследованиями (РКИ), которые продемонстрировали многообещающие начальные результаты использования Эквиа Фил (EquiaFil). Несмотря на полученные данные, до сих пор в доступной авторам статьи литературе нет окончательного обзора, касающегося этого материала, а потенциальный анализ имеющихся клинических данных требует подтверждения. Предлагаемая работа посвящена вопросу использованию ввСИЦ, укрепленных композитными смолами (КС) в качестве возможной клинической альтернативы для других прямых реставраций.

**Цели.** Первая цель состоит в том, чтобы представить современное состояние знаний о ввСИЦ, укрепленных КС, которые в настоящее время используются в полостях I и II классов. Вторая цель – исследовать абразивный износ ввСИЦ и гибридных СИЦ, укрепленных КС по сравнению с обычными СИЦ (KetacFil; 3M Espe, Seefeld, Германия).

Определяя возможные отличия, было предположено, что: а) стирание ввСИЦ или гибридных СИЦ, укрепленных КС, не будет существенно отличаться от других обычных материалов ( $H_0-1$ ); б) на абразивный износ не будет влиять рекомендуемое клеевое покрытие ( $H_0-2$ ) после стандартного тестирования с помощью жевательного тренажера. Эти нулевые гипотезы были проверены относительно альтернативных гипотез разности ( $H_A$ ).

**Объекты и способы.** Чтобы оценить данные, имеющиеся в специальной литературе касательно этого терапевтического подхода и сосредоточиться, в частности, на клинической эффективности комбинации ввСИЦ, укрепленных КС, была разработана стратегия воспроизводимого поиска, включавшего базы данных Кокрановской библиотеки, Ebsco, Embase, PubMed и Scopus. В качестве основных поисковых терминов использовались "стеклоиономерные цементы", "EQUIA", "композитная смола", "амальгама". Основной целью являлся скрининг РКИ. Таким образом, ожидаемые исследования, включающие в себя контрольные группы, сфокусированы на клинических показателях, которые считались релевантными для текущей системной оценки.

Критерии отбора включали все доступные РКИ, сосредоточенные на ввСИЦ и ввСИЦ, укрепленных КС, опубликованные в виде полнотекстовых статей или рефератов до декабря 2020 г. Кроме того, были включены ВИ с использованием в качестве реставрационного материала ввСИЦ, укрепленных

КС. Сбор и анализ данных проводились путем отбора научных публикаций, извлечения данных и оценки качества полнотекстовых документов в соответствии с Оксфордской шкалой.

Второй целью этого исследования была оценка объемного абразивного износа такого ввСИЦ как Эквиа Фил (hvGIC; EquiaFil) и гибридного СИЦ Эквиа Форте, рекомендованного как альтернатива амальгаме.

Оба материала были применены с или без соответствующих смоляных покрытий и сравнивались с обычным СИЦ (KetacFil), а также гибридной КС (CR; G-ænialPosterior). Для этих целей 78 акриловых вторых моляров нижней челюсти (ANA-4; Frasco, Tettnang, Германия) со стандартизированной окклюзионной полостью класса I (расположена в центре, с мезиодистальным диаметром 6,5 мм, щечно-язычным диаметром 3,5 мм и глубиной 3,5 мм).

Полости образцов были разделены на шесть групп. Впоследствии 54 искусственные полости были восстановлены с помощью материала EquiaFil (GC; n = 26) или EquiaForte (GC; n = 26) каждая, тогда как другая половина была реставрирована этими же материалами с использованием покрытия EquiaCoat (GC; n=13) или EquiaForteCoat (GC; n=13) соответственно. Оставшиеся пломбы, изготовленные из ввСИЦ и гибридного СИЦ, остались без покрытия (n = 13 каждая). 26 стандартизированных полостей были заполнены KetacFil (3MEspe; n = 13) или G-ænialPosterior (GC; n = 13). До и после моделирования жевания (30 000 циклов при 40 N) каждый образец прошел процедуру оптического сканирования (Omnicam). Далее был зафиксирован сравнительно общий износ с помощью флуоресцентной идентификационной техники (OraCheck), и отличия ( $\alpha=5\%$ ) между группами сравнили с помощью MANOVA.

**Результаты.** В первой части проводимого исследования поиск в PubMed привел к 60 клиническим отчетам, Embase и Scopus предоставил по 19 публикаций соответственно, тогда как поиск в Ebsco привел к 5 отчетам, а в Кокрановской библиотеке были найдены 2 статьи. Кроме того, было найдено 12 тезисов, сообщающих о промежуточных результатах исследований. 2 работы, в которых сообщалось о ВИ, были найдены методом ручного поиска. Также было найдено 7 дополнительных тезисов, сообщающих о 2 РКИ, находящихся в процессе выполнения, в результате чего в общей сложности было проанализировано 124 публикации. После тщательного анализа из общей выборки было исключено 99 документов, из которых также были удалены публикации с промежуточными результатами. Для дальнейшего анализа в общей сложности было отобрано 5 полнотекстовых статей и 2 реферата. Скрининг, а также изучение данных и оценка полных отчетов по трем Оксфордским критериям (1 – рандомизация; 2 – ослепление; 3 – отчет об анализе показателей отсева), привели к 2 РКИ. В общей сложности в 7 исследованиях сообщалось об около 500 обработанных полостях класса I.

Все исследования, за исключением одного (включая ВИ), свидетельствовали о высоких показателях стойкости до 100% при использовании ввСИЦ (hvGIC/RC) даже через пять и шесть лет. Включенные

РКИ сравнивали комбинацию ввСИЦ/КС либо со стеклоиономерами, либо с КС, и эти сравнения не выявили никаких существенных различий в период 2-5 лет. При этом значительные различия наблюдались между показателями ввСИЦ и обычными СИЦ, а также между ввСИЦ, укрепленных КС, через шесть лет. В общей сложности из семи публикаций в шести было исследовано около 800 полостей II класса. Как и в случае с реставрациями класса I, уровень стойкости был высоким во всех исследованиях и составил примерно 90% через четыре года. При этом включенные РКИ не выявили никаких существенных различий между реставрациями ввСИЦ и ввСИЦ, укрепленных КС, и соответствующими контрольными группами.

Исследования показали, что существовала четкая тенденция к разрушению объемных реставраций класса II из их краевых валиков, что приводило к потребности в их замене. Во второй части этого исследования данные были нормально распределены. Поскольку индентор первоначально размещался в центре поверхности образца, эта область постоянно подвергалась наибольшей повторяющейся нагрузке при моделировании жевательных движений, что приводило к значительному механическому износу центральной контактной поверхности. Отслаивание и макроскопически видимые дефекты поверхности были обнаружены исключительно с помощью обычных образцов СИЦ.

Среднее ( $\pm$ SD) стирание на основе реставрационного материала испытуемого полимерного композита было незначительным ( $0,07 \pm 0,02$  мм<sup>3</sup>). В отличие от этого, обычный СИЦ неэффективен по потере износа ( $12,73 \pm 4,81$  мм<sup>3</sup>) и выявил самые высокие показатели износа среди всех исследуемых материалов ( $p < 0,0001$ ). В группах ввСИЦ ( $5,34 \pm 2,06$  мм<sup>3</sup>) и ввСИЦ, укрепленных КС ( $5,90 \pm 1,36$  мм<sup>3</sup>), абразивные потери были сопоставимыми ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Обобщая имеющиеся данные о применении ввСИЦ и ввСИЦ, укрепленных КС, был сделан вывод, что общее количество успешно зарегистрированных случаев (во всех исследованиях и с периодами наблюдения до шести лет) было высоким, что свидетельствует о том, что комбинация ввСИЦ, укрепленных КС, представленная в текущем обзоре, заслуживает дальнейших наблюдений для постоянных реставраций класса I и небольших полостей класса II. Хотя качество проведенных исследований считалось высоким, следует подчеркнуть, что первичные подтверждающие научные доказательства должны быть доступны внедрению новых материалов или методов в клиническую стоматологию. Касательно абразивного износа, то значительное снижение производительности обычных СИЦ в сравнении с ввСИЦ и ввСИЦ (с покрытием или без покрытия) получило клиническое подтверждение. Было установлено, что смоляное покрытие современного СИЦ не является эффективной защитой от абразивного износа в краткосрочной или среднесрочной перспективе, а полученные нами результаты свидетельствуют о том, что как ввСИЦ, так и гибридные СИЦ восприимчивы к абразивному износу. Таким образом, их клиническое использование не должно подвергаться

резкой критике, при этом применение таких материалов должно быть ограничено – особенно, если ожидается, что их биологическая активность будет полезна в тех случаях, когда высокая прочность на сжатие и изгиб не считается обязательной, а также где можно избежать абразивного напряжения.

### НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Гайбуллаев О.У., Зухуржанова З., Гапурова Г.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Немедицинское употребление отпускаемых по рецепту лекарств, обычно определяемое как употребление без рецепта или использование по причинам, отличным от тех, для которых предназначено лекарство, является глобальной проблемой, в первую очередь вызванной высоким и растущим явлением немедицинского использования опиоидов, отпускаемых по рецепту, среди молодежи. Лекарства, отпускаемые по рецепту, являются законными и, следовательно, более доступны, чем большинство незаконных наркотиков.

По статистике МВД РУз за 2020 год в Узбекистане 5889 молодых граждан состоят на учете в качестве потребителей сильнодействующих препаратов и наркотических веществ. Основная часть этих граждан зарегистрирована в Андижанской области – 1232 человека, Ферганской области – 1093 и Ташкенте – 1188. Также за последние четыре года по незаконному обороту сильнодействующих препаратов и психотропных веществ, в 2016 году была пресечена незаконная продажа 58 тысяч единиц «аптечных наркотиков», в 2017-м – 62,5 тысячи, в 2018-м – 128 тысяч, в 2019-м – 365,3 тысячи. За восемь месяцев 2020 года изъято 191,1 тысячи таблеток трамадола и тропикамида.

Так же по статистике МВД РУз, наблюдается тенденция отказа потребителей наркотиков среди молодежи от «традиционных» наркотических веществ в пользу сильнодействующих препаратов и психотропных средств, под воздействием которых все чаще совершают особо тяжкие преступления.

**Целью** данного исследования является обзор и анализ статистических данных по приему и реализации ПАВ, реализуемых на рынке РУз.

**Методы исследования** - анализ и обзор статистических методов исследования.

**Результаты исследования.** Нами было проанализировано более 300 статистических данных по приему ПАВ, и было выявлены наиболее часто используемые препараты.

Самыми часто употребляемыми лекарственными средствами реализуемые на территории РУз являются:

Лирика – средство для лечения эпилепсии, которое по воздействию на организм напоминает метадон и героин. Частота циркуляции препарата в кольце приёма реализации составляет порядка 57 %.

Тропикамид – это капли для глаз, снимающие воспаление и временно

расширяющие зрачки (применяются во время диагностики). Хаотичный прием приводит к эйфории и зрительным галлюцинациям. Препарат способен усилить действие других наркотиков, поэтому часто используется в связке с кокаином, героином, ЛСД, гашишем. Частота реализации составляет 22%

Нурофен плюс – это препарат для очистки легких и устранения сухого и мокрого кашля. Наркотическое действие на организм связано с тем, что в составе содержится кодеин. Частота реализации составляет 16%

Трамадол – это обезболивающее средство, используемое во время обследования организма или в ходе реабилитации после тяжелых травм. Препарат вызывает расслабление, повышает креативность, дарит радость. Частота реализации 4%

Немедицинское использование заслуживает особого внимания, учитывая высокий потенциал злоупотребления и многочисленные последствия для здоровья, которые варьируются в зависимости от препарата. Немедицинское использование отпускаемых по рецепту стимуляторов может привести к нарушению сердечного ритма, гипертонии, недостаточности сердечно-сосудистой системы, инсульту и судорогам, в то время как немедицинское использование отпускаемых по рецепту опиоидов может вызвать угнетение дыхания и передозировку.

Немедицинское употребление стимуляторов и отпускаемых по рецепту опиоидов среди подростков и молодых людей также было связано с более частым вредным употреблением других веществ, сообщениями о психиатрических симптомах, психических расстройствах и суицидальных мыслях.

Несмотря на неоспоримую обеспокоенность во всем мире, важно отметить вариабельность распространенности/моделей немедицинского использования рецептурных препаратов среди молодежи.

Триггерным фактором повышения популярности употребления вышеперечисленных лекарственных средств не по медицинскому назначению послужило ослабление контроля над аптеками уничтожение рынка трамадола рост потребления «аптечных наркотиков». Наркоманы искали замену трамадолу, и очень обрадовались, когда получили легкий доступ к таблеткам и тропикамиду. Информация об этих веществах быстро распространилась по городу.

Прегабалин, тропикамид и залеплон являются рецептурными препаратами. Они были включены в приказ Минздрава от 22 октября 2018 года №50, в связи с чем их отпуск должен осуществляться строго по рецепту врача.

Более широкое «общественное признание» использования этих лекарств (по сравнению с запрещенными веществами) и неправильное представление о том, что они «безопасны», могут быть факторами, способствующими их неправильному использованию. Следовательно, основной целью вмешательства является широкая общественность, включая родителей и молодежь, которые должны быть лучше информированы о негативных последствиях совместного использования с другими лекарствами,

прописанными для лечения их собственных заболеваний. Не менее важно улучшить подготовку практикующих врачей и их персонала, чтобы лучше распознавать пациентов с потенциальным риском развития немедицинского использования и рассматривать потенциальные альтернативные методы лечения, а также внимательно следить за лекарствами, которые они выписывают этим пациентам.

**Заключение.** Злоупотребление лекарствами, отпускаемыми по рецепту, может иметь серьезные медицинские последствия. Рост случаев злоупотребления рецептурными препаратами за последние 15 лет отражается в увеличении количества посещений отделений неотложной помощи, смертей от передозировок, связанных с рецептурными препаратами и госпитализаций по поводу расстройств, связанных с употреблением рецептурных препаратов, наиболее тяжелой формой которых является зависимость.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА**

**Гафуров З.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии является лечение пациентов с переломами средней зоны лица. Число пациентов с переломами средней зоны лица неуклонно растет с 3,2% в 1959 году (Qiao IL, 1959) до 20-25% в 2000 году (Kuznetsov IA, 2000), что связано с конкретным этиологическим фактором и напрямую коррелирует с развитием современного общества, его экономическими и политическими особенностями. Подавляющее большинство пациентов с травмой в этой области являются результатом побоев. Среди пациентов с посттравматическими деформациями средней поверхности и 35% - поврежденные кости скулы-орбитальная область. Разрушение медиальной стенки орбиты является одним из наиболее частых поражений центральной зоны повреждения лицевого скелета и, по мнению различных авторов (В.П. Ипполитов, 1986; Бельченко В.А., 1987), 6-12% этот тонкий перелом кости, разделяющий орбиту и полость носа, может вызвать осложнения, связанные с пролабированием содержимого орбиты в пазуху носа, что требует решения многих патогенных, функциональных и косметических проблем.

**Цель исследования** - оптимизация метода хирургического лечения пациентов с изолированными повреждениями медиальной стенки орбиты на основе разработки малоинвазивных оперативных доступов и фиксирующих материалов для достижения оптимальных функциональных и эстетических результатов.

**Материал и методы.** Йодоформные тампоны использовались при лечении травматических повреждений медиальной стенки орбиты у 30 больных. Среди них мужчин было 25 чел. – 83,3%, женщин – 5 (16,7%), в

возрасте от 18 до 50 лет. 30 больным была проведена мультиспиральная компьютерная томография орбит в прямой проекции, у исследуемых больных на мскт были выявлены изолированные переломы медиальной стенки орбиты с пролобированием жировой клетчатки в полость носа у 15 больных; с переломами костей носа и медиальной стенки орбиты у 9 больных; с переломами скуловой кости и медиальной стенки орбиты с пролобированием жировой клетчатки в полость носа 6 больных.

**Результаты исследования.** Опыт применения йодоформенного тампона убедительно показал, что они обеспечили высокую стабильность репозиции при всех типах переломов медиальной стенки орбиты с оптимальным восстановлением анатомической структуры медиальной стенки орбиты. После проведенного хирургического лечения исследуемых больных, функциональные нарушения виде энтофтальма и диплопии глазного яблока устранены. Рентгенологические исследования всех больных свидетельствовали об устранении костного дефекта медиальной стенки орбиты.

Таким образом опыт применения йодоформенных тампонов при фиксации после репозиции перелома медиальной стенки орбиты показал:

1. Процесс восстановления больных занимает в среднем от 7 до 10 дней, в зависимости от тяжести и давности перелома медиальной стенки орбиты;

2. В послеоперационном периоде больные не испытывают косметического и эстетического дискомфорта, также исследования показали, что у 2 из исследуемых больных в послеоперационном периоде возникли осложнения в виде повышения температуры тела до 38 °С и головных болей

**Заключение.** Таким образом, использование йодоформенных тампонов при устранении переломов медиальной стенки орбиты различного генеза позволяет получить стойкие анатомические, функциональные результаты, что подтверждается рентгенологическим и функциональным результатами.

### ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЭТАПА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССМОТРЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА БОКОВЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ

**Гаффоров Ш.У., Шоикрамова Н.Ш., Хабилов Д.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Был изучен диагностический этап ортопедического лечения при рассмотрении различных способов цефалометрического анализа боковых телерентгенограмм наиболее информативных углов и измерений, характерных для высоты прикуса при обследовании 50 пациентов. Результаты обследования показали эффективность использования ТРГ при определении высоты прикуса

**Введение.** В 1956 г. R. Ricketts представил свой метод цефалометрического анализа, главной целью которого было объединить эстетические и функциональные параметры и определить направление роста лицевого скелета. Высота нижнего отдела лица определялась как угол, образованный

пересечением двух осей: ANS-Xi и Xi-Pog По данным R. Ricketts (1956), в норме угол ANS – Xi-Pog составляет  $45^\circ$ . Точка Xi определяется пересечением диагоналей прямоугольника (R1, R2, R3, R4), параллельного крыловидной вертикали [PtV] (перпендикуляр к FH, проходящий по заднему краю крылонебной ямки). Предлагаемый нами способ определения высоты прикуса по ТРГ черепа в боковой проекции с учетом анализа по Ricketts заключался в следующем: - измеряли значение фактического угла ANS-Xi-Pog; - на ТРГ черепа в боковой проекции откладывали новый угол ANS-Xi-Pog', равный  $45^\circ$ ; - далее контур НЧ вращали вокруг точки Ax (1, 2) до пересечения точки Pog с осью Xi-Pog', что приводило высоту прикуса к значению нормы по Ricketts.

**Цель работы** - использование метода телерентгенографии для улучшения ортопедического метода лечения, на этапе диагностики.

**Задачи исследования.** Изучить наиболее информативные углы и измерения, характерные для высоты прикуса и франкфуртской горизонтали на телерентгенограммах.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено обследование 50 пациентов в возрасте от 11 до 22 лет, обратившихся на лечение в отделения ТГСИ с 2020 по 2021 годы.

Все эти данные послужили материалами наших исследований. В качестве методов исследования использовались рентгеноцефалометрические методы и их статистический анализ.

Был проведен цефалометрический анализ рентген снимков всех пациентов по методу определения высоты прикуса на основе анализа по Ricketts, для практического использования.

№	Параметры вычисления	Норма
1	Высота прикуса по Ricketts	45+/-4
2	Франкфуртская горизонталь	6-9

**Результаты исследования.** Исследования высота прикуса по методу Ricketts показал, что проводимые измерения высоты прикуса по кожным точкам уступает по точности к костным ориентирам на 34%.

Исследование значений франкфуртской горизонтали и окклюзионной плоскости со значениями измерения с помощью аппарата лицевой дуги имели отклонения равные 26%

**Вывод.** Измерение высоты прикуса лучше проводить костным ориентирам. Использование телерентгенографии для изучения значений франкфуртской горизонтали и окклюзионной плоскости имеет неточность в размере 26%.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ  
ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ  
ИМПЛАНТАТЫ**

**Грищенко А.С., Рубникович С.П.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,

Минск, Республика Беларусь

[ip.arseny@gmail.com](mailto:ip.arseny@gmail.com), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru)

**Актуальность.** Традиционные полные съемные пластиночные протезы являются неприемлемыми для многих пациентов по эстетическим, функциональным и психологическим аспектам. Зачастую полная адентия сопровождается признаками психической дезадаптации, такими как высокие уровни депрессивности и реактивной тревожности, эмоциональная лабильность, пониженное настроение и повышенная раздражительность, что затрудняет процесс реабилитации и ухудшает результаты восстановления утраченных функций зубочелюстной системы. Создание оптимальной фиксации и стабилизации протеза, восстановление функций жевательно-речевого аппарата и, как следствие, повышение социальной адаптации и устранение психологических последствий полной адентии – это задача комплексной стоматологической реабилитации, которая должна решаться клиницистами.

**Цель исследования** – определить ведущие компоненты психологического профиля стоматологических пациентов с полной адентией при протезировании их традиционными полными съёмными пластиночными протезами и съёмными протезами с опорой на дентальные имплантаты.

**Материал и методы исследования.** В основу клинической части работы положены результаты обследования и лечения 64 пациентов в возрасте 45-75 лет с полной адентией верхней и нижней челюсти. В первой группе 32 обследуемым было проведено традиционное изготовление полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю и нижнюю челюсть, с соблюдением протоколов лечения пациентов с полной адентией. Во второй группе 32 пациентам были изготовлены полные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и (или) нижнюю челюсть с опорой на дентальные имплантаты. Через 12 месяцев после проведенного лечения пациенты, включенные в исследование, заполняли опросник, в котором содержались вопросы об удовлетворенности эстетикой, степени ретенции и комфорта и способности к речепроизводству и приему пищи.

Для определения ведущих компонентов психологического профиля были использованы следующие методики. Уровень депрессии определяли шкалой самооценки депрессии Цунга. Для изучения типа отношения к болезни, который влияет на эффективность проводимой терапии использовалась тестовая методика ТОБОЛ. Для изучения личностных черт невротического уровня использовали методику УН. Для выявления акцентуаций характера и поведения использовали методику Леонгарда-Шмицка. Для диагностики психических состояний и свойств личности был использован Фрайбургский

личностный опросник. Для измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях использовалась Шкала психологического стресса PSM-25. Психодиагностику проводили на момент обращения пациента, а также через 12 месяцев после проведенного лечения.

**Результаты исследования.** Данные, полученные с использованием шкалы самооценки депрессии Цунга, указывают на наличие легкой депрессии невротического или ситуативного генеза у 74% пациентов с полной адентией обеих челюстей. После проведенного лечения для обследуемых второй группы отмечалось достоверное снижение показателей депрессии ( $p < 0,05$ ), у 25 из 32 больных отсутствовали депрессивные симптомы. Изучение показателей депрессии у пациентов первой группы не показало статистически значимого уменьшения выраженности депрессивных симптомов ( $p > 0,05$ ).

Изучение типа отношения к болезни у пациентов с расстройствами ВНЧС показало, что наиболее часто встречаются тревожные (27%) ипохондрические (24%) и неврастенические (19%) формы фиксации. Гармоничный тип реагирования отмечался у 17 из 62 обследуемых.

Сравнение уровня невротизации до и после лечения указывает на повышенный и высокий уровни значений у 47% пациентов с полной адентией обеих челюстей. После проведенного стоматологического лечения статистически достоверно снижено среднее значение уровня невротизации во второй группе ( $p < 0,05$ ): высокий и повышенный уровни невротизации сохранились у 12% пациентов. В ходе построения профиля личностных акцентуаций на основании опросника Леонгарда-Шмишека достоверно не были подтверждены ведущие акцентуации у пациентов с полной адентией.

При диагностике психических состояний и свойств личности с использованием Фрайбургского личностного опросника были получены следующие данные: по шкале невротичности(1) для 46% пациентов были отмечены высокие и средние значения, для 39% обследуемых – высокие и средние значения по шкале депрессивности(3), для 31% - характерны высокие уровни по шкале раздражительности(4), по шкале уравновешенности(6) для 51% пациентов ответы были в диапазоне низких значений. Полученные данные указывают на высокий уровень невротизации с астеническими проявлениями у пациентов с полной адентией; психопатологические депрессивные признаки, негативно регулирующие сферы отношения к себе и социальной среде, и обуславливающие характерные избегающие паттерны поведения и сложности в социальной адаптации; аффективность в реагировании, определяемая психоэмоциональной лабильностью; низкая стрессоустойчивость и сложность преодоления привычных жизненных стрессовых ситуаций.

При оценке стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях с использованием шкалы PSM-25 у пациентов с полной адентией обеих челюстей в 62% случаев были определены высокие значения показателя психической напряженности. При повторном обследовании после проведенного комплексного лечения у пациентов второй группы значения показателя психической напряженности соответствовали

низким значениям у 38% пациентов, средним значениям – у 52% пациентов, и лишь у 10% обследуемых остались на прежнем уровне. Для обследуемых первой группы характерны следующие значения: высокие значения – 27% пациентов, средние значения – 60%, низкие значения – 13%. Полученные данные свидетельствуют о состоянии психического дискомфорта и напряженности у пациентов с полной адентией, что указывает на значительную роль соматической патологии в формировании патопсихологических признаков личности, а также на невысокую эффективность традиционных методов лечения.

**Выводы.** В сравнении с традиционными методами замены утраченных зубов, установка протезов на имплантатах позволяет решить задачи восстановления утраченных функций жевательно-речевого аппарата, обеспечивает сохранение костной ткани, большую долговечность и, как следствие, меньшую вероятность возникновения негативных последствий психологического характера. Изучение компонентов психологического профиля пациентов с полной адентией, которым были изготовлены зубные протезы с опорой на дентальные имлантаты, указывают на снижение показателей депрессии, уровня невротизации, раздражительности и психической напряженности.

### ВЛИЯНИЕ ДОБАВОК ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ГЕСТАЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Губайдуллина Д., Шагулямова К.Л.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Воздействие пищевых факторов на мать во время беременности может влиять на эмбриональное развитие и модулировать фенотип потомства посредством эпигенетического программирования.

Фолиевая кислота (ФК), представляет собой синтетическую форму, необходимой для развития клеток и биохимических реакций (например, реакций деметилирования, связанных с синтезом ДНК, реметилирования гомоцистеина в метионин) часто используется в пищевых добавках. Обязательное обогащение фолиевой кислотой является одной из первых современных попыток разработать стратегию использования пищи для предотвращения или лечения дефектов развития.

**Цель исследования** - изучить влияние фолиевой кислоты на гестационное здоровье по литературным источникам.

**Результаты.** Хотя содержание ФК достаточно в таких продуктах, как темно-зеленые листовые овощи, бобовые и апельсины, большинство субъектов не получают рекомендуемую суточную дозу фолиевой кислоты из пищи по различным причинам. Поэтому женщинам, которые планируют беременность или способны забеременеть, рекомендуется введение ФК в периконцепционный период (400–800 мкг/сут), поскольку это снижает распространенность дефектов нервной трубки плода - спектра врожденных аномалий, часто приводящих к

смерти или инвалидности.

Имеются доказательства в поддержку приема ФК во время беременности для предотвращения дефектов нервной трубки, но четко не установлено, распространяется ли его защитный эффект на другие исходы беременности. Выявлена взаимосвязь между ФК и несколькими исходами беременности, такими как гестационная гипертензия (ГГ), преэклампсия, отслойка плаценты, спонтанный аборт, преждевременные роды и мертворождение. Показано, что прием ФК на протяжении всей беременности предотвращает неблагоприятные исходы, в то время как другие не смогли подтвердить эти положительные эффекты.

Была выдвинута гипотеза об отрицательном влиянии ФК на сердечно-сосудистую систему, предполагающая, что высокие дозы ФК ( $\geq 800$  мкг/сут) в период от беременности до середины гестации приводят к повышенному риску гестационной гипертензии (но не к преэклампсии) независимо от возможных вмешивающихся факторов (например, материнский возраст, материнский вес, гестационный сахарный диабет, семейный анамнез артериальной гипертензии). Еще мало исследований связи между приемом добавок ФК и риском развития гестационной гипертензии и преэклампсии среди беременных женщин с учетом доз и продолжительности приема фолиевой кислотой. Кроме того, повышенный риск развития ГГ наблюдался только у беременных женщин. Поэтому следует уделять внимание тому, чтобы избегать ненадлежащего использования добавок ФК у женщин, которые планируют беременность или могут забеременеть. Хотя основным преимуществом исследования является количество вовлеченных пациентов, информация об уровнях ФК в сыворотке, витамине В12 и гомоцистеине, а также о генетическом полиморфизме метаболизма ФК, тромбофильном статусе и аутоиммунных нарушениях отсутствует.

Недавний мета-анализ показал, что добавление фолиевой кислоты не влияет на риск ГГ, но может значительно снизить риск преэклампсии.

Хорошо известно, что фолиевая кислота участвует в эмбриональном развитии и росте плода, поэтому их добавление до зачатия является полезным. Это связано со значительным сокращением числа детей с малым весом для гестационного возраста, а также с лучшим долгосрочным развитием нервной системы у потомства. И наоборот, низкий уровень фолиевой кислоты у матери связан с ожирением и сахарным диабетом матерей и их детей.

Установив, что уровень гомоцистеина обратно пропорционален потреблению фолиевой кислоты и росту плаценты и плода, было высказано предположение, что риск гипертензивных нарушений беременности у женщин с гипергомоцистеинемией и низким содержанием фолиевой кислоты увеличивается по сравнению с контрольной группой.

Однако прием высоких доз ФК ( $\geq 4$  мг/сут) на протяжении всей беременности не является эффективной стратегией профилактики преэклампсии. Но его приём может быть более актуальным у субъектов, несущих генетические аномалии ферментов метаболического пути гомоцистеина, в частности, распространенной гомозиготной термолабильной

5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы.

В последние годы стали учитывать роль повышенного уровня гомоцистеина и сердечно-сосудистых заболеваний.

Гомоцистеин - метаболит аминокислоты метионина - является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний из-за его неблагоприятного воздействия на эндотелий сосудов. По этой причине обогащение фолиевой кислотой улучшает здоровье сердечно-сосудистой системы, снижая гипергомоцистеинемию и улучшая функцию эндотелия за счет повышенного синтеза NO (который является основным фактором, определяющим функцию эндотелия, благодаря его антитромботическим, антиангиогенным и противовоспалительным свойствам).

**Заключение.** Влияние фолиевой кислоты на снижение дефектов нервной трубки остаются неоспоримыми. Тем не менее, необходимы дальнейшие исследования для выяснения роли иммунной системы, генетических полиморфизмов метаболизма фолиевой кислоты, дефицита фолиевой кислоты и гипергомоцистеинемии при изучении взаимосвязи между потреблением фолиевой кислоты и гестационной гипертензии.

### **ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ**

**Фуломов С.Ш., Сирожиддинова З.М.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Цель работы.** Целью нашего исследования, было изучить влияние учебного стресса на функциональные и психофизиологические показатели организма студентов во время сессии.

**Материал и методы исследования.** Нами была создана, группа студентов, состоящая из 50 человек, в возрасте от 18 до 20 лет. Из них были 50% девушки, 50% юноши. Исследования проводились на базе Ташкентского Государственного стоматологического института. Обследования проводились дважды – в семестровый период и во время экзаменационной сессии.

В ходе исследования нами были применены такие методы как анкетирование, тестирование, еседа.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал, что в период сессии у 75% повышается уровень тревожности до высокого уровня, по сравнению с семестровым периодом; снижается экстравертность до умеренного уровня, а нейротизм, наоборот, повышается до значительного уровня. Изменения психофизиологических показателей в период сессии тесно взаимосвязаны с вегетативным фоном физиологических функций. Влияние сессионного стресса на вегетативную нервную регуляцию проявлялось повышением активации симпатической регуляции сердечно-сосудистой системы. Во время сессии снижается вегетативное равновесие на 17% и возрастает симпатический тип регуляции сердечно-сосудистой системы до 86%. В ходе исследования, было отмечено: что у 45% студентов, часто

появлялись сильные головные боли, хроническое недосыпание. У 20% сильно снизился иммунитет что привело к различным вирусным заболеваниям таким как, Грипп, ОРВИ. У 10% студентов появились проблемы с желудочно-кишечным трактом, что привело к таким заболеваниям как гастрит, обострилась или открылась язвенная болезнь.

И только у 25% студентов не возникло никаких проблем со здоровьем.

**Выводы.** Таким образом, адаптация студентов к экзаменационному стрессу проявляется напряжением в различных функциональных системах организма, снижением адаптивных возможностей организма, т.е. студенты «оплачивают» физиологическую стоимость за адаптацию к учебному стрессу во время сессии.

### АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Гулямова М.К., Абдуллаева М.Б., Шерназаров О.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – одно из самых распространенных заболеваний в оториноларингологии. В структуре заболеваний уха на долю ХГСО приходится 27,2%. В России частота ХГСО составляет от 8,4 до 39,2 на 1 000 населения. В развитых странах мира частота ХГСО составляет менее 1%, в Южной Корее – 3,1%, а в развивающихся странах может быть выше 4%.

В структуре оториноларингологической заболеваемости ХГСО занимает второе место. Несмотря на применение антибактериальной терапии, ХГСО остается основной причиной выраженной тугоухости. ХГСО представляет риск для развития внутричерепных осложнений, таких как мастоидит, менингит, абсцесс мозга, тромбозы синусов. Смертность от осложнений при ХГСО составляет 16,1%. Одной из причин является холестеатома, которая выявляется у 24-63% больных ХГСО при любой локализации перфорации барабанной перепонки.

Классификация ХГСО в нашей стране основана на локализации и размере перфорации барабанной перепонки (классификация И. И. Потапова, 1959), таким образом, выделяют мезотимпанит, эптитимпанит и эпимезотимпанит. Внедрение в практику эндоскопической диагностики и результаты патоморфологических исследований при ХГСО показали условность этой классификации вследствие различных морфологических вариантов воспаления и его последствий независимо от локализации дефекта. Сегодня при длительном течении ХГСО можно встретить сочетания катарального воспаления слизистой оболочки с участками фиброзирования, тимпаносклероза, кариеса и холестеатомы. Такой полиформизм проявления затрудняет четкое разграничение клинических форм ХГСО и объясняет активную хирургическую тактику в лечении этого заболевания.

Проблема эффективного лечения ХГСО является одной из ведущих в оториноларингологии, что связано с изменением этиологической структуры и чувствительности возбудителей ХГСО, их влиянием на характер воспаления в среднем ухе, а также тяжестью и длительностью течения заболевания.

Возрастает роль исследований, доказывающих доминирующую роль бактерий в этиопатогенезе ХГСО.

Так, по данным исследования Пальчуна В.Т. (2008), при трех формах ХГСО при микробиологическом исследовании высевались золотистый стафилококк или облигатноанаэробная флора в комбинации с грамотрицательными микроорганизмами. При эптитимпаните грамотрицательная флора чаще всего была представлена различными родами семейства энтеробактерий. Особенностью эптитимпанитов, сопровождающихся обширными деструктивными изменениями в структурах среднего уха и выраженным снижением слуха, оказалось частое высевание ассоциации золотистого стафилококка и облигатно-анаэробной микрофлоры.

В работах А. И. Крюкова (2014) у пациентов с ХГСО с длительностью заболевания от 3 до 11 лет высевались грамположительные гноеродные кокки (*Staphylococcus aureus*, *Staph. spp.*, *St. epidermidis*), грамотрицательные ферментирующие (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) и неферментирующие (*Pseudomonas aeruginosa*) палочки, облигатно-анаэробные (*Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*) бактерии, дрожжеподобные (*Candida spp.*) и плесневые (*Aspergillus spp.*) грибы и др., чаще в ассоциации (2-3 микроорганизма). В посевах из антрума и барабанной полости микробные патогены присутствовали в исследуемом материале в моноварианте: *Staphylococcus aureus* (55%), неферментирующая палочка (25%), вульгарный протей (10%), *Klebsiella pneumoniae* (5%).

Российские исследования подтверждают зарубежные работы. Так, по данным исследования отделяемого из уха на кафедре оториноларингологии в Медицинском Университете в Бангладеш (117 пациентов с ХГСО) наибольшее число бактерий было представлено *S. aureus* (47,30%) и *Pseudomonas spp.* (27,40%), затем *S. epidermidis* (16,10%), *Klebsiella spp.* (8,10%) и *Escherichia coli* (1,10%).

При микробиологическом обследовании пациентов с ХГСО профессором Chirwa M. (2015) было также выявлено преобладание *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*.

По данным ряда авторов основными возбудителями хронического гнойного отита являются *Staphylococcus aureus* (20-63%), *Pseudomonas aeruginosa* (15-37%), *Proteus vulgaris* (10-12%), *Proteus mirabilis* (6-8%), *Escherichia coli* (до 16%), *Klebsiella pneumoniae* (4-7%), анаэробы – анаэробные кокки, бактероиды и клостридии (2-10,6%). Около 20% случаев приходится на грибковую флору (*Aspergillus* и *Candida*). Достаточно часто при хронических процессах в среднем ухе высеваются бактериальные или бактериально-грибковые ассоциации.

Данные о частоте идентификации того или иного возбудителя у больных хроническим гнойным средним отитом варьируют у разных исследователей, что может быть обусловлено особенностями течения заболевания и лечения конкретной выборки пациентов. В последнее время при хронических средних и наружных отитах возрастает роль грамотрицательной флоры, в частности синегнойной палочки.

Целью лечения ХГСО является ликвидация очага инфекции в среднем ухе для профилактики и коррекции тугоухости, а также предупреждения отогенных осложнений. В связи с этим, основным методом лечения ХГСО является хирургическое лечение. Консервативная терапия при вялотекущем процессе у больных ХГСО оправдана в течение 10-14 дней в качестве подготовки пациента к хирургическому вмешательству.

Местная медикаментозная терапия больных хроническим средним отитом предполагает использование капель с противомикробными средствами с неототоксичными компонентами. Число лекарственных средств, разрешенных для введения в барабанную полость, ограничено либо в связи с их раздражающим действием (нельзя использовать спиртовые и осмотически активные ушные капли, а также протеолитические ферменты), либо в связи с ототоксическим эффектом (аминогликозиды). Ототоксичность аминогликозидов безусловно доказана и перестала быть предметом дискуссий. Не вызывает сомнений то, что подобные препараты не должны применяться при перфоративных формах острых и хронических отитов. При данных клинических формах средних отитов следует полностью исключить все ушные капли, содержащие аминогликозидные антибиотики: Софрадекс (в состав входит фрамицетин сульфат), Гаразон (содержит гентамицин), Полидекса и Анауран (содержат неомидин) и ряд других. В 1996 г. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала не использовать аминогликозиды для местного лечения отита. Данные капли возможно использовать только для лечения наружного отита при целой барабанной перепонке или сопутствующего острому среднему отиту мирингита. До получения результатов микробиологического исследования для эмпирического назначения рекомендуется использовать препараты, содержащие антисептики или антибиотики широкого спектра действия.

Одним из представленных на современном фармацевтическом рынке препаратов выбора для включения в комплексную терапию пациентов с ХГСО является Офлоксацин, в недавнем времени зарегистрировавший новую лекарственную форму: капли глазные, ушные, назальные.

Препарат рекомендован к применению в комплексном лечении острого синусита риносинусита, обострения хронического синусита риносинусита, острого ринита; диффузного наружного отита, а также хронического гнойного мезотимпанита и отомикозов.

Офлоксацин, обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные

штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Препарат также действует на хламидии, патогенные грибы, вирусы герпеса и аденовирусы. Препарат более эффективен в отношении грамположительных бактерий, в т. ч.: стафилококки, стрептококки.

В основе действия Офлоксацина, лежит прямое гидрофобное взаимодействие молекулы с липидами мембран микроорганизмов, приводящее к их фрагментации и разрушению. При этом часть молекулы препарата, погружаясь в гидрофобный участок мембраны, разрушает надмембранный слой, разрыхляет мембрану, повышает ее проницаемость для крупномолекулярных веществ, изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибирует ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их цитолизу. Офлоксацин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов, т. к. практически не действует на мембраны клеток человека, что связано с иной структурой последних – значительно большей длиной липидных радикалов, резко ограничивающих возможность гидрофобного взаимодействия молекул препарата с клетками. Под действием препарата снижается устойчивость бактерий и грибов к антибиотикам.

Кроме того, Офлоксацин обладает противовоспалительным и иммуноадьювантным действием, усиливает местные защитные реакции, регенераторные процессы, активизирует механизмы неспецифической защиты вследствие модуляции клеточного и местного гуморального иммунного ответа, что является актуальным в лечении ХГСО.

При диффузном наружном отите, отомикозах Офлоксацин, закапывают в наружный слуховой проход по 5 капель 4 раза в сутки или, вместо закапывания, в наружный слуховой проход вводят марлевую турунду, смоченную препаратом, 4 раза в сутки. Курс лечения составляет 10 дней.

При хронических мезотимпанитах препарат применяется в комплексном лечении с помощью аппаратного ультразвукового орошения или введения в барабанную полость совместно с антибиотиками.

Препарат можно использовать как отдельно, так и в сочетании с другими топическими антибактериальными средствами.

Все вышеперечисленное позволяет широко рекомендовать препарат Офлоксацин, капли глазные, ушные, назальные 0,01%, для топического этиотропного лечения больных с ХГСО.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ В ЗВЕНЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЁСШИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЮ МОЗГА**

**Давлатова Д.Д., Усманова Ш.Р., Фасихиддинов Ж.С.,  
Йулдошев А.А., Отажонов Б.**

Особое место среди заболеваний, ассоциированных с пародонтитом, занимают сердечно-сосудистые, эндокринные, желудочно-кишечные

заболевания, а также скелетные поражения. За последние годы выявлены многочисленные факторы и патогенетические механизмы развития генерализованного пародонтита.

Нарушения мозгового кровообращения, обусловленные артериальной гипертензией и атеросклерозом является актуальной медицинской проблемой. В свою очередь, оказание стоматологической помощи пациентом, с нарушением мозгового кровообращения вызывает у стоматологов обоснованную настороженность.

**Материал и методы исследования.** При клиническом обследовании глубина патологических зубодесневых карманов варьировала до 6мм. Отмечали отложения над и под десневого зубного камня и налета. Показатели индексов соответствовали средней степени пародонтита. Рентгенологически при пародонтите отмечается снижение высоты альвеолярного отростка за счет резорбции костной ткани меж альвеолярных перегородок.

**Результаты исследований и их обсуждение.** В норме эндотелий препятствует тромбообразованию и обладает высокой тромборезистентностью. В последние годы гиперфибриногемия рассматривается как один из факторов риска развития тромбозов и воспаления. Нами выявлено повышение средней концентрации фибриногена у пациентов с ХГП на 19% и 29% соответственно выше контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Среднее значение концентрации фибриногена у пациентов ХГП превышало референсные значения ( $4,59 \pm 0,17$  г/л), что говорило о повышении коагуляционной активности. Наличие достоверной корреляционной взаимосвязи между уровнем фибриногена в крови и ЭД подтверждает гипотезу о повреждении эндотелия. ЭД предшествует развитию клинических проявлений заболеваний, поэтому оценка функции эндотелия имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Развитие новых методов диагностики функционального состояния эндотелия является одной из важнейших задач современной науки.

**Заключение.** Таким образом, у пациентов с ХГП отмечается единство процессов микроциркуляторных нарушений, эндотелиальной дисфункции и атерогенеза. Это имеет большое значение в познании патогенеза прогрессирования хронической генерализованной пародонтите и выработке диагностических критериев.

### **ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Давронов Ё.А., Жураев Ш.Б., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Миофасциальный болевой синдром челюстно-лицевой области (МБС ЧЛО) - многофакторная широко распространенная лицевая боль, клинические проявления которой связаны с наличием гипертонусов (участков уплотнений) в жевательных мышцах. Многообразие названий заболевания- миофасциальный

болевого синдром лица, синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - вносит определенные затруднения в понимании врачами-клиницистами этиологии и патогенеза этой патологии и усложняют процесс диагностики и лечения.

В последние годы отмечается тенденция к «омолаживанию» синдрома и клинические проявления заболевания диагностируются даже у детей, начиная с 5 лет. Поэтому проблема ранней диагностики миофасциального болевого синдрома (название заболевания по классификации прозопалгий В. Е. Гречко, 1990, и В. М. Назарова с соавт., 2008) приобретает в настоящее время еще большую актуальность.

Очевидно, что различные виды окклюзионной дисгармонии, патологии зубных рядов, периодонта и пародонта могут нарушить нервно-мышечную функцию и вызвать спазм жевательных мышц. Окклюзионные нарушения играют особую роль и не только могут способствовать возникновению синдрома, но и значительно осложняют его течение. Окклюзионные изменения вызывают минимальные нарушения в суставе, но в результате длительных необычных движений нижней челюсти в дальнейшем могут привести к дегенеративным изменениям в одном или в обоих суставах.

Доказано, что дистрофические процессы в шейном отделе позвоночника, в частности клинически значимый шейный остеохондроз, также могут являться причиной лицевых болей - миофасциального болевого дисфункционального синдрома челюстно-лицевой области. Установленные факты связи миофасциальных лицевых и шейных болей дали возможность выдвинуть вертеброгенную концепцию происхождения МБС ЧЛЮ.

На сегодняшний день ведущим дополнительным методом обследования при МБС ЧЛЮ служит рентгенологическое исследование. Для достижения наибольшего эффекта в диагностике данной патологии требуется методологический подход к рентгенодиагностическому процессу, то есть определение оптимальной совокупности рентгенодиагностических методов, исключающих неинформативные рентгеновские снимки.

Нельзя забывать также и о лучевой нагрузке, тем более что пациентами являются лица разных возрастных групп. На основании анализа рентгеновских снимков миофасциальный болевой синдром возникает также и при различных отклонениях развития в шейном отделе позвоночника, которые в дальнейшем вызывают вторичные дегенеративно-дистрофические изменения как в диске, в связочном аппарате, так и в самих позвонках. В данном случае рентгенографический способ исследования приобретает весьма существенное значение.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ

Давронова Л., Рахимова Д., Шомухамедова Ф.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Пациенты с рахитом, устойчивым к витамину D, имеют аномальную морфологию зубов, такую как тонкий шаровидный дентин и увеличенные рога пульпы, которые доходят до дентино-эмалевого соединения. Инвазия пульпы микроорганизмами и токсинами неизбежна. Повышенное содержание фиброза в пульпе вместе с уменьшенным количеством одонтобластов снижает реакцию на инфекцию пульпы. Наиболее важными находками в полости рта являются спонтанные абсцессы десен и зубов, возникающие без травм или кариеса в анамнезе. Рентгенографические исследования выявили большие камеры пульпы, короткие корни, плохо выраженную твердую мозговую оболочку и гипоплазию альвеолярного гребня. Эти зубные абсцессы распространены, и поэтому удаление и пульпэктомия являются лечением выбора.

**Цель** - показать стоматологические данные у детей от 3 до 5 лет.

**Методы исследования:**

1. Клинический;
2. Антропометрический;
3. Рентгенологический;
4. Фотометрия;
5. Лабораторный;
6. Статистическая обработка данных. У 6 ти детей в возрасте 3-5лет

**Результат.** По данным некоторых авторов, гистологическое исследование показало проникновение микроорганизмов через обызвествленные структуры эмалевого слоя без видимого кариеса. Микроорганизмы прошли через дентино-эмалевые границы и проникли в дентин, который характеризовался калькосферитами и большим количеством интерглобулярного дентина. Кроме того, микроорганизмы могли быть обнаружены в дентинных канальцах, которые обнажались в полость рта при удалении эмали. Однако между такими канальцами и пульпой простирались большие участки третичного дентина. Данные световой микроскопии позволила предположить, что клинические проявления, такие как рекроз пульпы и периапикальные поражения, могут быть обусловлены проникновением микроорганизмов через микрощели эмалевого слоя, а также патологически измененные микроструктуры эмали пораженных зубов | || \V V Эти результаты могут объяснить клинические проблемы, связанные с молочными зубами. Необходимы дальнейшие гистологические исследования зубов больного. 2 девочка и 4 мальчика мы делали исследования.

**Вывод.** Основные дефекты зубов при витамин D-резистентном рахите, проявляются в дентине. Эмаль обычно считается нормальной. Спонтанные десневые и зубные абсцессы возникали без травм или кариеса в анамнезе, а рентгенологические признаки увеличенных пульпарных камер с

выходом пульповых рогов за пределы дентино-эмалевого соединения являются наиболее важными находками в полости рта. Beltes и Zachou подтвердили, что консервативное эндодонтическое лечение необходимо проводить во всех зубах с некрозом пульпы и разрежением.

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА**

**Давронова Р., Таджуддин З., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одной из наиболее часто встречающихся аномалий зубочелюстной системы является сужение верхнего зубного ряда, которая составляет 63,2% от общего числа зубочелюстных аномалий. Сужение верхнего зубного ряда сопровождается аномалиями положения зубов, зубных рядов и прикуса. Наряду с морфологическими изменениями при сужении верхнего зубного ряда наблюдается изменение височно-нижнечелюстного сустава, функций жевательных и мимических мышц, пародонта зубов, неправильное дыхание, глотание, нарушение речи и т.д. Данная аномалия зачастую сопровождается эстетическими нарушениями лица, что в свою очередь снижает социальную адаптацию пациента.

Наряду с этим, в настоящее время при ортодонтическом лечении врачами недостаточно учитываются индивидуальные особенности мягких тканей лица, оценка гармоничности улыбки и лица в целом.

**Цель.** Разработать критерии прогнозирования изменений эстетических параметров при лечении зубочелюстных аномалий, сопровождающихся сужением верхнего зубного ряда у детей .

**Материалы и методы.** Клиническое исследование выполнялся на кафедре ортодонтии ТГСИ. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения 39 пациентов в возрасте от 9 до 12 лет с зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися сужением верхнего зубного ряда.

В группу наблюдения вошли 22 пациента женского пола и 17 пациентов мужского пола.

Распределение обследуемых пациентов по полу 39 пациента ранее не наблюдались у ортодонта и 5 ранее проходили ортодонтическое лечение. Из них 2 человека пользовались съёмными ортодонтическими конструкциями, но лечение не было закончено в силу различных причин: нарушение протокола ортодонтического лечения; неосторожное обращение, повлёкшее за собой утерю или поломку аппаратов; прерывание лечения по субъективным причинам. 2 человека проходили лечение несъёмными аппаратами, но лечение либо не было закончено, либо аномалия рецидивировала.

**Результаты.** Одной из наиболее часто встречающихся аномалий зубочелюстной системы является сужение верхнего зубного ряда, которое составляет 63,2% от общего числа зубочелюстных аномалий. Сужение верхнего

зубного ряда сопровождается аномалиями положения зубов, зубных рядов и прикуса. Наряду с морфологическими изменениями при сужении верхнего зубного ряда наблюдается изменение височно - нижнечелюстного сустава, функций жевательных и мимических мышц, пародонта зубов, неправильное дыхание, глотание, нарушение речи и т.д.

**Заключение.** Взаимосвязь между антропометрическими параметрами верхнего зубного ряда и архитектоникой улыбки на уровне зубного компонента и негативных пространств отсутствует. Методика оценки гармоничности улыбки, учитывающая зубной компонент, щечные коридоры и десневой компонент позволяет провести экспресс-диагностику степени дисгармонии улыбки.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

**Дадамов А.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[dadamdent@yandex.ru](mailto:dadamdent@yandex.ru)

Известно, что большинство новообразований и врожденных аномалий в челюстных костях встречаются в подростковом и молодом возрасте, в период формирования зубочелюстного скелета. Не вызывает сомнений тот факт, что высокие показатели рецидивов при новообразованиях в челюстных костях требуют проведения ранних диагностических исследований с целью адекватного лечения больного. Сегодня этому требованию отвечают, как минимум, два из используемых методов – это рентгенодиагностика (включая КТ, МСКТ) и цитоморфологическое исследование опухолевого материала.

При диагностике новообразований челюстно-лицевого скелета использовали классификацию (Колесов, А.А., 1967), по которой одонтогенные опухоли состоят из зачатков твердых тканей зуба – эмали, дентина, цемента; остеогенные - формируются из клеток костного ряда (хондромы, остеомы, гигантоклеточные опухоли, хондросаркомы, остеогенные саркомы); третьи, - из соединительной ткани, - сосудистых, ретикулярных, кроветворных элементов, заложенных в межкостных пространствах (фибромы, миксомы, ангиомы, миеломы, опухоль Юинга, эозинофильная гранулёма и др.).

Амелобластома относится к доброкачественным, одонтогенным опухолям. Дифференциальную диагностику проводят с остеобластокластомой (наиболее часто встречается среди остеогенных опухолей – до 40%). Рентгенографические формы деструкции в кости при остеобластокластоме (ячеистая, кистозная, литическая) совпадают, как правило, с картиной поражения при амелобластоме, в результате дифференцировать опухоли с помощью R-обследования не удается (о чем свидетельствуют данные КТ-обследования больных), Денситометрия, как правило, не показывает зон высокой плотности (показатели пределах 25-30 единиц Хаунсфилда), мало чем отличаясь при этом от показателей, наблюдаемых при амелобластоме и

опухолеподобных новообразованиях. Аналогичная ситуация имеет место и при попытке проведения дифференциальной диагностики по рентгенологическим заключениям с фолликулярной кистой, фиброзной дисплазией, кератокистой челюсти.

Для кератокисты характерен длительный и бессимптомный рост, приводящий к обширному лизису костной ткани и замещению ее кератином (как правило, поражается нижняя челюсть). Болезнь чаще обнаруживается во второй-третьей декаде жизни, при этом отмечена более частая (в 2-3 раза) поражаемость среди мужчин. Рентгенологически для кератокист, в отличие от амелобластомы и остеогенных опухолей, не характерна ячеистая форма поражения.

Остеогенная группа опухолей (остеома, остеобластокластома, хондрома остеоидостеома) обусловлена нарушением нормального остеогенеза, тем не менее, опухолевая ткань представлена преимущественно клетками костного ряда (остеобласты, остециты, остеокласты).

Кисты челюстей, по мнению большинства исследователей, следует относить к группе опухолеподобных новообразований, так как они преимущественно воспалительной этиологии. Радикулярные кисты - наиболее часто встречаемые в челюстных костях, образуются из гранулем, возникающих у верхушек корней зубов в исходе хронического (гранулематозного) периодонтита, так что фактор воспаления в развитии новообразования является ведущим.

Фолликулярные кисты в челюстных костях также являются следствием воспаления фолликула постоянного зуба (чаще в период смешанного прикуса) или же в результате порока развития зубообразовательного эпителия (на R-грамме зуб или фолликул в полости кисты). Течение длительное, бессимптомное. При клиническом обследовании может быть выявлено отсутствие конкретного не прорезавшегося зуба, что и должно подвигнуть врача на проведение R-обследования.

Из других новообразований в челюстных костях, протекающих аналогично вышеописанным, и с которыми необходимо проведение дифференциальной диагностики, следует назвать эозинофильную гранулему (в крови умеренный лейкоцитоз, увеличение эозинофильных гранулоцитов до 15%), реже злокачественную опухоль.

Группа неостеогенных и неодонтогенных опухолей в челюстных костях (гемангиомы, фибромы, миксомы, холестеатомы) встречалась сравнительно редко. Дифференцировать приходится со злокачественными аналогами перечисленных нозологий. К моменту появления симптомов, как правило, уже имелись значительные объемы деструкции кости, требовавшие проведения радикального хирургического вмешательства с элементами костной пластики. Заключительный диагноз ставили на основании гистологического исследования биопсийного и операционного материала.

Подводя итог по опухолям в челюстных костях, следует, что такие общие признаки, как длительное течение, отсутствие выраженных симптомов,

неопределенность при R-диагностике, - характерны для большинства из описанных и как результат, - поздняя диагностика и упущенное время для эффективного лечения. С целью ранней профилактики опухолей, а также базируясь на литературных данных, свидетельствующих о причинной роли дистопированных, ретенированных зубов, одонтогенных кист, врожденных аномалий в развитии челюстной патологии, рекомендуем проводить плановую диспансеризацию школьников старших классов (14-16 лет) с проведением ортопантомографии.

### ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РОЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПУЛЬПИТОВ

Далимова Д.Ю., Шарипова П.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Воспаление – это типовой патологический процесс, сопровождающийся изменениями микроциркулярного русла, системы крови и соединительной ткани в ответ на местное повреждение с развитием защитно-приспособительных реакций. Многие разлитые гнойные воспалительные процессы (флегмоны подглазничной области; крылонебной ямки и т.д.) возникают как следствие осложнений заболеваний зубов, поэтому как терапевту-стоматологу, так и челюстно-лицевому хирургу обязательно знать специфику и этиологию возникновения и развития этих заболеваний с целью своевременного лечения и профилактики.

**Цель исследования** - определить влияние инфекционной патологии в развитии воспалительных заболеваний ротовой полости.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных, обращавшихся в частную клинику "Dental Implant Clinic" (г. Ташкент), с воспалительными заболеваниями ротовой полости различной этиологии на предмет выявления инфекционного начала.

**Результаты.** Из 100 посетителей клиники "Dental Implant Clinic" (г. Ташкент) Больше количество пациентов обращались с проблемами к стоматологам-терапевтам (44%). По следующим причинам: кариес (27%), пульпит (12%), периодонтит (5%).

Эмаль не содержит сосудов и нервов поэтому воспаление эмали не встречалось и возможно, только возникновение альтерации - повреждение этой ткани. В этиологии кариеса в большинстве случаев выявлены микробы *Streptococcus mutans et mitis*. Не леченный кариес осложнялся возникновением воспаления пульпы - пульпита. Воспаление пульпы, как и любого соединительнотканного образования, имеющего сосуды и нервы, развивался по общим закономерностям. В ответ на повреждающий фактор возникают сложные сосудисто-тканевые реакции. Основными причинами пульпитов выявлены: наиболее часто запущенный, не вылеченный вовремя кариес; повреждение зубов (из-за травм, воздействия горячих и холодных температур, повреждение, сколы коронки; развитие кариеса под коронкой или пломбой

(вследствие неправильной их установки); попадании инфекции снаружи (во время лечения кариеса), изнутри (через кровь, вследствие некоторых заболеваний).

При остром пульпите пусковым моментом является образование медиаторов воспаления под влиянием ферментов бактерий, продуктов их жизнедеятельности, изменения рН среды, их обитания развиваются деструктивные процессы в тканях пульпы. Часть клеток погибает с выделением их содержимого: калия, лизосомальных ферментов, свободных радикалов, обладающих повреждающим эффектом на собственные ткани. Дизиония и накопление водородных ионов приводят к увеличению осмотического давления. Большой вклад в развитие острого пульпита вносят БАВ: гистамин, простагландины, лейкотриены и т.д. Выделяясь тучными и другими клетками (например лейкоцитами), они накапливаются в очаге воспаления.

При остром воспалении в ротовой полости в начале процесса преобладают изменения в сосудах и клетках, приводя к нарушению микроциркуляции. В этом процессе преобладающим компонентом является развитие венозной гиперемии в ротовой полости с развитием при этом местных клинических проявлений. В начале процесса усиливается ток крови, повышается внутрикапиллярное давление и их проницаемость, а, следовательно, и выход из капилляров жидкости и белков (серозное экссудативное воспаление), а затем и форменных элементов крови: лейкоцитов (гнойное воспаление), эритроцитов (геморрагическое воспаление). При венозном застое прежде всего, развиваясь в замкнутой полости, вскрывается несоответствие между высоким уровнем капиллярной сети и возможностями дренажной системы пульпы. Относительная недостаточность последней при патологии обусловлена особенностями циркуляции тканевой жидкости в пульпе, практически лишенной лимфатических микрососудов, сдавление экссудатом тонкостенных веноулярных коллекторов, проходящих в узком корневом канале. Для пульпита характерен выраженный болевой синдром, опять-таки из-за сдавления нервных волокон вследствие высокого гидростатического давления в полости зуба в результате сильнейшего отека, ацидоза, действия БАВ.

В патогенезе хронического пульпита выявляется решающее значение изменения реактивности организма, бывали даже случаи первично-хронического пульпита. (За исключением гангренозного пульпита, где микрофлора не играет особого значения и зачастую заболевание вызывают условно-патогенные микроорганизмы). Переход острого пульпита в подострую, а затем и в хроническую форму проявляется превалированием пролиферативных процессов над экссудативными. Так как пульпу окружает толстый слой дентина и очень плотная эмаль, воспалительный процесс заканчивается обычно ее некрозом и распространением воспаления через апикальное отверстие корня зуба в периапикальные ткани – соединительную ткань периодонта и кость.

**Выводы.** В развитии воспалительных процессов (пульпитов) в ротовой

выявлено высокая степень вероятности наличия не леченного кариеса.

Осложнения в ротовой полости пульпитов в основном связаны с особенностями строения и функции пульпы и корневого канала.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Даминова Ш.Б., Исаходжаева Х.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[isahodjaeva84@mail.ru](mailto:isahodjaeva84@mail.ru)

**Актуальность.** По данным отечественных и зарубежных авторов, распространенность нарушения зрения у детей достаточно высока и в значительной степени зависит от уровня развития страны. Более 80% слепых и слабовидящих живут в развивающихся странах. Во всем мире проблема заболеваний органов зрения и связанной с ними слепоты и слабовидения чрезвычайно актуальна. Оценка комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний у слепых детей в зарубежных изданиях представлена в нескольких работах, а в Республике Узбекистан данные исследования не проводились, что и послужило основанием для оценки стоматологического статуса и планирования мероприятий по профилактике и лечению стоматологических заболеваний у детей с нарушением зрения.

**Цель** - изучить стоматологическую заболеваемость у слепых и слабовидящих детей в период молочного прикуса, нуждаемость в лечении, уровень стоматологической помощи.

**Материалы и методы.** Особенностью данного контингента детей является то, что они находятся на обучении в школах-интернатах, поэтому для реализации поставленной цели нами проведено стоматологическое обследование 218 школьников (108 мальчиков, 110 девочек) 7-12 лет с нарушением зрения, обучающихся в Государственной общеобразовательной школе-интернат № 69 для слепых и слабовидящих». Предварительно было получено информированное согласие администрации школы и родителей детей. Обследование проводили согласно требованиям ВОЗ, результаты вносили в карты регистрации стоматологического статуса детей. У обследуемых детей оценивались распространенность и интенсивность кариеса зубов, и нуждаемость стоматологической помощи, функционально гигиеническое состояние полости рта. Для определения интенсивности кариеса зубов использовался индекс КПУ. Изучение структуры указанного индекса позволило определить нуждаемость в санации полости рта, уровень интенсивности кариеса (индекс УИК) и уровень стоматологической помощи (индекс УСП) у данной категории школьников. Гигиеническое состояние полости рта оценивалось по индексу Федоровой -Володькиной (1971) и прибора Q scan. Результаты обследования были внесены в карты регистрации стоматологического статуса детей (ВОЗ, 2013).

**Результаты.** При проведении стоматологического обследования выявлены высокая распространенность и интенсивность кариеса, неудовлетворительная гигиена полости рта у школьников 7-12 лет с нарушением зрения. У большинства обследованных детей наблюдались зубочелюстные аномалии, аномалии мягких тканей, нарушения функций зубочелюстной системы. Среди зубочелюстных аномалий наибольший процент имели аномалии отдельных зубов.

В результате проведенного исследования установлены высокая нуждаемость в санации и недостаточный уровень стоматологической помощи.

**Выводы.** Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой интенсивности и распространенности кариеса постоянных зубов, зубочелюстных аномалий, неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта, высокой нуждаемости в санации полости рта, недостаточном уровне стоматологической помощи у слепых и слабовидящих школьников 12-15 лет и указывают на необходимость планирования мероприятий по первичной и вторичной профилактике стоматологических заболеваний у данной категории детей.

### **ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ ПРИ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Даминова Н.Б., Батиров Б.А., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Часто бывает трудно провести протезирование отсутствующих моляров из-за экстррузии антагониста. Тем не менее, некоторые проблемы могут быть преодолены при успешной интрузии моляров с помощью микроимплантов, если направление и величина силы тщательно контролируются. Обычные методы ограничены в вмешательстве и зависят от роста пациента. В настоящее время микроимпланты являются эффективными инструментами в использовании в качестве скелетной опоры для интрузии моляров без какой-либо постороннего эффекта и не требуют соблюдения пациентом режима. Они обеспечивают минимальную инвазивность, просты в использовании и недороги. Многие отчеты показали удовлетворительные результаты интрузии задних зубов с использованием микроимплантов.

**Цель** - обоснование применения абсолютной скелетной опоры в виде ортодонтических мини-имплантатов и эластических модулей для внедрения зубов верхней челюсти у орто-донтических пациентов.

**Материалы и методы.** Метод заключается в следующем: на дентальной компьютерной томографии и при клиническом обследовании выбирается участок установки МИ в межкорневом пространстве в области верхних моляров и премоляров. Устанавливаются два МИ, один в щечную часть альвеолярного отростка и один - в небную часть. Размеры МИ выбраны 1,4 мм в диаметре и 8 мм в длину для наименьшего механического влияния на корни ближайших зубов. От МИ на перемещаемые зубы накладывается эластическая

цепочка с активацией до 25-50г/см с реактивацией через каждые 4 недели. Выбор силового модуля имеет биомеханический аспект. Во время перемещения зуба величина резорбции и ремоделирования кости должны быть равными в условиях здорового неперегруженного периодонта. Однако резорбция кости происходит заметно быстрее, чем ремоделирование. Этим объясняется выбор эластической цепочки, имеющей деградацию силы в течение периода действий.

**Результаты.** Исключение необходимости препарирования слизистой и кости для установки мини-имплантата; уменьшение резорбции корней перемещаемых зубов; исключение асимметричной нагрузки на внедряемые зубы по силе и вектору, и, соответственно, исключение побочного отклонения перемещаемых зубов; исключение применения дополнительных приспособлений для фиксации тяги.

**Заключение.** Методика внедрения зубов верхней челюсти у ортодонтических пациентов решает поставленные клинические задачи и позволяет обосновать применение ортодонтических мини-имплантатов в качестве самостоятельной скелетной опоры.

**АЁЛЛАРДА УМУМИЙ ОСТЕОПОРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ  
ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ ВА УЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ  
АЪЗОЛАРИГА ТАЪСИРИНИ АНИҚЛАШ**

**Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти,

Бухоро давлат тиббиёт институти

[dr.Kazakova@inbox.ru](mailto:dr.Kazakova@inbox.ru)

**Мавзунинг долзарблиги.** Бугунги кунда мамлакатимизда тиббий хизмат кўрсатишни янги даражага кўтариш, остеопороз асоратларидан келиб чиқадиган ногиронликни камайтириш мақсадида остеопорозни эрта ташхислаш ва даволаш, профилактика чора-тадбирлари борасида мақсадли ислохотлар амалга оширилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларда «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...» каби вазифалар белгиланган. Бу борада, жумладан, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, айниқса, перименопауза давридаги остеопороз касаллигини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини яхшилаш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллаш, аёлларда ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, касаллик келтириб чиқарувчи омилларни ташхислаш ва даволашга янги ёндашувларни яратиб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

**Тадқикотнинг мақсади** - умумий остеопорозни келтириб чиқарувчи хавф омилларини баҳолаш ва уларни оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсирини ўрганиш.

**Тадқикот материаллари ва усуллари.** Бухоро шаҳар туғруқхона комплексида умумий остеопороз билан касалланган 46 та аёллар текширувдан ўтказилди. Текширилган беморларнинг ярмидан ортиғи, (57,9%, n=31) қишлоқ аёллари бўлиб, қолгани эса (42,1%, n=15) шаҳарда доимий яшаб келган. (1-расм) Беморлар анкета саволларига жавоб беришди, анамнез йиғилди, турли хил клиник лаборатор текширувлардан ўтказилди. Беморларнинг анализлари асосида умумий остеопорозни келтириб чиқарувчи хавф омиллари аниқланди. Бундан ташқари антропометрик тадқикот усуллари, клиник тадқикот усуллари, функционал тестлар, лаборатор тадқикот усуллари: умумий клиник усуллар, инструментал тадқикот усуллари: 2 проекцияда рентгенологик тадқикотлар, ички аъзоларнинг ултратовушли тадқикоти, энцефалография, остеоденсиметрия усулдаги текшириш усуллари ҳам ўтказилди.

**Натижалар ва таҳлиллар.** Барча перименопауза давридаги текширувдаги аёллар 5 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланган 18 нафар аёл, ўртача ёш  $43.48 \pm 4.3$ ; 2-гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланмаган 14 нафар аёл, ўртача ёш  $41.28 \pm 3.08$ ; 3-гуруҳ: перименопауза давридаги соғлом аёллар, 8 нафар ўртача ёш  $40.1 \pm 4.13$ ; 4-гуруҳ: климакс давридаги аёллар, 6 нафар аёл, ўртача ёш  $51.12 \pm 1.8$ .

Ўтказилган тадқикот натижалар бўйича перименопауза ёшидаги умумий остеопорозга чалинган аёлларда касалликни келтириб чиқарувчи хавф омилларининг кўрсаткичлари бўйича энг катта хавф омили бўлиб қонда Са миқдорининг етишмаслиги, Витамин D етишмовчилиги, 3 ойдан ортиқ глюкокортикоидларни қабул қилиш каби омиллар етакчи ўринни эгаллади (1-жадвал).

Бундан ташқари, перименопауза давридаги аёлларда кечувчи умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсири шуни кўрсатадики, аёлларда кариес интенсивлиги ва тарқалиши, оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси, пародонт тўқимасининг ҳолати соғлом аёлларга нисбатан бир неча марта ортиқлигини кўрсатади. Бу эса уларда стоматологик билим соҳаларини ривожлантиришга муҳим тўртки бўлиб ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи аъзолари инструментал ва визуал текширилганда тиш қаттиқ тўқимасидаги нокариоз касалликлардан понасимон нуқсон ва тиш эмали эрозияси 2.8 мартага соғлом аёллар гуруҳига нисбатан кўп учради. Тиш қаттиқ тўқималарида патологик едирилиш учраш частотаси 17% ни ташкил қилди.

Кариес ва унинг асоратлари 1,2 ва 4 гуруҳларда етарли даражада юқори эканлиги аниқланди. Кариес интенсивлиги – (КПО индекси  $17.18 \pm 5.15$ ) Соғлом аёлларда бу кўрсаткич  $8.3 \pm 1.2$  ни ташкил қилди. Тадқикотимиз натижасида ушбу аёлларнинг умумий остеопороз аниқланган қисмида пародонтит касалликлар соғлом аёлларга нисбатан 2.5 марта кўп учради. (78.6%). Бунинг натижасида тишлар эрта йўқотилиши ва ошқозон ичак касалликларининг

**Умумий остеопорозни келтириб чиқарувчи хавф омиллари**

№	Хавф омиллари	Хавф омиллари учраши	
		Климакс давридаги аёллар (55 ва ундан юқори ёш)	Перименопауза давридаги аёллар (45-55ёш)
1	3 ойдан ортиқ глюкокортикоидларни қабул қилиш	+++	+++
2	Са препарати етишмовчилиги	+++	+++
3	Витамин D етишмовчилиги	+++	+++
4	Алькогол маҳсулотларини кўп истеъмол қилиш	--+	--+
5	Чекиш	--+	--+
6	Кам ҳаракат қилиш Гиподинамия	--+	+++

Остеопорозни даволаш бир нечта асосий йўналишларга эга – суяк тўқималарининг кучини ошириш, суякларнинг ҳажм кичрайишини камайтириш ёки бутунлай тўхтатиш, суякларнинг регенерация жараёнларини нормаллаштириш, суяк чиқиши ва синиш хавфини камайтириш, беморнинг функционал фаолиятини яхшилаш. Аввало, остеопорозли беморларни даволашнинг муҳим таркибий қисми турмуш тарзини ўзгартиришга асосланган даволашдир. Баъзи беморлар учун остеопорозни ривожланишини пасайтириш учун диетани сошлаш ва юриш вақтини ярим соатга ошириш кифоя. Остеопороз ҳақида беморларни хабардор қиладиган ва бошланғич ва такрорий синишларнинг олдини олиш чоралари ҳақида маълумот берадиган ўқув дастурлари ва остеопороз мактаблари мавжуд. Колекалциферол ўз ичига олган калций ва D витамини препаратлари патогенетик терапия билан бирга остеопороз терапиясининг мажбурий таркибий қисмидир, мувозанат ва мушакларнинг кучига ижобий таъсир кўрсатади ва шу билан тушиш ва синиш хавфини камайтиради. D витамини ёки уларнинг аналогларининг фаол метаболитлари мутлақ кўрсаткичлар бўйича оғир гипокальцемия ёки сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларга ёки гломеруляр фильтрация даражаси 60 мл/мин дан кам бўлган ва нисбий кўрсаткичларга кўра тушиш хавфи юқори бўлган кекса беморларга буюрилиши мумкин. Ушбу дориларни қабул қилиш ичакдаги калцийнинг сўрилишини сезиларли даражада оширади ва қондаги паратироид гормони даражасини пасайтиради ва қон зардобиди ва сийдикда калций даражасини тез-тез кузатишни талаб қилади. Сенил остеопороз малабсорбция синдроми билан кечиши мумкин, калцийнинг сўрилиши ёмонлашганда ва D витамини рецепторларига сезгирлик пасайганда, бу беморларнинг ушбу гуруҳида ҳам фаол D витамини метаболитларини тайинлаш зарурлигини белгилайди.

**Хулоса.** Шундай қилиб, остеопороз суяк минерал зичлиги пасайиши ва суяк тўқималарининг микроархитектурасининг бузилиши билан кечадиган касаллик бўлиб, аёлларда перименопауза даврида кўпроқ учрайди, ушбу касалликни келтириб чиқарадиган хавф омиллари орасида қонда Са микдорининг етишмаслиги, Витамин D етишмовчилиги, 3 ойдан ортик глюкокортикоидларни қабул қилиш каби омиллар етакчи ўринни эгалламоқда. Аёлларда кечадиган умумий остеопороз стоматологик касалликлар келтириб чиқаради ва ушбу контингентдаги аёлларда стоматологик ёрдам ташкил қилишни талаб қилади.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА**

**Денисова Ю.Л., Рубникович С.П., Тимчук Я.И., Майзет А.И.**

Белорусский государственный медицинский университет,

Минск, Республика Беларусь

[denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [dr.mayzet@gmail.com](mailto:dr.mayzet@gmail.com)

**Актуальность.** Ряд исследователей доказали, что применение физиотерапии для лечебных и профилактических целей эффективно, экономически выгодно, практически безвредно и наиболее физиологично влияет на состояние ротовой полости. Наряду с этим физические факторы в терапевтических дозировках, как правило, не обладают токсичностью, не вызывают побочных эффектов и аллергии организма, поэтому их использование в лечебном процессе, по сравнению с другими методами лечения более целесообразно.

Сложность патогенеза микроциркуляторных нарушений при болезнях периодонта, недостаточность сведений о реактивности и адаптационно-компенсаторных возможностях системы микроциркуляции на ранних стадиях воспаления в тканях периодонта, необходимость разработки новых общедоступных методов диагностики микроциркуляции, а также поиска новых методов коррекции нарушений микроциркуляции тканей периодонта определили цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования** – разработка нового метода нормализации микроциркуляции в тканях периодонта с применением магнитофототерапии.

**Материал и методы исследования.** Задачей предложенного метода является расширение разновидности физиотерапевтического лечения в стоматологии, конкретно для нормализации микроциркуляции в тканях периодонта и в пульпе зуба. В данном методе нормализации микроциркуляции в тканях периодонта, при котором проводят физиотерапевтическое воздействие различное по времени в зависимости от степени поражения тканей периодонта. Контактное магнитофототерапевтическое воздействие в области тканей периодонта передней группы зубов на верхней и нижней челюсти и на твердые ткани зубов и в течение 2-5 минут, а в области жевательных зубов на верхней и

нижней челюсти проводят накожное воздействие в области проекции причинных зубов в течение 5-7 минут. Дополнительно магнитофототерапевтическое воздействие проводят накожное в течение 2-3 минут на верхней челюсти в инфроорбитальной области, а на нижней челюсти в ментальной области. При этом магнитофототерапевтическое воздействие осуществляют низкочастотным импульсным магнитным полем индукцией 15 мТл и оптическим поляризованным излучением красного вида излучения с длиной волны 620-760 нм, и инфракрасного вида излучения с длиной волны 920-960 нм.

Данную схему воздействия магнитофототерапии проводят непосредственно после препарирования витальных зубов под зубные протезы (металлокерамические, цельнолитые, безметалловые конструкции), а также на 7-е сутки после припасовки будущей ортопедической конструкции и на 14-е сутки (после фиксации зубного протеза).

**Результаты исследования.** Пример лечения пациента с применением разработанного способа магнитофототерапии. Пациент О. 1980 г.р. обратился в клинику 12.12.2011 с жалобами на эстетический недостаток зуба 1.2. После обследования был поставлен диагноз: дефект твердых тканей витального зуба 1.2. По общепринятой методике, соответствующей клиническим протоколам, была определена тактика изготовления металлокерамической коронки на зуб 1.2. Под местной инфильтрационной анестезией была проведена процедура препарирования витального зуба 1.2 с изготовлением временной коронки. После фиксации временной коронки был проведен первый сеанс магнитофототерапии сочетанным воздействием контактно низкочастотным импульсным магнитным полем индукцией 15 мТл и оптическим поляризованным излучением красного вида излучения с длиной волны 620-760 нм и инфракрасного вида излучения с длиной волны 920-960 нм в область зуба 1.2 в течение 2 минут и накожным воздействием в инфроорбитальной области на верхней челюсти в течение 5 минут. Второй сеанс магнитофототерапии по вышеуказанной методике был проведен на 7-е сутки лечения после припасовки металлокерамической коронки на зуб 1.2. Третий сеанс магнитофототерапии был проведен на 14-е сутки лечения после фиксации металлокерамической коронки на постоянный цемент. Профилактические осмотры через 1, 3, 6 месяцев, 1 год не выявил каких-либо отрицательных симптомов. Тем самым воздействие магнитофототерапии при проведении ортопедического лечения усилила микроциркуляцию десны, и обеспечило защиту от возникновения воспалительного процесса в тканях периодонта.

**Выводы.** Использование разработанного нового метода нормализации микроциркуляции в тканях периодонта с применением магнитофототерапии позволило получить 93,5% хороших отдаленных результатов лечения стоматологических пациентов.

**ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕРИОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С  
ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ**

**Денисова Ю.Л., Рубникович С.П.**

Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь,  
[denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru)

**Актуальность.** Существует множество методов устранения дефектов зубов при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба не более 80%. Однако при полном разрушении коронковой части зуба целесообразность восстановления нарушенного морфофункционального единства зубных рядов будирует к поискам оптимальных реабилитационных мер. Одним из направлений в решении поставленной задачи является сохранение корней зубов, пригодных для протезирования, предупреждающее образование дефектов и деформаций зубных рядов, атрофию альвеолярных отростков и болезней периодонта.

Состояние регионарного кровотока характеризует степень адекватности трофики тканей к функциональным нагрузкам, потому что микроциркуляция и метаболизм являются непосредственными и конкретными механизмами обеспечения реализации функции органа во время работы. Ухудшение функции жевания при отсутствии коронки зуба ведет к уменьшению регионарного кровотока и к развитию деструктивных процессов в тканях периодонта. Вместе с этим, актуальной задачей современной стоматологии является не только оптимальное восстановление утраченной целостности зубочелюстной системы при полном отсутствии коронки зуба, но и своевременная диагностика, лечение и профилактика нарушений микроциркуляции тканей периодонта.

**Цель исследования** – оценить эффективность применения лазерно-оптической диагностики нарушений микроциркуляции тканей периодонта при дефектах твердых тканей зубов, восстановленных штифтовыми конструкциями.

**Материал и методы исследования.** Для изучения изменения интенсивности кровотока в микроциркуляторном русле десны было обследованы 62 пациента с полными дефектами твердых тканей зубов при применении новой лазерно-оптической диагностики. Из них первую группу составили 30 пациентов с полными дефектами твердых тканей зубов, которым корни зубов восстанавливали предложенными нами культевыми штифтовыми вкладками. Вторую группу составили 32 пациента с полными дефектами твердых тканей зубов, которым корни зубов восстанавливали традиционными литыми культевыми штифтовыми вкладками с покрывной конструкцией. Контрольную группу пациентов составили 30 добровольцев с интактным периодонтом и интактными зубными рядами.

**Результаты исследования.** Интенсивность микроциркуляции крови в десне у лиц с интактным периодонтом контрольной группы составила  $36,4 \pm 1,11$  усл.ед.. При исследовании пациентов первой и второй группы до фиксации ортопедической конструкции зарегистрировано снижение показателей

интенсивности микроциркуляции во всех зонах десны по сравнению со здоровым периодонтом, при этом показатель в I группе составил  $18,2 \pm 1,38$  усл.ед. (по сравнению с контролем  $p < 0,001$ ), а во II группе –  $18,06 \pm 1,26$  усл.ед. ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Обследование состояния микроциркуляции десны в области полных дефектов твердых тканей зубов с использованием новой лазерно-оптической диагностики показало снижение интенсивности микроциркуляции в десне. По данным лазерно-оптической диагностики, интенсивность микроциркуляции десны снижена в 2,0 раза ( $p < 0,001$ ) при полных дефектах твердых тканей зубов по сравнению со здоровыми тканями периодонта.

### **ПРОБЛЕМА КАРИЕСА У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ**

**Досмухаммедов Э.Х., Рахматов А.Б.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

[dosmukhammedov@inbox.ru](mailto:dosmukhammedov@inbox.ru)

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – это группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующихся образованием на коже и слизистых пузырей и эрозий в результате малейших травм. К числу проявлений ВБЭ относится поражение мягких и твердых тканей полости рта. Характер и тяжесть этих поражений во многом зависят от подтипа ВБЭ, хотя повышенная ранимость эпителия и возникновение пузырей в полости рта встречаются при любом варианте ВБЭ, в том числе при простом ВБЭ подтипа Вебера-Коккейна. Некоторые поражения полости рта характерны для конкретных вариантов ВБЭ. Были проведены клинические и лабораторные исследования среди больных ВБЭ, внесенных в Национальный регистр ВБЭ Узбекистана. Нами были выявлены патологические виды зубов (аномалии эмали, дисплазия зубов), находящиеся в прямой зависимости от формы ВБЭ, начиная с 4,2% при простой, до 35,5% - при дистрофической форме генодерматоза. Множественный кариес был установлен у 19,5% больных с простой и у 47,8% - с дистрофической формой заболевания. Лишь при самых тяжелых формах ВБЭ (пограничная, рецессивно-дистрофическая) значительно повышается риск кариеса, в то время как при простой форме индекс КПУ (число кариозных, пломбированных и удаленных зубов) практически не отличается от популяционных значений. Следует указать, что дефекты базальной мембраны, участвующие в образовании и функционировании зуба, так как она содержит те же структурные белки и, следовательно, будет иметь те же дефекты, чем и объясняется аномалия твердых тканей зубов. Частое возникновение кариеса у больных ВБЭ обусловлено, кроме генетических, и средовыми факторами, когда отмечается недостаточная гигиена полости рта (в связи с возможным образованием пузырей во рту, рубцовые контрактуры,

пониженная подвижность языка и др.). Важное значение играет и крайне кариогенная диета, состоящая из небольших количеств протертой пищи на протяжении дня в сочетании с богатыми углеводами напитками. Наличие альбумина приводит к накоплению зубного налета, а повышение концентрации белка в слюне приводит к реминерализации зубной эмали. Таким образом, у больных ВБЭ отмечается учащение развития кариеса, имеющего многофакторную этиологию, что требует комплексного подхода для его разрешения.

### **ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СОПР У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ**

**Досмухаммедов Э.Х., Рахматов А.Б.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

[dosmukhammedov@inbox.ru](mailto:dosmukhammedov@inbox.ru)

При различных формах врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) поражается слизистая оболочка полости рта (СОПР), также как и кожные покровы, которые характеризуются ранимостью и образованием болезненных пузырей, хроническими эрозиями и язвами. Повышенный риск инфекции полости рта, особенно кандидоза. Боль при глотании, ограничения в диете, повышенная потребность организма в белке и поражение желудочно-кишечного тракта ведут к нарушению питания и, как следствие, к задержке развития, анемии и медленному заживлению ран. Выявляемые отдаленные осложнения в виде анкилоглоссии, микростомии, облитерации преддверия рта, скученности зубов и глубокого прикуса, связаны с прогрессирующим рубцеванием мягких тканей СОПР. При анализе больных, включенных в Национальный регистр Республики Узбекистан (ПП №4440 от 7 сентября 2019г. буллезный эпидермолиз включен в список орфанных заболеваний), были установлены различные частоты поражения мягких тканей полости рта среди 344 больных ВБЭ.. Так, у больных с простой формой ВБЭ было зарегистрировано поражение СОПР в 41,5% случаев, при пограничной – в 77,3%, при дистрофической доминантной – в 81,1%, при дистрофической рецессивной – в 95,8% случаев. Было отмечено, что у больных с простой формой ВБЭ проявления СОПР выражались в образовании небольших локализованных пузырей, при пограничной выявлялись везикулы и эрозии, облитерации преддверия рта, при дистрофической форме, особенно при аутосомно-рецессивном пути передачи заболевания, отмечались явления микростомии, милиумы в полости рта, указывающие на масштаб повреждений СОПР при данном гендерматозе. Указанные проявления оказывают серьезное влияние на течение ВБЭ, так как ранняя деформация тканей, ведет к развитию микростомии, неправильному положению зубов, а тяжелый кариес затрудняет гигиену полости рта больного и возможности стоматолога по выполнению

необходимых процедур, которые легко вызывают болезненные эрозии. Таким образом, проблема ВБЭ является не только дерматологической, поскольку возможности стоматологического лечения заведомо ограничены, наиболее эффективным подходом является профилактика болезней полости рта, начиная с раннего детства.

### ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Думахонов И.Ш., Ганиев А.А., Тураханов С.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Злокачественные новообразования (ЗНО) головы и шеи представляют собой одну из сложнейших медико-социальных проблем современной онкологии, обусловленный в первую очередь большим числом поражаемых анатомических областей, наличием сложных анатомических структур, входящих в данную область, а также обильное кровоснабжение, в результате которого ЗНО этой области имеют молниеносное распространение, быстрый рост и метастазирование. Все это обуславливает актуальность и необходимость настоящего исследования.

Ежегодно в мире регистрируется свыше 500 тыс. новых случаев ЗНО головы и шеи и более 270 тыс. больных погибает (Grandis J.R., Pollock N.I., 2015).

Рак органов полости рта (ОПР) представляют собой ЗНО, развивающееся, из элементов неороговевающего эпителия, слизистой оболочки в следующих анатомических структурах: щек, нёба, десен, дна ротовой полости, языка, нижней и верхней челюсти. В мире ЗНО ОПР представляют одну из глобальных проблем, в виду увеличения этой патологии, особенно среди мужского населения планеты. В структуре опухолей головы и шеи ОПР занимают четвертое место по заболеваемости и второе по смертности (WHO: World Cancer Report 2014; Stewart B.W., Wied S.W., Lion, 2015).

Несмотря на совершенствование методов диагностики и доступность опухолей данной локализации для визуального осмотра, более 2/3 больных к моменту установления диагноза имеют III–IV стадию заболевания (Игнатова А. В., Мудунов А. М., Нариманов М. Н. 2014; Кит О. И., Дурицкий М. А., Шелякина Т. В., 2015; Кит О. И., Златник Е. Ю., Никипелова Е. А. и др. 2012).

В целом, в структуре заболеваемости Республики Узбекистан удельный вес ЗНО ОПР сохраняется в среднем до 0,02%. Стандартизованные показатели при этой патологии по республике за последний период изучения составил – 2,30/0000. (М.И. Давыдов, Ш.Х.Ганцев, 2010).

Среди злокачественных опухолей головы и шеи в Республике Узбекистан ОПР занимает 3-е место после рака кожи и гортани.

Заболеваемость и смертность от ОПР растет в большинстве стран мира. 5-летняя выживаемость в развитых странах Европы составляет - 55%, в США - 63%, в России среди мужчин - 24%, женщин - 37%, но в Республике Узбекистан

в динамике отмечается её снижение, в 2010 году – 50,9%, а в 2017 году - 35,4%. Как видно из этих данных, уровень 5-летней выживаемости больных со ЗНО ОФР и РТГ значительно снизился, что определяет необходимость проведения онкоэпидемиологических исследований с выявлением факторов риска, а также принятия мер по искоренению существующей ситуации.

Основными причинами развития ОПР являются курение и потребление крепких спиртных напитков, несоблюдение гигиены полости рта, вирусные инфекции, остроконечные зубы, протезирования.

Все вышеизложенное послужило основанием к изучению возможностей повышения эффективности лечения больных злокачественным новообразованием нижней челюсти.

**Цель исследования** - улучшить и обосновать результаты осложнения после реконструктивно-восстановительных вмешательств.

### **Задачи исследования:**

1. Разработать и обосновать хирургический метод лечения больных после реконструктивно-восстановительных операции, путем оптимизации, модифицированной оростомы, снижающей развитие гнойных осложнений с обеспечением удовлетворительных постоперационных результатов.

2. Провести анализ осложнений после простой и комбинированной пластики в зависимости от вида использованных тканей, локализации дефекта, а также разработать меры профилактики осложнений.

3. Провести сравнительный анализ инструментальными методами исследования при новообразовании нижней челюсти.

### **Методы исследования:**

Клинико-лабораторные исследования;

Патоморфологическое исследование (Гистология, цитология)

Дополнительные методы исследования:

УЗИ шеи, органов брюшной полости;

МСКТ, МРТ исследования.

Статистическая обработка данных.

Изучения фото документации больных после лечения.

**Результаты исследования и обсуждение.** Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику нового метода хирургического лечения распространенного рака полости рта и нижней челюсти и задних отделов полости рта и ротоглотки с использованием предлагаемой превентивной оростомой, позволило расширить показания к выполнению радикального хирургического удаления опухоли, уменьшило послеоперационные осложнения, с восстановлением жевания, глотания и речи, сократило сроки нетрудоспособности, достигло лучших эстетических, функциональных и отдаленных результатов.

На этот метод лечения нами получен патент: Способ повышения эффективности хирургического лечения распространенного рака органов полости рта и ротоглотки с использованием оростомы № 2704599 29.08.2019 г.

**Заключение.** Предлагаемый комплекс мероприятий позволит

предотвратить возникновение вторичных хронических воспалении и гнойно-некротических свищей, кроме того повторных хирургических манипуляции, после реконструктивно-восстановительной операции, что способствует получению стойких анатомо-функциональных и эстетических результатов.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ  
ПЛАНИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО-  
ЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ**

**Дурново Е.А., Фурман И.В., Борисов С.А.**

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

[furman73@mail.ru](mailto:furman73@mail.ru)

Зубочелюстные аномалии и деформации встречаются в 33-70% обследованных стоматологических пациентов. У пациентов часто наблюдается изменение топографического взаимоотношения различных анатомических структур, с нарушением их нормального анатомического строения и размеров (Державина Л.Л. с соавт., 2007; Li К.К., 1997, Chambers P.A. at al., 1999; Mommaerts M.Y. at al., 2000; Anderson J.G. at al., 2002; Guzel M.Z. at al., 2007). Благоприятный исход лечения такой патологии во многом определяется правильной диагностикой и планированием объема и этапов лечения. 12% взрослых таких пациентов нуждаются в комбинированном лечении с использованием ортогнатической хирургии (Андреищев А.Р. с соав. 2020, Дробышев А. с соавт. 2021, Reyneke Johan P. С соавт. 2010, 2019).

Существуют и внедрены в медицинскую практику множество методов обследования пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями, при этом наиболее значимыми, по мнению ряда авторов, являются клинорентгенологические критерии диагностики (Андреищев А.Р. с соав. 2020, Дробышев А. с соавт. 2021, Reyneke Johan P. С соавт. 2010, 2019, Мохов Д.Е. с соавт. 2021, Постников М.А. с соавт 2020).

Нами проведен анализ клинорентгенологической картины и показателей функционального и эстетического состояния зубочелюстной системы у 98 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет. Целью явилось усовершенствование методов диагностики, планирования хирургического лечения и послеоперационного ведения с целью улучшения реабилитации и анализа восстановления качества жизни пациентов.

Анализ МСКТ КЛКТ, ТРГ и ОПТГ на этапах диагностики и лечения позволил оценить основные антропометрические показатели и сопоставить их с внешними параметрами лица и дыхательных путей у пациентов (PNS-ANS, Go-Pg, N-ANS, ANS-Gn, SNA, SNB, ANB и др.) для обоснования критериев выбора лечения. При прогнозе результатов и обоснования плана лечения пациентам использовались показатели состояния ВНЧС, жевательных мышц, прикуса, функциональной окклюзии и анализа опорно-двигательного аппарата с точки зрения остеопатии и мануальной терапии (Андреищев А.Р. с соав. 2020,

Дробышев А. с соавт. 2021, Reyneke Johan P. С соавт. 2010, 2019, Мохов Д.Е. с соавт. 2021, Постников М.А. с соавт 2020).

За основу принятия решения в пользу самостоятельного или комбинированного ортодонтического лечения (с использованием одного или нескольких хирургических этапов) были выбраны антропоцентрические 3D рентгенологические показатели. Исходя из оценки нами выбранных рентгенологических критериев при 3D планировании выявлены характерные закономерности, в частности:

1. Мезиальный прикус встречается в 3 раза чаще у пациентов с зубочелюстными аномалиями чаще дистальный (60% и 18,7%).

2. Наиболее важными антопометрическими показателями при планировании хирургического этапа лечения пациентов с мезиальной окклюзией являются длина нижней челюсти и угол SNA, SNB, ANB, с дистальной окклюзией длина нижней челюсти и угол SNB.

3. В хирургическом лечении нуждаются более 80% пациентов с зубочелюстными аномалиями с учетом необходимости вспомогательных хирургических операций на пародонте, удалению зубов.

4. В ортогнатическом хирургическом лечении нуждаются 10,2% пациентов. Определены протоколы хирургического лечения пациентов с целью значительного снижения осложнений со стороны ВНЧС, окклюзионных критериев, функции дыхательных путей в послеоперационном периоде (двучелюстная остеотомия, секторальная остеотомия, дистракционный остеогенез, гениопластика, риносептопластика).

5. При проведении хирургического лечения (ортогнатической операции) у пациентов с происходит изменение соотношения между твердыми и мягкими тканями.

6. При планировании хирургического лечения необходимо уделять должное внимание не только анализу структур и антропометрических показателей, но и функциональным и эстетическим жалобам пациентов, что в значительной степени может определять дальнейшую тактику выбора хирургического протокола.

7. 3D-планирование и визуализация предположительных результатов запланированного лечения не всегда соответствует эстетическим и функциональным ожиданиям пациентов в связи с наличием множества факторов, влияющих на результат лечения, а также с необходимостью длительной реабилитацией.

8. В процессе лечения пациентов важно строгое выполнение сроков этапов лечения, при несоблюдении которых возможно получение тяжелых анатомических и функциональных осложнений.

9. Анализ показателей позволил систематизировать и определить объем и этапность при составлении плана лечения, но, в то же время, свидетельствовал о неоднозначности связи изменения основных антропометрических показателей компонентов жевательной системы и функциональных нарушений у пациентов. Такой диссонанс в ряде случаев мешал обоснованию необходимости

разработанного комплексного плана лечения при общении с пациентами. В частности, было замечено, что адаптационная способность к окклюзионным нарушениям у разных пациентов различна: одни безболезненно адаптируются к выраженным нарушениям окклюзии, в то время как другие отмечают выраженные симптомы мышечно-суставной дисфункции при незначительных расстройствах окклюзии. Данные наблюдения позволяют предположить о необходимости анализа и корректировки психоневрологического статуса пациентов, что может повлиять на правильный выбор и результат комплексного лечения (Чечин А.Д. с соавт 2021).

Проведенный анализ диагностики и лечения 98 пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями подтверждает необходимость и важность 3D-планирования в лечении пациентов для снижения рисков осложнений и достижения желаемого результата работы команды специалистов-единомышленников. А ортогнатическая хирургия при правильном 3D-планировании является предсказуемым и эффективным функционально-эстетическим этапом комбинированного ортодонтического лечения.

### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Дусмухамедов Д.М., Махмутбеков Д.Г.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[mahmutbekovd@gmail.ru](mailto:mahmutbekovd@gmail.ru)

**Актуальность.** В последнее время, обращает на себя внимание возрастающая требовательность данной категории пациентов к состоянию не только зубочелюстной системы, но и к общей оценке функциональной и эстетической реабилитации в послеоперационном периоде. Этот факт требует прогнозирования исходов операций не только с учётом восстановления прикуса и изменения внешности пациентов, но и с учётом восстановления функции носового дыхания и эстетических параметров носа, тем более, что у этих больных выражена психоэмоциональная лабильность, которая формируется на фоне длительных и безуспешных этапов консервативного лечения.

**Цель исследования** - оценить психоэмоциональное состояние больных с дефектами и деформациями челюстей, изучить состояние тканевой гипоксии, гипоксемии и состояние защитной системы у пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии (ГФАО) зубных рядов.

**Материал и методы исследования.** В исследовании психоэмоционального состояния принимало участие 67 пациентов с дефектами и деформациями челюстей, находящихся на диспансерном учете в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ с 2009 по 2017гг. В качестве показателей защитной системы слюны нами исследованы: лизоцим, лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А (sIgA) в слюне. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

**Результаты исследований и их обсуждение.** При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств была выявлена зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести челюстно-лицевой деформации и ее последствий.

Таким образом, оценка уровней HbF в комплексе с клиническими данными дает значительно больше сведений как о развитии тканевой гипоксии и гипоксемии у пациентов с ГФАО, так и позволяет дополнительно оценивать тяжесть патологического процесса для последующей коррекции при оперативных вмешательствах. Концентрация иммуноглобулина E в крови у обследуемых пациентов, превысила показателей группы сравнения в среднем в 468 2,8 раза в 1 группе и 3,4 раза во 2 группе. Выявленный факт изменений в показателях антител класса E указывает, что у пациентов с ГФАО патологические изменения наблюдаются не только со стороны зубочелюстной системы, но также и снижение активности системы детоксикации.

### **ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ**

**Дусмухамедова А.Ф., Арипова Г.Э., Дусмухамедов Д.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

При аномалиях ЗЧС органы и ткани полости рта находятся в особых функциональных условиях, испытывая различную нагрузку и особые условия кровоснабжения. Известно, что гигиеническое состояние полости рта при наличии зубочелюстных аномалий и деформаций ухудшается.

**Цель исследования** - оценить состояние стоматологического статуса и гигиены полости рта у пациентов с ГФАО.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 38 пациентов с ГФАО в возрасте от 16 до 30 лет, обратившихся в поликлиники Хирургической стоматологии и Ортодонтии клиники Ташкентского Государственного стоматологического института. Проведено комплексное обследование, определены интенсивность кариозного процесса зубов, а также наличие местных кариес-обуславливающих факторов.

**Результаты и обсуждения.** По результатам исследования кариозные поражения зубов и их осложненные формы выявлялись у 38 пациентов с ГФАО. Показатель распространенности кариозного процесса среди обследованных составил  $81,89 \pm 3,31\%$ . Показатели индекса КПУ у пациентов с ГФАО соответствовали в 1-группе  $-5,21 \pm 0,34$ , во 2-группе  $5,62 \pm 0,56$ , что достоверно выше, чем у лиц контрольной группы.

Результаты исследований РМА: в 1группе  $-29,16 \pm 2,1$  и соответственно  $30,08 \pm 2,4$  во 2-группе, что также достоверно выше, чем у лиц контрольной группы.

По результатам исследования гигиенического индекса (ГИ) неудовлетворительный показатель наблюдался в обеих группах примерно одинаково (1 группа -  $3,27 \pm 0,2$ , 2группа -  $3,35 \pm 0,2$ ).

**Выводы.** Полученные результаты исследований позволяют считать, что ГФАО являются одним из факторов риска в отношении развития кариеса зубов. Неблагоприятная кариесогенная ситуация у пациентов с ГФАО требует проведения противокариозных мероприятий как до начала ортодонтического лечения, так и в процессе аппаратурной коррекции и на этапах закрепления результатов комплексного лечения.

### ФАКТОРЫ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ЗУБОВ

**Ёкубов Ш.М., Журамирзаева Н.Ф., Хабибжонова М.К., Муртазаев С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В современной ортодонтической практике, для лечения зубочелюстных аномалий применяется очень широкий арсенал ортодонтической аппаратуры. Использование несъемной ортодонтической техники позволяет раздвинуть возрастные рамки ограничения в лечении пациентов. Ортодонт может перемещать зуб в любом направлении, либо корпусно, либо наклонно-вращательно. По бытующему мнению врачей стоматологов ортодонтическое перемещение зубов вызывает резорбцию корней зубов; по распространенному же мнению самих ортодонтов «тяжелая механика» и чрезмерные силы приводят к данному явлению.

Резорбция вершечек корней - проблема недостаточно изученная и частую, может быть связана с ортодонтическим лечением. По данным литературы факторы, вызывающие резорбцию корней, можно разделить на биологические, механические и комбинированные.

**Цель** - изучить факторы резорбции корней зубов

**Материал:** 27 зарубежной литературы с 1955 до 2002 года.

Биологические факторы:

*Индивидуальная восприимчивость.* Это главный фактор в определении потенциала резорбции корней, как во время ортодонтического лечения, так и без него. Этот потенциал существует как у молочных, так и у постоянных зубов. Метаболические механизмы, которые провоцируют изменения в соотношении между остеобластами и остеокластами зависят от гормонов и скорости метаболизма (Rygh P., 1977).

*Генетика.* Некоторые исследователи высказывают мнение о наличии генетического компонента в проблеме укорочения корней. Несмотря на эти *заявления* никаких точных генетических заключений сделано не было (Newman W.G., 1975)

*Возраст.* Все ткани, вовлекаемые в процесс резорбции, изменяются с возрастом: периодонтальная мембрана становится тоньше (менее васкуляризированной, апластической), кость становится менее плотной (в ней уменьшается количество сосудов и клеточных элементов), цемент становится толще. Эти изменения отражают высокую восприимчивость корней к резорбции у взрослых пациентов. При изучении взаимосвязи между возрастом пациента, ортодонтическим лечением и резорбцией корней, выявлено, что, чем

старше пациент, тем чаще может встречаться резорбция корней зубов в процессе ортодонтического лечения (Reitan K., 1985).

Однако, Massler M., Malone A. (1954), McFadden W.M. (1989) указали на отсутствие связи между потерей тканей зуба в области верхушки корня и возрастом пациента в процессе ортодонтического лечения. В частности Massler M., Malone A. (1954) отметили, что даже без ортодонтического лечения частота резорбции увеличивается с возрастом. Процесс перестройки периодонтальных связок и мышечной адаптации к окклюзионной нагрузке более благоприятно протекает у молодых пациентов.

*Стадия развития зуба.* Развитие корня может сопровождаться движением зуба: дилацерацией, уменьшением длины корня и резорбцией корней.

Дилацерация и остановка роста в развивающемся корне могут возникнуть в результате смещения эпителиального прикрепления Хертвига при движении зуба. В некоторых зубах рост может остановиться при активном ортодонтическом лечении в период позднего сменного и раннего постоянного прикуса. Linge B.O. (1983) выявил укорочение корней развивающихся зубов во время ортодонтического лечения в среднем на 0,5 мм.

Однако Rosenberg H.N. (1972) в своем исследовании отметил, что у зубов с несформированными корнями резорбция происходит в меньшей степени по сравнению с зубами с полностью сформированными корнями. Во время ортодонтического лечения частично сформированные корни развиваются и достигают нормальной длины.

*Пол.* По данным Kinsella P. (1971) женщины более подвержены возникновению резорбции. Идиопатическая резорбция корней зубов у женщин встречается чаще, чем у мужчин, в соотношении 3,7:1 (Newman W.G., 1975). Потеря тканей верхушки корня зуба после ортодонтического лечения у женщин также выше (у женщин 0,73 мм, у мужчин 0,67мм) (Linge B.O., 1983).

*Наличие резорбции корней до ортодонтического лечения.* Резорбция корней у лиц, не подвергавшихся ортодонтическому лечению по сообщению Dermaut L.R. (2002) составила от 0 до 90,5% при исследовании удаленных зубов, и от 0 до 100% при обследовании ортодонтических пациентов. Такой широкий диапазон данных объясняется использованием различных методик при обследовании.

*Вредные привычки.* Привычка грызть ногти, сосание языка в комбинации с наличием открытого прикуса, увеличенное давление языка может приводить к резорбции корней (Odernick L., 1985).

*Строение зуба.* Зуб неправильной формы более подвержен резорбции во время ортодонтического лечения. Сходящийся к верхушке канал корня считается индикатором высокого потенциала возникновения резорбции корней. Степень резорбции корней у зубов с тупой верхушкой корня выше, чем у зубов с нормальной формой верхушки зуба (Levander E., 1988).

*Ранее травмированные зубы.* Травма зубов может приводить к наружной резорбции корней и без ортодонтического лечения. Ортодонтическое

передвижение травмированных зубов с признаками резорбции является фактором риска, и может привести к дальнейшей потере тканей корня зуба. Потеря тканей корня зуба после ортодонтического лечения для травмированных зубов составила в среднем 1,07 мм, для зубов без травматических повреждений 0,64 мм (Linge B.O., 1983). Однако по данным Malmgren O. (1982) не найдено разницы в частоте резорбции между травмированными и не травмированными зубами.

*Зубы с проведенным эндодонтическим вмешательством.* В литературе встречаются данные о высокой частоте встречаемости и степени тяжести резорбции корней депульпированных зубов. Однако существуют данные, что депульпированные зубы более устойчивы к резорбции, так как после данного вмешательства дентин становится более плотным и прочным (Remington D.N., 1989).

Несколько исследователей обнаружили, что чем плотнее альвеолярная кость, тем больше риск возникновения резорбции корней во время ортодонтического лечения (Hall A., 1978; Rimmelnick H.J., 1984).

По мнению Reitan K. (1974) использование больших продолжительных сил при менее плотной альвеолярной костной ткани приводит к возникновению такой же степени резорбции, как и при использовании средних и продолжительных сил в кости высокой плотности.

Прямой контакт между корнями и кортикальным слоем челюсти может ускорять процесс резорбции из-за высокой степени давления в области верхушки корня зуба. Однако Wainwright W.M. (1973) считает, что плотность костной ткани влияет на степень движения зуба, но не связана с возникновением резорбции.

*Аномалии окклюзии.* При изучении литературы нам не встречались работы отражающие связь между аномалиями прикуса и возникновением резорбции корней зубов, более того, по мнению VonderAhe G. (1973) такая связь отсутствует.

*Специфическая чувствительность зуба к возникновению резорбции.* Различные группы зубов восприимчивы к резорбции неодинаково. Большинство исследователей утверждают, что зубы верхней челюсти более подвержены процессам резорбции, чем нижние. Резцы верхней челюсти поражаются чаще других зубов. Из-за нарушений окклюзии, функции, норм эстетики и для исправления аномалий часто требуются большие перемещения именно этих зубов. Структура корня резцов и их соединение с костью и тканями периодонта, способствуют передаче всех прилагаемых сил в область верхушки корня зуба. Однако встречаются и совершенно противоположные мнения, утверждающие, что резорбции наиболее подвержены резцы нижней челюсти. Считается, что при значительной резорбции корней других зубов, резорбция в области резцов верхней и нижней челюстей не наблюдается.

Нами в процессе анализа литературы, и в результате клинических исследований выделены наиболее часто поражаемые зубы по степени тяжести: латеральные резцы верхней челюсти, центральные резцы верхней челюсти,

резцы нижней челюсти, дистальный корень 1 нижнего моляра, 2 премоляры нижней челюсти, 2 премоляры верхней челюсти.

Механические факторы.

*Ортодонтические аппараты.*

Принято считать, что степень повреждения корней связана с влиянием ортодонтической аппаратуры.

Некоторые ортодонты считают, что шинирующий эффект несъемной аппаратуры приводит к функциональным нарушениям, которые и могут привести к резорбции корней зубов. Только в одном исследовании Linngе В.О. (1983) при сравнении резорбции корней при использовании съемной и несъемной аппаратуры был сделан вывод о том, что несъемная ортодонтическая техника приводит к большему повреждению корней.

*Межчелюстные эластики.* Зафиксирована значительная резорбция корня на стороне использования эластиков и подтверждено, что раскачивающие силы в результате действия эластиков могут привести к резорбции корней резцов и моляров. Различий в степени резорбции в зависимости от лечения с удалением и без удаления постоянных зубов не выявлено.

*Тип ортодонтического движения зуба.* Возможно, что интрузия - это наиболее травматический способ воздействия на зуб, однако типпинг, торк, корпусное перемещение, также могут приводить к резорбции корней зубов. Reitan К. (1974) считает, что распределение напряжений вдоль поверхности корня при корпусном перемещении зубов меньше, чем концентрация напряжений в области верхушки корня зуба в результате типпинга. Таким образом риск резорбции корня при корпусном перемещении меньше, чем при типпинге.

*Степень перемещения зуба.* По мнению многих авторов, степень резорбции корней зависит от расстояния, на которое переместились корни. Корни центральных резцов верхней челюсти подвергаются перемещению чаще других зубов, поэтому неудивительно, что резорбция апикального отдела корня у этих зубов диагностируется чаще. Philips J.R. (1955), Dermaut L.R. (1986) при проведении интрузии у различных зубов не обнаружили четкой взаимосвязи между расстоянием, на которое перемещаются зубы и количеством потери тканей корня.

Комбинация биологических и механических факторов

*Продолжительность лечения.*

Большинство исследований сообщают, что количество резорбции корней зависит от продолжительности лечения.

Таким образом, проанализировав довольно большой объем литературной информации, связанной с изучением этиологии, патогенеза и лечения резорбции корня зуба, можно сделать обобщающий вывод, что данная патология является полиэтиологичной, ее патогенез требует дальнейшего изучения, особенно на клеточном уровне, и необходима оптимизация методов лечения, исходя из современных возможностей и материалов, используемых при эндодонтическом лечении.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО  
ГАЙМОРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Жахоналиев Б.У., Вохидов У.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность изучения стоматологических заболеваний у людей старших возрастных групп и совершенствование лечения связана с тем, что в настоящее время доли пожилых людей в большинстве развитых стран мира, а также среди пациентов стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений.

**Целью данного исследования** явилось изучение особенностей диагностики одонтогенного гайморита у больных пожилого возраста.

**Материалом данного исследования** явились 50 пациентов с одонтогенным гайморитом, находившихся на стационарном лечении в Отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи за 2020-2021 года. Все больные были разделены на 4 группы по возрастной категории. Из них 12 больных молодого возраста, 18 больных среднего возраста, 15 больных пожилого возраста, 5 больных старческого возраста. Всем больным было проведено всестороннее клинико-инструментальное обследование.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При диагностике заболеваний верхнечелюстных пазух у молодых людей опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта, а также оценка выделений из носа были зафиксированы в 100% случаев. В тоже время пальпация была использована лишь в 73,33% случаев, перкуссия зубов - в 93,33% случаев. Записей об анамнезе жизни, температуре тела пациента и характеристике частоты и свойств пульса отмечено не было. Из методов рентгенологической диагностики у 60% больных выполнена рентгенография зубов, у 20% больных - обзорная рентгенография (подбородочно-носовая или лобно-носовая проекции). Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи была выполнена у 13,33% больных молодого возраста, 53,33% больных получили направление на консультацию в консультативно-диагностический центр города по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, а 33,33% больных молодого возраста были направлены на стационарное лечение.

При диагностике заболеваний верхнечелюстных пазух у людей среднего возраста опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта были зафиксированы в 100% случаев. В то же время, только у 86,96% больных была сделана запись по оценке выделений из носа, пальпация была использована лишь в 73,91% случаев, перкуссия зубов - в 95,65% случаев. Также как и у людей молодого возраста, в первичной медицинской документации мы не нашли записей об анамнезе жизни, температуре тела пациента и характеристике частоты и свойств пульса у людей средней возрастной группы, страдающих одонтогенным воспалением верхнечелюстной пазухи. Из методов рентгенологической диагностики у 47,83% больных выполнена рентгенография зубов, у 21,74% больных - обзорная рентгенография. Диагностическая пункция

верхнечелюстной пазухи была выполнена у 8,7% больных среднего возраста, 30,43% больных получили направление на консультацию в консультативно-диагностический центр города по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, а 60,87% больных среднего возраста были направлены на стационарное в связи с воспалительным процессом верхнечелюстной пазухи одонтогенной природы.

При обследовании пациентов пожилого возраста с одонтогенным верхнечелюстным синуситом опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта были зафиксированы в 100% случаев. Следует подчеркнуть, что у 58,62% больных были сведения об анамнезе жизни. В то же время, только у 93,1% больных была сделана запись по оценке выделений из носа, пальпация была использована лишь в 89,66% случаев, перкуссия зубов - в 86,21% случаев. Также как и у людей молодого и среднего возраста, в первичной медицинской документации мы не нашли записей о температуре тела пациента и характеристике частоты и свойств пульса у людей этой возрастной группы, страдающих одонтогенным воспалением верхнечелюстной пазухи. Из методов рентгенологической диагностики у 41,38% больных выполнена рентгенография зубов, у 6,9% - обзорная рентгенография. Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи была выполнена у 6,9% больных пожилого возраста, 17,24% больных получили направление на консультацию в консультативно-диагностический центр города по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, а 75,86% больных пожилого возраста были направлены на стационарное лечение, в связи с особенностями клинической картины воспалительного процесса верхнечелюстной пазухи одонтогенной природы.

При обследовании пациентов старческого возраста с одонтогенным верхнечелюстным синуситом опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта также были зафиксированы в первичной медицинской документации 100% случаев. Следует подчеркнуть, что у 65% больных были записи сведений об анамнезе жизни. В то же время, только у 85% больных была сделана запись по оценке выделений из носа, пальпация была использована лишь в 90% случаев, перкуссия зубов - в 100% случаев. Из методов рентгенологической диагностики у 65% больных выполнена рентгенография зубов, у 10% - обзорная рентгенография. Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи у людей старческого возраста не выполнялась. 10% больных получили направление на консультацию в консультативно-диагностический центр города по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, а 80% больных старческого возраста были направлены на стационарное лечение.

**Вывод.** Для подтверждения диагноза необходимо шире применять рентгенологические методы обследования, даже в случаях направления пациентов на консультации в другие лечебно-профилактические учреждения или госпитализацию, что весьма распространено во всех возрастных группах людей, страдающих одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО  
МАТЕРИАЛА OSTEON COLLAGEN 3 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПРОЦЕДУРЫ ЦИСТОЭКТОМИИ**

**Жданов А.В.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[d.d.s.alex81@mail.ru](mailto:d.d.s.alex81@mail.ru)

**Актуальность.** Метод цистоэктомии на сегодняшний день широко распространен в практике хирурга-стоматолога. В результате выполнения данной процедуры после вылушивания самой кисты возникают полостные дефекты костной ткани. Они вызывают либо косметические дефекты в переднем отделе альвеолярного отростка, либо дефицит костной ткани для имплантации в случае одновременной цистоэктомии и удаления зуба. Однако вопрос выбора костнозамещающего материала, имеющего широкий спектр применения, остается открытым для большинства врачей стоматологов-имплантологов. (Zadeh. A, Abdelamid M, Omran. N, Bakhshalian. and D. Tamow, 2016).

**Цель** - изучить возможность применения метода Направленной костной регенерации (НКР) с использованием остеопластического материала OSTEON COLLAGEN 3 при одномоментном цистоэктомии. Оценить эффективность данного материала после процесса регенерации через 9 месяцев после проведения процедуры НКР методами гистологического и рентгенографического исследования.

**Материалы и методы исследования.** В ходе проведенного исследования на кафедре Хирургической стоматологии и Дентальной имплантологии (ТГСИ) проведена процедура цистоэктомия с одномоментной процедурой НКР в исследуемой группе у 22 пациентов с размерами кисты в среднем 10 в возрасте от 25-35 лет с использованием остеопластического материала Osteon Collagen 3 (Юж.Корея) и резорбируемой мембраной из коллагена (Collaguide (Юж.Корея)). После внесения костнопластического материала и фиксации мембраны производилось глухое ушивание раны и назначались антибиотики (амоксиклав 600 мг). Результаты исследования были фиксированы нами по истечению 9-х месяцев срока регенерации, методом рентгенографического и гистологического анализа.

**Результаты.** После проведения гистологического и рентгенографического исследований была получена полная регенерация костной ткани, а также полное заполнение дефекта костной тканью по данным компьютерной рентгенографии. Гистологический анализ, полученный при взятии образцов у пациентов исследуемой группы показал участки остеогенной, волокнистой ткани разной интенсивности уплотнения, умеренное количество остеобластов.

**Выводы.** Исходя из полученных данных, можно с уверенностью утверждать об возможности эффективного применения остеопластического материала Osteon Collagen 3 после выполнения процедуры НКР при дефектах

альвеолярной кости челюстей после цистэктомии для последующих имплантологических манипуляций или восстановления анатомии альвеолярного гребня в эстетической области. Данный материал почти полностью восполняет объем дефицита костной ткани челюсти после периода ремоделирования и регенерации и обладает приближенными морфо-физиологическими характеристиками нативной костной ткани.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО  
МАТЕРИАЛА OSTEON COLLAGEN 3 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПРОЦЕДУРЫ IMMEDIATE IMPLANTATION**

**Жданов А.В.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[d.d.s.alex81@mail.ru](mailto:d.d.s.alex81@mail.ru)

**Актуальность.** Метод Immediat Implantation на сегодняшний день является новым направлением в области дентальной имплантации, но пользующийся большим спросом у врачей-имплантологов. Однако при проведении данной процедуры возникает множество вопросов, связанных с первичной стабилизацией имплантата, а также выбора костнозамещающего материала для заполнения пространств между имплантатом и стенками лунки зуба для предотвращения возможной резорбции альвеолы. Все это создает предпосылки для поиска и изучения остеопластических материалов, подходящих для применения в этом методе.

**Цель** - изучить возможность применения в методе Immediat Implantation остеопластического материала OSTEON COLLAGEN 3 при одномоментном удалении зуба и инсталляции имплантата. Оценить эффективность данного материала после процесса регенерации через 9 месяцев после проведения процедуры методами гистологического и рентгенографического исследования, ISQ регистрации имплантатов в области аугментата.

**Материалы и методы исследования.** В ходе проведенного исследования на кафедре Хирургической стоматологии и Дентальной имплантологии (ТГСИ) проведена процедура Immediat Implantation с одномоментной инсталляцией имплантата (Dentium, Super line Юж.Корея)) и заполнения свободных пространств в лунке аугментатом Osteon Collagen 3 (Юж.Корея) в исследуемой группе у 15 пациентов в возрасте от 30-45 лет. После внесения костнопластического материала и инсталляции имплантата, на имплантат устанавливался формирователь десны (Healing abutment). Результаты исследования были фиксированы нами по истечению 9-х месяцев срока регенерации, методом рентгенографического и гистологического анализа, а также ISQ анализа во время имплантации и после периода полной регенерации кости с аугментатом и ее интеграции с имплантатом.

**Результаты.** После проведения гистологического и рентгенографического исследований была получена полная регенерация костной ткани, а также полное заполнение дефекта костной тканью по данным

компьютерной рентгенографии. При выполнении ISQ анализа было выявлено повышение стабилизации имплантата в области аугментации с 65 ед. (среднее значение в группе) до 75 ед. Гистологический анализ, полученный при взятии образцов у пациентов исследуемой группы, показал участки остеогенной, волокнистой ткани разной интенсивности уплотнения, умеренное количество остеобластов.

**Выводы.** Исходя из полученных данных, можно с уверенностью утверждать о возможности эффективного применения остеопластического материала Osteon Collagen 3 после выполнения процедуры Immediat Implantation для заполнения пустот вокруг имплантата. Данный материал почти полностью восполняет объем дефицита костной ткани челюсти после периода ремоделирования и регенерации и обладает приближенными морфофизиологическими характеристиками нативной костной ткани.

### **РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ПОСЛЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДАВНОСТИ НАТСУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ**

**Жуманов З.Э.**

Самаркандский государственный медицинский университет

Традиционные способы установления давности наступления смерти (ДНС) из-за невысокой точности не соответствуют современным требованиям судебно-медицинской экспертной практики. В связи с этим постоянно предлагаются новые методы определения ДНС. В настоящее время для определения ДНС человека изучается теплопроводность кожи в области трупных пятен, биохимические изменения в стекловидном теле глаза. Обоснована возможность использования ткани головного мозга при производстве посмертной термометрии. В раннем посмертном интервале целесообразно определять ультраструктурные изменения. Биохимические и биофизические методы определения ДНС основаны на выделении различных веществ из клеток в процессе их разрушения в посмертном периоде из-за аутолиза. В связи с этим не потеряли своей актуальности изучение морфологических критериев органов, в том числе и головного мозга, для изучения ДНС.

**Цель исследования** - определить давность наступления смерти в условиях аридной зоны в разные сроки постмортального периода после массивной кровопотери на основании изучения продолговатого мозга.

**Материал и методы исследования.** Исследовали структурные изменения продолговатого мозга от 61 трупов лиц, погибших от массивной кровопотери, вызванной повреждением сосудов и внутренних органов острыми орудиями. Объем внутренней кровопотери у погибших составил от 2500 до 4500 см<sup>3</sup>, кроме того, во всех случаях наблюдалась наружная кровопотеря. Исследование проводили после смерти через 6-8, 8-10, 10-12, 12-14, 14-16, 16-18, 18-20, 20-24, 24 часа и более. Кусочки продолговатого мозга из области дна

IV желудочка фиксированы в 10% нейтральном формалине, проведены через спиртовую батарею, залиты в парафин, окрашены гематоксилином и эозином, по методам Ван-Гизон и Маллори. Площади нейронов и сосудов продолговатого мозга измеряли точечным методом по Г.Г. Автандилову. Для математической обработки данных применен метод Стьюдента-Фишера с определением средней арифметической  $M$ , средней ошибки относительных величин  $m$  и коэффициента достоверности разности  $t$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** При смерти от массивной кровопотери в продолговатом мозге в динамике посмертного интервала выявляется нарастание деструктивных изменений нейронов и сосудов. Гидропические изменения в нейронах продолговатого мозга определяются уже через 6-8 часов постмортального периода, в некоторых нейронах наблюдается также кариопикноз. Через 8-10 часов в нейронах отмечается кариопикноз, отростки их не определяются. Через 10-12 часов постмортального периода в нейронах наблюдается более выраженный кариопикноз. Через 12-14 часов после смерти в нейронах вокруг ядра продолговатого мозга отмечаются признаки кариолизиса. Через 14-16 часов после смерти в нейронах продолговатого мозга на фоне их набухания отмечается кариолизис. Через 16-18 часов постмортального периода в нейронах наблюдается полный кариолизис. Через 18-20 часов нейроны сморщены. В дальнейшем (20-24 часов) тела нейронов выглядят сморщенными, а через 24 часа они еще больше сжимаются и наблюдаются начальные стадии цитолиза.

Сосуды продолговатого мозга в динамике постмортального периода после массивной кровопотери также подвергаются структурным изменениям. В ранние сроки постмортального периода (6-8 часов) наблюдаются признаки набухания стенки сосудов, также присоединяются признаки атонии сосудов (8-10 ч). В дальнейшем (10-12 ч) в сосудах продолговатого мозга в некоторых ядрах эндотелиоцитов отмечаются очаговый пикноз и кариолизис, слои стенки не различаются, а через 12-14 часов в них начинаются деструктивные изменения, так как ядра эндотелиоцитов не определяются. 14-16 часов стенки артерий набухшие вследствие отека, ядра эндотелия не определяются, в некоторых сосудах ядра миоцитов гипохромные. В просветах сосудов отмечаются большие агрегаты эритроцитов, причем их форма изменена или вообще не различима. К 16-18 часам постмортального периода некоторые эндотелиоциты вакуолизированы, содержимое сосудов выглядит гомогенным, очертания эритроцитов не определяются. В дальнейшем (18-20 часов) эти изменения усиливаются, слои стенки не различаются. Деструктивные изменения крупных, средних и мелких артерий более выражены (20-24 ч), через 24-28 часов наступает полная деструкция стенки сосуда.

**Выводы.** В условиях жаркой аридной зоны в продолговатом мозге по мере увеличения срока постмортального периода после массивной кровопотери изменения нервных и сосудистых структур отражают ДНС. Отмечается постепенное нарастание процессов аутолиза, причем в сосудах они протекают более интенсивно, чем в нейронах. В динамике постмортального периода

сравнительная характеристика морфологических и морфометрических параметров нейронов и сосудов продолговатого мозга позволяет судить о сроках ДНС после массивной кровопотери в условиях жаркой аридной зоны.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

**Жураев И.Г., Холиков А.Б., Халиков Ф.О.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Врождённый вывих бедра наиболее частый врождённый порок развития опорно-двигательного аппарата у детей. В настоящее время основополагающими принципами являются принципы ранней диагностики заболевания и его лечения с первых дней жизни ребёнка «щадящими» функциональными методами. До сих пор остаются дискуссионными и разноречивыми мнения о показаниях, сроках и выборе способа оперативного лечения врождённого вывиха бедра. Предложенная в 1961 году операция Солтера до сих пор остается золотым стандартом лечения врожденного вывиха бедра. В настоящее время подавляющее большинство ортопедов используют комбинированное вмешательство, включающее открытое вправление, корригирующую остеотомию бедра и остеотомию таза по Солтеру. После оперативного лечения коксартроз возникает в 33-62% случаев, а инвалидность у больных с коксартрозом достигает 50%.

**Цель исследования** - изучение результатов оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста.

**Материал и методы исследования.** Были изучены данные пациентов, перенесших хирургического лечение по поводу врождённого вывиха бедра - 106 больных (143 сустава) в возрасте от 2 до 5 лет. В возрасте до 3-х лет прооперировано 32 детей (30%) - 56 суставов, в возрасте от 4 до 5 лет 74 детей (70%) - 87 суставов. Правосторонний врождённый вывих был у 22 больных (20,7%), левосторонний у 47 больных (44,3%), а двухсторонний врождённый вывих у 37 (35%) больных. Мальчиков было – 18 (17%), девочек – 88 (83%).

Показания к оперативным вмешательствам ставились на основании рентгенометрических показателей и у некоторых больных на основании артрографии. При незначительных изменениях проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины применяли простое открытое вправление, которое применено у 41 больного. У 42 больных с изменениями проксимального конца бедренной кости в виде антеверзии и вальгизации, со скошенной вертлужной впадиной применена операция открытого вправления с корригирующей подвертельной остеотомией бедренной кости и ацетабулопластикой. У 43 больных с выраженной недостаточностью крыши вертлужной впадины применена операция открытого вправления с корригирующей подвертельной остеотомией бедренной кости и остеотомией таза по Солтеру. Начиная с 2018 года, мы используем модификацию остеотомии таза предложенную Соколовским А.М. Особенность этой операции

состоит в том, что не проводится отслойка надкостницы подвздошной кости, что предотвращает кровотечение из питающих сосудов. Указанная модификация намного уменьшает травматичность операции и кровопотерю.

**Результаты.** Для оценки результатов лечения мы использовали трёхступенную систему оценки результатов лечения. При сроках наблюдения от 2 до 10 лет результаты оценены следующим образом: хороший результат – у 75 больных (70,7%), удовлетворительный – у 17 больных (15,1%), неудовлетворительный – у 14 больных (14,2%).

Оценка результатов оперативного лечения показывает, что большой процент хороших результатов наблюдается после операции открытого вправления, корригирующей остеотомии бедренной кости и операции Солтера (84%). У 75 (70,7%) больных походка была нормальная, функциональный результат хороший, хотя не у всех больных наблюдалась отличная рентгенологическая и клиническая картина. Объём движений у больных составлял не менее 2/3 от нормы, причем чаще были ограничены ротационные движения. Рентгенологическая картина также приближалась к норме: хорошая центрация головки во впадине, ШДУ 115-130°, АИ 6-15°, впадина округлой формы, покрытие головки полное, суставные поверхности конгруэнтны. В 17 (15,1%) случаях результат оценен как удовлетворительный. Дети слегка прихрамывали, объём движений в суставе составлял 2/3 от нормы. Рентгенологически выявились различные отклонения, например инконгруэнтность суставных поверхностей из-за уплощения впадины (АИ-15-26°). У 14 (14,2%) больных наблюдались неудовлетворительные результаты, что проявлялось рентгенологически: децентрацией, остаточным подвывихом, деформациями после асептического некроза. Клинически наблюдалась хромота и усталость.

### **Выводы:**

1. Наилучшие результаты лечения наблюдаются после операции открытого вправления с корригирующей остеотомией бедренной кости и остеотомией таза по Солтеру.

2. Использование остеотомии таза по методике, предложенной А.М. Соколовским позволяет значительно уменьшить травматичность операции и кровопотерю.

3. Соблюдение принципов этапного комплексного лечения, использование всего арсенала современных реабилитационных мероприятий и длительное диспансерное наблюдение приводят к достижению хороших результатов и обеспечивают социальную и профессиональную реабилитацию больных.

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ СУСТАВОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**

**Жураев И.Т., Индиаминов С.И.**

Самаркандский государственный медицинский университет

Дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) в настоящее время является основной причиной тупой механической травмы, при котором чаще всего страдают люди самого трудоспособного возраста. В условиях ДТТ наиболее часто травмируется структуры головы и конечностей. В конечностях у лиц, пострадавших, наряду с формированиями переломов костей, нередко поражаются и структуры суставов.

**Цель исследования** – выявить особенности формирования повреждений структуры крупных суставов у лиц, пострадавших в условиях ДТТ.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проведены в 2-х группах наблюдений. 1-ая группа- у 85 пешеходов, пострадавших от столкновений с движущимися автомобилями. 2-ая группа – у 76 велосипедистов, получивших травму в условиях наезда транспортных средств на корпус движущегося велосипеда. Обстоятельства происхождений травм уточнены на основании данных постановлений о назначении судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), по анамнезу пострадавших, а в ряде случаев – по материалам предварительного дознания.

**Результаты исследования.** У лиц, пострадавших обеих групп чаще всего отмечены ушибы суставов (13,7%), при этом преобладали ушибы без поражений внутренних структуры суставов (61,5%), затем – перелома-вывихи суставов (10,5%). Другие виды поражения структуры суставов, такие как повреждения связок и внутрисуставные переломы отмечены редко (5,6% и 7,4%). При ушибах мягких тканей суставов проявлений гемартроза отмечены в 13,7%, при поражениях связок - преобладали их растяжения, а внутрисуставные переломы в одних случаях имели оскольчатый характер, в других случаях - только с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей.

Наибольшую часть (54,6 %) пострадавших в обеих группах составили лица мужского пола в возрасте от 18 до 44 лет, дети пострадавшие также составили немалую часть (19,3%), на что необходимо обратить в разработке профилактических мер по снижению ДТП.

**Выводы.** При механической травме от воздействия тупых предметов, наряду с переломами костей конечностей, поражаются и структуры суставов. В составе которых преобладают ушибы и перелома-вывихи. Изучения особенностей поражения структуры суставов, наряду с оценкой механизма травмы, может способствовать к ранней диагностики суставных поражений.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ**

**Жўраев Ш.А., Сирожиддинова З.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель работы** - изучить психоэмоциональное состояние больных с онкологией, исследовать влияние положительных эмоций и хорошего отношения на общее течение болезни и облегчение болевых симптомов.

**Материал и методы исследования** - изучение научной литературы, анализ полученной информации, поиск достоверной информации и сравнение психоэмоционального состояния больных с психоэмоциональным состоянием здорового человека.

**Результаты исследования.** В медицине отмечается важность исследования психологических и социальных проблем пациентов, больных онкологией, в специализированных учреждениях и оказания пациентам психологической помощи. Зачастую больные раком полагают, что диагноз «рак» - это конец их жизни. Так или иначе, болезнь означает изменения в жизни. Изменения начинаются с момента определения диагноза, и продолжаются на протяжении всего периода лечения и всей жизни. Лечение рака может быть очень трудным и, возможно, одним из наиболее стрессовых периодов в жизни онкологического пациента. Преодолеть болезнь значит быть терпеливыми. Часто терпения как раз и не хватает, как и не хватает простых ресурсов: времени, сил, человеческой поддержки. Следует помнить о том, что первая основа противостояния любым недугам человека - это его постоянная, искренняя, глубокая и целенаправленная нравственная работа над собой, ведущая к его духовному исцелению. С онкобольными могут и должны работать специалисты в области психологии и психиатрии, имея дело не только с больным, но также и с их семьями. Эта специализация называется психоонкология. Данная специализация рассматривает психологические и социальные аспекты рака. Процесс исцеления рака включает решение проблем и преодоление этих проблем пациентом. Большинство проведенных исследований указывают на то, что значительная часть взрослых и детей на самом деле являются психологически устойчивыми в борьбе с раком. Однако симуляция оптимизма может стать дополнительным стрессовым фактором. Для многих людей хорошей стратегией является выяснить как можно больше информации о раке. Кроме того, важна поддержка окружающих и специалистов.

**Выводы.** Диагноз «рак» не означает, что нужно готовиться к смерти. Он означает, что нужно учиться жить полноценно, используя весь заложенный природой потенциал здоровья. Для начала следует понять, что рак - не нелепая случайность, не причуда жестокой судьбы, а длительный процесс, имеющий свою историю и свои причины.

**ОЦЕНКА ОКСИДАНТНЫХ НАРУШЕНИЙ В ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ  
ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

**Зуб А.А., Гайворонская Т.В.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[anna.zub\\_1994@mail.ru](mailto:anna.zub_1994@mail.ru)

**Актуальность.** Поиск объективных критериев диагностики хронического генерализованного пародонтита (ХГП) имеет важное значение для современной пародонтологии. Диагностические тесты с использованием десневой жидкости могут применяться клиницистами для очень ранней диагностики хронического пародонтита, оценки риска развития, прогрессирования и ответа на лечебные мероприятия путем выявления специфических биомаркеров.

**Цель исследования** - изучить динамику изменения концентрации каталазы, супероксиддисмутазы, общей антиоксидантной активности и малонового диальдегида в десневой жидкости до и после хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита, а также оценить прогностическую значимость исследуемых показателей для диагностики риска развития ХГП.

**Материалы и методы** - рандомизированное контролируемое исследование проводилось на базе ГБУЗ СП №3 г. Краснодара. Проведен анализ результатов лечения 50 пациентов с диагнозом ХГП. Контрольную группу составили 20 пародонтологически здоровых людей. Оценку концентрации биохимических показателей (каталаза, супероксиддисмутаза, общая антиоксидантная активность и малоновый диальдегид) в десневой жидкости до лечения, через 14 дней после хирургического лечения и через 6 месяцев наблюдения. Дополнительно оценивалась прогностическая значимость исследуемых показателей для диагностики риска развития ХГП.

**Результаты.** Изменение концентрации биохимических показателей в десневой жидкости группы ХГП до и после хирургического лечения представлено в таблице 1. До лечения отмечалось снижение уровня каталазы в 2,9 раз, супероксиддисмутазы в 2 раза, общей антиоксидантной активности в 2,9 раз на фоне повышения уровня малонового диальдегида в 4,3 раза по сравнению с контрольной группой. Через 14 дней лечения наблюдалась выраженная положительная динамика в изменении уровня всех исследуемых биохимических показателей. Так, отмечено повышение уровня каталазы на 88%, уровня супероксиддисмутазы на 37%, уровня общей антиоксидантной активности на 111%, а уровень малонового диальдегида снизился на 20%. Тем не менее, уровни всех показателей не достигали нормальных значений контрольной группы ( $p < 0,001$ ). Через 6 месяцев наблюдения отмечалось повышение концентрации каталазы на 138%, супероксиддисмутазы на 104%, общей антиоксидантной активности на 143% и снижение концентрации

малонового диальдегида на 80% по сравнению с данными значениями до лечения. Вместе с тем, уровни всех биохимических показателей не показали статистически значимой разницы с данными группы контроля, что свидетельствует о нормализации показателей антиоксидантной защиты в тканях пародонта.

Таблица 1.

**Динамика биохимических показателей до и после лечения,  
[Me (Q25; Q75)]**

Группа Время Показатель	Группа больных ХГП			Контроль До лечения
	До лечения	14 суток	6 мес	
КАТ, моль/л*мин	4,21 (2,49; 8,85) $p_1 < 0,001^*$	7,91 (5,38; 11,0) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,017^*$	10,0 (7,67; 12,6) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,298$ $p_2 < 0,001^*$	12,1 (9,13; 17,2)
СОД, % инг., 10 мин	1,34 (1,06; 1,76) $p_1 < 0,001^*$	1,83 (1,68; 2,32) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,014^*$	2,74 (2,50; 3,01) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,959$ $p_2 < 0,001^*$	2,74 (2,05; 3,39)
ОАА, мМ вит С	0,037 (0,026; 0,048) $p_1 < 0,001^*$	0,078 (0,063; 0,095) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,046^*$	0,09 (0,077; 0,095) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,261$ $p_2 = 0,307$	0,109 (0,083; 0,143)
МДА (ТБЧ), усл. ед.	0,056 (0,040; 0,169) $p_1 < 0,001^*$	0,045 (0,018; 0,069) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,001^*$	0,011 (0,008; 0,027) $p < 0,001^*$ $p_1 = 0,969$ $p_2 < 0,001^*$	0,013 (0,009; 0,030)

*Примечание: p - достоверность результатов по отношению к данным до лечения; p<sub>1</sub> - достоверность результатов по отношению к данным контрольной группы; p<sub>2</sub> - достоверность результатов по отношению к данным через 14 дней после лечения; \* - статистически значимые различия при p < 0,05.*

Наибольшей прогностической ценностью среди исследуемых биохимических показателей обладают супероксиддисмутаза, общая антиоксидантная активность и малоновый диальдегид (табл. 2).

Таблица 2.

**Прогностическая значимость биомаркеров в десневой  
жидкости больных ХГП**

Маркер	Чувствительность	Специфичность	Площадь под кривой (AUC)
КАТ	92%	50%	0,871
СОД	96%	70%	0,915
ОАА	96%	80%	0,965
МДА	90%	70%	0,922

**Заключение.** Основываясь на полученных результатах, можно сделать вывод, что хирургическое лечение ХГП способствует нормализации изучаемых биохимических параметров. Одновременно наши результаты предполагают, что КАТ, СОД, ОАА и МДА в десневой жидкости могут быть потенциально полезны для раннего выявления лиц, находящихся в «группе риска» развития хронического пародонтита, контроля активности заболевания и регистрации ответа на лечебные мероприятия, а десневая жидкость - точной и перспективной экспериментальной жидкостью для неинвазивной диагностики воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта. Хотя многообещающие результаты были получены в относительно небольшой выборке, необходимо провести дальнейшие исследования с большим объемом выборки для более точной характеристики исследуемых антиоксидантов в качестве биомаркеров ХГП.

**АМБУЛАТОР СТОМАТОЛОГИК КЎРИҚДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ  
ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ “ПРЕКАНЦЕРОЗ” ХОЛАТЛАРДА  
ЛЮМИНОСКОПИК ТЕКШИРУВ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Ибайдуллаева Б.А., Ибрагимова Н.С.**

Тошкент давлат стоматология институти

[ibajdullaevab@gmail.com](mailto:ibajdullaevab@gmail.com)

**Долзарблиги.** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати(ОБШҚ) саратон олди касалликлари тарқалишининг ортиб бориши ҳозирги кунда долзарб муаммо сифатида қаралмоқда. Ўз вақтида кўйилган ташхис ва беморлар маршрутизацияси касаллик оқибатини белгилайдиган муҳим омил ва ушбу “занжир”нинг муҳим бўғини умумий амалиёт стоматологидир. Кўпгина преканцероз ҳолатларнинг клиник кечишининг ўзига хос хусусияти кўпинча шикоятларнинг йўқлиги ва симптомларнинг ноаниқлиги билан ифодаланади. ОБШҚдаги ўзгаришларни визуализация қилишни осонлаштириш учун оптик модуллар билан такомиллаштирилган ва ёруғлик оқимининг нурларида тўқималарнинг бирламчи люминесценция қобилятига асосланган онкоскрининг люминесцент тизимлар таклиф етилган. Илмий адабиётларда Fusion DOE, Visilite, Vescore тизимларидан фойдаланиш хусусиятлари ва турли клиник вазиятларда қўлланилганда афзалликларига еътибор қаратилган. 2011-йилдан буён ўтказилган илмий тадқиқотлар натижасида (Awan et al. (2011) Autofluorescence vs. COE and oral biopsy) VELscope® люминоскоп тизими ўрганилганда қизил ясси темиратакали ва лейкоплакияли беморларга аппаратнинг сенсублизацияси 84.1% ни спецификлиги 15.3% ни ташкил етган яъни люминоскопия зарарланиш соқасидаги хавфнинг юқори ёки пастлигини аниқлаш даражаси паст лекин ОБШҚдаги касалликларга юқори кўрсаткичда ташхис қўйаолади

**Ишдан мақсад.** Ушбу тадқиқот ОБШҚ касалликларини аниқлаш учун амбулатор стоматолог қабулида люминоскопик тизимдан фойдаланишнинг диагностика аҳамиятини ўрганишдан иборат.

**Тадқиқот усули ва материали** - Oral ID тизими, илмий адабиётлар, 25та илмий мақола, беморлар касаллик тарихи. Тадқиқот оғиз бўшлиғи санацияси ва ОБШҚдаги ўзгаришларга шикоят билан келган беморларда ўтказилди (15та беморда қизил ясси темиретка, 6та беморда лейкоплакия, 3та беморда сурункали дескваматив глоссит, 5та беморда сурункали рецидивланувчи афтоз стоматит, беморлар 19-72 ёш оралиғида).

**Натижа.** ОБШҚ кератинизациясининг бузилиши билан кечадиган касалликлар(қизил ясси темиретка, лейкоплакия, дескваматив глоссит) ва эрозив-яралли шикастланишларда(асоратланган қизил ясси темиретка, эрозив-яралли формали лейкоплакия, сурункали рецидивланувчи афтоз стоматит) ўтказилган люминоскопик текширувларга кўра гиперкератотик ўзгаришлар ташхиси қўйилганда қизил ясси темиретканинг типик ва гиперкератотик шакллари ҳамда ясси ва веррукоз лейкоплакия ўчоқларида интенсив порлашлар кузатилган, ўзгармаган шиллик қаватнинг атрофидаги фон яшил ёки яшил-бинафшаранг сифатида кўринади. ҚЯТ ва лейкоплакиянинг эрозив-яралли шаклига ташхис қўйишда шуни хисобга олиш керакки, гиперкератоз ўчоқларининг порлаши люминоскопик текширувида бўлмайди чунки экссудация жараёни маълум даражада уни маскировка қилади. Шиллик қават атрофидаги фон, шиш пайдо бўлишининг даражаларига кўра, кулранг ёки бинафша рангда люминесценцияланади. Люминесценциянинг бу хусусияти бемор аҳволини мониторинг қилиш ва белгиланган даволаш самарадорлигини баҳолашда муваффақиятли қўлланилиши мумкин, яъни бунда шиш йўқолганда гиперкератоз ўчоқларининг биринчи босқичида заиф кейинчалик даволашнинг кейинги босқичларида аниқ люминесценцияланади. Реаблитация босқичларида “марваридли” люминесцент интенсивлигининг зайфроқ бўлиши эпителининг янгиланишидан далолот беради

**Хулоса.** Амбулатор стоматологик кўрикда люминоскопик системалардан фойдаланиш нафақат умумий амалиёт стоматологига ОБШҚдаги преканцероз жараёнларнинг визуализациясини осонлаштиради шу билан бирга эрозив-яралли шикастланишларда тайинланган даво самарадорлигига баҳо беришга ҳам имкон беради.

### ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ

**Ибатов Н.А., Абдумаликов И.Р., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последнее время многие проявляют интерес к ринопластическим операциям, и при этом стараются устранить деформацию наружного носа и не уделяют внимания сохранению или восстановлению функций полости носа и околоносовых пазух. Необходимо учитывать, что при выполнении ринопластики помимо косметических задач надо решать также более сложную задачу - восстановление функций носовой полости. Поэтому эстетические операции в области наружного носа должны выполняться

оториноларингологами, которые владеют также эндоназальными хирургическими вмешательствами.

Под нашим наблюдением находились 72 пациента которым была проведена ринопластика. При сравнении результатов обследования пациентов, оперированных различными хирургическими доступами, оказалось, что нарушения носового дыхания достоверно чаще встречаются после «эндоназальной» техники (65%), чем после «открытой» ринопластики (48%).

Нами была обнаружена связь функциональных нарушений после ринопластики с объемом операции. Для того, чтобы оценить динамику заболевания после проведенной операции, мы использовали метод визуальной оценки симптомов. Для этого пациентам до после операции предлагали заполнить специальные карты, в которых они отмечали выраженность основных симптомов (носовое дыхание, выделение из носа, головная боль) по 10-балльной шкале.

При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в первой группе ( $5,3 \pm 1,5$  баллов и  $9,2 \pm 1,3$  по субъективной оценке пациентов соответственно).

У значительной части пациентов (69%), подвергнувшихся эстетической ринопластике, выявляется существенное нарушение функции носового дыхания. Основными причинами послеоперационной назальной обструкции является недостаточность клапана носа (64%), искривление перегородки носа (62%), гипертрофия нижних носовых раковин (38%), синехии полости носа (8%), буллы средних носовых раковин (4%).

В отличие от функции носового дыхания, состояние мукоцилиарного транспорта у пациентов, перенесших ринопластику существенно не страдает (время мукоцилиарного транспорта  $17 \pm 2,8$  мин в первой группе и  $16 \pm 2,9$  мин во второй ( $p > 0,05$ ). Признаки нарушения обоняния выявлены у некоторых пациентов только в раннем послеоперационном периоде.

У 55% пациентов, перенесших эстетическую ринопластику, выявляется нарушение местной иннервации в виде гипоэстезии. С течением послеоперационного периода выраженность невралгических нарушений уменьшается, однако у 3% сохраняется при отдаленных сроках наблюдения. Наиболее существенные изменения наблюдаются у пациентов после открытого доступа, резекции оснований крыльев и латеральной эндоназальной остеотомии.

Функциональные нарушения после ринопластики обычно связаны с объемом операции. При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в первой группе ( $6,2 \pm 1,5$  баллов) чем во второй(

8,9±1,3баллов по субъективной оценке).

Таким образом, для достижения хорошего результата после эндоназального вмешательства на внутриносовых структурах в сочетании с ринопластикой, важным обстоятельством является адекватное ведение больных в послеоперационном периоде, с тщательным проведением необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

## **ТАШҚИ БУРУННИНГ ДЕФОРМАЦИЯСИДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф.**

Тошкент давлат стоматология институти

Сўнги ўн йилликларда эстетик ринопластика жамиятда жуда машҳур бўлди. Бунда телевидение ва бошқа оммавий ахборот воситалари катта рол ўйнайди. Ринопластикадан кейинги асоратлар турли нашрларда 4% дан 30% гача ўзгариб туради, риножарроҳга эса бошқа жарроҳлик мутахассисликлари вакилларига қараганда анча катта масъулият юкланади.

**Тадқиқотнинг мақсади** - ташқи бурун деформацияси бўлган беморларни комплекс даволашни такомиллаштириш ҳисобланади.

**Тадқиқот материали.** Тошкент давлат стоматология институти Оториноларингология кафедрасининг клиник базаси ҳисобланган “Ibatov's Clinic” МЧЖ хусусий клиникасида 2019-2021 йиллар давомида ташқи бурун деформацияси билан 89 нафар бемор, жумладан, 46 нафар эркак ва 43 нафар аёл тиббий кўрикдан ўтказилди. Беморларнинг ёши - 18 ёшдан 54 ёшгача. Таъкидлаш лозимки, шу вақт мобайнида кузатувларимизда бўлган 11 нафар бемор икки марта, тўрт нафари эса уч марта касалхонага ётқизилган, шу тарика, шифохонага 104 та мурожаат бўлган. Беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшдагилар, яъни 21 ёшдан 40 ёшгача бўлди. Барча беморларни шартли равишда 3 та клиник гуруҳга ажратдик. Биринчи гуруҳга ташқи буруннинг изоляцияланган деформацияси бўлган 38 та бемор кирди. Иккинчи гуруҳга ташқи буруннинг деформацияси ва бурун тўсиғининг эгрилиги бўлган 29 нафар бемор кирди. Учинчи гуруҳга 22 та бемор кирди, уларда бурун тўсиғининг эгрилиги билан бирга ташқи буруннинг деформациясидан ташқари, бурун ичи тузилмаларининг коррекциялашни талаб қилувчи бошқа касалликлари (бурун чиғаноғи гиретрофияси, бурун бўшлиғи синехияси, вазомотор ринит ва х.к.) ҳам мавжуд эди. Барча беморларга тегишли равишда жарроҳлик амаллари ўтказилди. Беморларни текшириш умумклиник текширув ва ички органлар функцияларини текширишни, шунингдек, махсус оториноларингологик текширувни ўз ичига олади. Натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Текширувдан ўтган барча беморлар одатда ушбу касалликлар гуруҳига хос бўлган белгиларга, яъни бурун орқали нафас олишда доимий ёки даврий қийинчилик, бурундан ажралма оқиши, бурун-халқумга патологик ажралма оқиши, бош оғриғи, ҳид билишнинг пасайиши ёки йўқолиши, бурундаги ёқимсиз ҳид келишига шикоят қилишди. Номахсус

табиатли шикоятлар ҳам бўлди, масалан, умумий ҳолсизлик, кучсизлик, иштаҳанинг ёмонлиги, уйқунинг нотинчлиги, тез-тез шамоллаш ва томоқнинг қуриши кузатилди.

Биз ташки бурун ва интраназал тузилмалар деформацияларини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг табиий жароҳатни тикланиш жараёнини эндоскопик ўрганишни таҳлил қилдик. Эндоскопик ва цитологик тадқиқотлар асосида бурун бўшлиғида жароҳатни даволашнинг учта асосий босқичини ажратдик. Биринчи босқич - ҳосил бўлган қон қуйқаси остида битиш, ўртача 7-10 кун давом этади. Иккинчи босқич - операциядан кейинги лимфатик шиш, ўртача 17-25 кун давом этади. Учинчи босқич - тўқималарнинг қайта тузилиши ва эпителизацияси 1 ойдан 3 ойгача давом этиши мумкин.

Эндоскопик текширув вақтида операциядан кейинги дастлабки 7-10 кун ичида яралар ва тикилган жойни қон қуйқалари қоплаганини кузатишимиз мумкин бўлди. Улар, одатда, беморлар бурнини қоққанда чиқиб кетди. Улар чиқиб кетгандан сўнг, одатда, қайта тикланган шиллик қават билан қопланган грануляция юзаси аниқланди. Қон қуйқаси ёки қобиқларнинг мавжудлиги биринчи грануляция пайдо бўлишининг аниқ моментини аниқлашга имкон бермайди. Бундан ташқари, тўқималарнинг лимфатик шиши тахминан бир вақтда юзага келади. Жарроҳлик амалидан кейин бурун бўшлиғида шиш сезиларли даражада катта бўлганда операция қилинган бўшлиқларнинг аэрацияси кескин бузилади. Шиш натижасида пайдо бўлган ўрта бурун чиғаноғи ва бурун тўсиғининг узок муддатли алоқаси синехия шаклланишига олиб келиши мумкин. Беморларнинг кўпчилигида (78,4%) шиш тўртинчи ҳафтанинг охирига келиб йўқолди, 14,1% да тўрт ҳафтадан аввал ва 7,5% да шиш тўрт ҳафтадан кейин йўқолди.

Беморларнинг кўпчилигида (78%) операция қилинган бурун ёндош бўшлиқлари ҳолатини меъёрлашиши операциядан кейинги тўртинчи ҳафтадан еттинчи ҳафтагача бўлган даврда қайд этилди. Бурун бўшлиғининг ботик юзаларида, шиллик парданинг кесилган чизиғи ва тикиш чизиғи бўйлаб, ўрта бурун чиғаноғи ва бурун бўшлиғининг латерал девори орасидаги соҳада, шунингдек, бурун чиғаноғи ва бурун тўсиғида орасида қобиқ ҳосил бўлишининг кучайиши кузатилди. Афтидан, кўпинча ушбу соҳаларда синехия ва чандиқлар бўлганлиги туфайлидир.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда махсус силикон сплинтлардан фойдаландик. Интраназал аралашувлардан сўнг бундай сплинтларни ўрнатиш операциядан кейинги капилляр қон кетишини сезиларли даражада камайтиради.

Даволашнинг клиник натижалари 3 балли шкала бўйича баҳоланди: 3 балл – яққол эффект (гиперемия, шиш ва яралар нуксоннинг сезиларли даражада камайиши); 2 балл - ўртача эффект (гиперемия, шиш ва яралар нуксоннинг камайиши); 1 балл – сезиларсиз эффект (гиперемия, шиш ва яралар нуксоннинг сезиларсиз камайиши). Жарроҳлик амалидан кейин ўтказилган баҳолаш натижасида Даволашдан 1 ҳафта кейин асосий гуруҳ 15 (47%) беморда 3 балл, 10 (31%) беморда 2 балл, 7 (22%) беморда 1 балл, назорат гуруҳи 8 (40%)

беморда 3 балл, 7 (35%) беморда 2 балл, 5 (25%) беморда 1 балл, даволашдан 2 ҳафта кейин асосий гуруҳ 24 (75%) беморда 3 балл, 6 (19%) беморда 2 балл, 2 (6%) беморда 1 балл, назорат гуруҳи 10 (50%) беморда 3 балл, 7 (35%) беморда 2 балл, 3 (15%) беморда 1 балл деб баҳоланди.

**Хулоса.** Шундай қилиб, ташқи буруннинг деформациясини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг беморларда операциядан кейинги даврда 20% Актовегин гелини интраназал қўллаш операциядан кейинги яллиғланиш белгиларининг тезроқ регрессиясига ёрдам беради, репаратив жараёни ва эпителизацияни тезлаштиради.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ**

**Ибрагимов Д.Д., Сирожиддинов У.Х., Исматов Н.С.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Актуальной задачей хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является замещение дефектов костной ткани челюстей костными заменителями, возникающих после операций, удаления зубов, удаления радикулярных кист челюстей. Возникающие дефекты кости после операций на челюстях затрудняют провести протезирование без зубной части альвеолярного отростка что вызывают нарушение речи, жевательной функции и эстетики лица.

Для устранения костных дефектов челюстей традиционно используется аутоостеотрансплантант взятая из подбородочного отдела или ветви нижней челюсти, бугра верхней челюсти, костей мозгового черепа (Робустова Т.Г., Иванов С.Ю.). Однако, взятие костного аутоматериала требует дополнительной операции. Тем более нецелесообразно заполнение ограниченных дефектов челюстей трансплантатами из гребешка подвздошной, большой берцовой, малой берцовой и лучевой кости, которые применяют при восстановительных операциях у онкологических больных, посттравматических деформациях, врожденных дефектах лицевого черепа (Babusch Ch., 2009).

В связи с вышеизложенным, большую актуальность приобретает применение синтетической кости для пластики челюстей.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является замещение костных дефектов челюстей после операции цистэктомии с стимулятором остеогенеза Коллапан-ЛМ (линкомицин, метронидазол).

**Материал и методы.** Объектом исследования явилось анализ результатов 17 больных с радикулярными кистами зубов верхней и нижней челюсти на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского Медицинского института в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской медицинской объединение за 2021 г.

Все пациенты были разделены на две группы: пациенты с традиционным лечением (7 человек, 41%), у которых больных с осложнений хроническими периодонтитами комплексная лечения проводилось традиционным методом; и

пациенты с рекомендуемым комплексным лечением (10 человек, 59%), у которых больных с радикулярными кистами после операции цистэктомии резекции верхушки корня зубов с цистэктомией заполняли полость остеорегенераторным препаратом Коллапан-ЛМ, для предотвращения атрофии контура альвеолярного гребня и восстановления структурной целостности костных дефектов, повышения остеогенного потенциала костной ткани.

**Результаты.** В первой группы 7 пациентов у 4 пациентов послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-12 день. У двух пациента наблюдалось расхождение швов на 5-6 день, был наложен матрацный шов, проводились блокады с анестетиком (3 блокады). У одного пациента наблюдался нагноение операционной раны последующим образованием свища. Это было связано с нарушением режима в послеоперационном периоде с сильным переохлаждением. Больной был взят под контроль для дальнейшей лечебной тактики.

Больным во второй группе после операции цистэктомия и с резекцией верхушки зуба образовавшийся дефект промывались 3% раствором перекиси водорода, 0,12% раствором хлоргексидина, полость кисты полностью заполняли с гранулами остеорегенераторным препаратом гранулами Коллапан - ЛМ с сгустком крови, слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место и фиксировали узловыми швами из полиамидной нити.

Из 10 пациента у 9 пациентов послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-12 день. В отличие от первой группы больных всего у одного пациента наблюдалось расхождение швов на 6 день из за нарушения режима лечения; больному был наложен матрацный шов, проводились блокады с анестетиком (3 блокады). Швы сняты на 11 день.

У обследованных в обеих группах больных через 3 месяца проведено рентгенологическое исследование, проведен сравнительный анализ.

**Заключение.** Регенерация дефектов костной ткани после операций цистэктомией и с резекцией верхушки корня зуба при применении костного стимулятора - Коллапан - ЛМ с линкомицином и метринидазолом способствует снижению обсеменённости микрофлоры ротовой полости, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофлоры в ране выявляются клетки регенераторного и фагоцитарного типа (фиброциты, фибробласты и макрофаги). происходит более быстрое построение зрелой кости.

### **ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОГО РЕГЕНЕРАТОРА СТИМУЛ-ОСС ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЕ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА**

**Ибрагимов Д.Д., Отабоев Р.Ш., Ишмаматов Л.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Операция удаления нижнего и верхнее челюстных зубов

часто оказывается сложной из-за анатомических особенностей расположения зубов, разнообразия формы, и количества корней, патологических изменений в окружающих его костной ткани: Существует множество сообщений в литературе о выборах техники: лечения больных с данной патологией. Выполнение операции сопровождается значительным повреждением костной и мягких тканей, окружающей зоны удаляемого зуба. После удаления последних моляров верхней и нижней челюсти особое влияние на этиологию воспалительных осложнений оказывает бактериальная обсемененность перикоронарного пространства, а также структура содержимого костного кармана ретромолярной зоны нижней и верхней челюсти.

В связи с выше изложенным, особое значение приобретает поиск современных антисептических препаратов обладающих высокими противовоспалительным, антибактериальными ранозаживляющими способностями и остеорегенераторных препаратов костообразующими свойствами актуальным считается в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

**Цель исследования.** Целью данной работы является повышение эффективности лечения больных с применением препаратов губки Стимул-ОСС и раствора бактезидима после выполнения сложной операции удаление зубов верхней и нижней челюсти.

**Материал и методы.** Обследовано 22 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся по причине воспалительных процессов в области нижней челюсти. По топографоанатомическому и этиопатогенетическому признакам, а так же по применению препаратов стимул-ОСС и антисептического препарата бактезидим больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 12 пациентов, которым были проведены операции по удалению зубов и традиционно было назначена противовоспалительных и болеутоляющих препаратов.

Вторую группу составили 10 пациентов, которым после удаления зубов была произведена замещение лунки остеогенного препарата стимул осс и местное применение антисептического раствора бактезидима. Кроме того больным этой группы назначено антисептический раствор бактезидим для полоскания ротовой полости на следующий день после удаления зубов, в течении 5-и дней 5-6 раз сутки.

При проведении данного исследования были использованы методы: клинические (опрос, осмотр, пальпация, аускультация), дополнительные (панорамная рентгенография, компьютерная томография, прицельные рентген снимки).

**Результаты.** В первой группе пациентам после удаления группы зубов верхней и нижней челюсти традиционно было назначено антибактериальная и симптоматическая лечение, уход и соблюдение личной гигиены ротовой полости. У больных этой группы из 12 пациентов без осложнений заживление лунки удаляемых зубов верхней и нижней челюсти у 2-х наблюдался осложнение по типу альвеолита и у одного пациента развивался острый

перисотит нижней челюсти серозного характера.

Во второй группу составили 10 пациентов, больных этой группы в отличии от первой группы больных осложнения по типу альвеолита и периостита не наблюдалось за счет использование препарата губки Стимул-ОСС в сочетании сгустком крови лунки удаляемого зуба предотвращал уменьшение объема костной ткани челюсти и разрушение вышележащих мягких тканей.

Таким образом, аутогенная стружка добывалась с косою линии нижней челюсти при помощи костного скребка и ею заполнялась лунка удаленного зуба. Кроме того использовались коллагеновые мембраны для презервации материала в лунке удаленного зуба.

**Заключение.** По данным изучения истории болезни, дополнительных методов исследования и статистическим данным были определены возможные ранние и поздние осложнения после операции удалении зубов у которых не было использовано препаратов остеорегенераторного и антисептического действия. Наблюдаемые нами функциональные недостатки затрудняет возможность дальнейшего протезирования. Операция костной пластики с использование препаратом губка Стимул-ОСС, антисептический раствор Бактезидима является эффективной для устранения, дефектов и деформации челюстей после операции удаление зубов которого обеспечивает возможность дальнейшего полноценного протезирование.

### **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВКУСОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯЗЫКА У ПАЦИЕНТОВ ГЛОССАЛГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**Ибрагимова М.Х., Камилова А.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Глоссалгия является заболеванием, характеризующееся сильными болями в языке, длительным течением и распространенностью у людей среднего и пожилого возраста. Очень распространенный симптомом глоссалгии у пациентов перенесших COVID-19 является снижение или отсутствие вкусовой чувствительности языка, отек слизистой оболочки полости рта, мышечная боль. [Хабадзе З.С., и др.2020].

71 больных отмечали симптомы «горящего рта» и изменения вкуса, у 67 был белый налет на языке, у 11 больных COVID-19 отмечалась глоссалгия [Тиунова Н.В.,2016;Белопасов В.В.,и др.2020].

**Цель** - изучить особенности функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка у пациентов глоссалгией, перенесших COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения изменения функциональной мобильности вкусовой чувствительности языка был использован метод сверхпорогового раздражения вкусовых рецепторов языка и определение мобильности по методу Курляндского В.Ю., Хватовой В.А. и соавт., 1973г. Для этого были обследованы 51 пациент глоссалгией, перенесших COVID-19 на этапе реабилитации, 37 лиц глоссалгий, не болевших COVID-19 и

20 здоровых лиц. Иннервация вкусовой чувствительности различных областей языка осуществляется вкусовыми волокнами VII, IX и X пары черепно-мозговых нервов. Все полученные данные обрабатывались статистически с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик - IBM Corporation).

Всего принимали участие в исследовании 88 человек, в основной группе пациентов с глоссалгией, перенесших COVID 19 было 15 мужчин ( $29,41 \pm 6,38\%$ ), в группе сравнения - 8 мужчин ( $21,62 \pm 6,77\%$ ), не болевших COVID 19. Количество женщин в основной группе составило 36 ( $70,59 \pm 6,38\%$ ), в группе сравнения - 29 ( $78,38 \pm 6,77\%$ ). Таким образом, по гендерным различиям в основной группе женщины в 2,4 раза превосходят количество мужчин, в группе сравнения это соотношение составляет 3,6 раз (Хи-квадрат = 8,647;  $p=0,003$ ; Хи-квадрат = 11,919;  $p=0,001$ ) достоверно значимы.

Для это пипеткой или стеклянной палочкой на разные части языка кончик, края, среднюю часть спинки и корень наносятся капли различных раздражителей. Раздражителями являются растворы, имеющие сладкий, соленый, кислый и горький вкус. У каждого обследуемого исследовали по четыре вкусовых сосочка, далеко отстоящих друг от друга (грибовидных сосочков). При исследовании осуществляли кратность по 12 подходов, с обязательным 2 минутным интервалом.

**Полученные результаты и обсуждение.** Следует отметить, что на нарушение вкуса жаловались 9 пациентов глоссалгией, из которых 7 человек перенесли COVID-19, что в 3,5 раза больше, чем больные глоссалгией, не болевших COVID-19. Все пациенты глоссалгией страдали тем или иным сопутствующим заболеванием, наибольшее количество приходилось на группу заболеваний нервной системы, в том числе астенический синдром, канцерофобия, личные переживания занимали особое место при сборе анамнеза заболевания. Наиболее выраженные нарушения функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка выявлены в основной группе пациентов глоссалгией, перенесших COVID-19. В исследуемых группах пациентов глоссалгией функциональная мобильность (функционирующих и нефункционирующих) сосочков языка определялась натощак и после приема пищи. Так, исследование функциональной мобильности у лиц контрольной группы, без сопутствующих заболеваний наблюдались почти полная мобилизация вкусовых рецепторов языка. При этом, количество функционирующих сосочков языка составило  $40 \pm 0,15$ , а нефункционирующих -  $8 \pm 0,15$ . После приема пищи через 15 минут у данных здоровых лиц наблюдается демобилизация 36,6% вкусовых сосочков языка, в этом случае количество функционирующих сосочков было  $26 \pm 0,19$  и нефункционирующих сосочков -  $22 \pm 0,19$ . Изменения уровня  $M \pm m$  в контрольной группе составил  $18,01 \pm 0,32$  ( $P < 0,001$ ).

Подобные изменения функциональной активности вкусовых рецепторов языка отмечены у пациентов глоссалгией, не болевших COVID-19 ( $p \geq 0,05$ ). При состоянии натощак количество функционирующих сосочков составило

$38 \pm 0,22$  ( $P < 0,001$ ), нефункционирующих  $-10 \pm 0,21$  ( $P < 0,001$ ). После приема пищи наблюдается демобилизация  $34,2\%$  вкусовых сосочков, количество функционирующих сосочков  $-25 \pm 0,21$  ( $P < 0,001$ ) и нефункционирующих сосочков  $-23 \pm 0,21$  ( $P < 0,001$ ). Изменение уровня  $M \pm m$  в группе сравнения составил  $15,01 \pm 0,32$  ( $P < 0,001$ ).

Наиболее выраженные нарушения функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка выявлены в основной группе пациентов глоссалгией, перенесших COVID-19. В состоянии натошак количество функционирующих сосочков составило  $29 \pm 0,22$  ( $P < 0,001$ ), нефункционирующих сосочков  $-19 \pm 0,14$  ( $P < 0,001$ ). После приема пищи у данных больных демобилизации вкусовых сосочков языка не выявлено, количество функционирующих сосочков  $-30 \pm 0,17$  ( $P < 0,001$ ), и нефункционирующих  $-18 \pm 0,17$  ( $P < 0,001$ ). Изменение уровня  $M \pm m$  в основной группе составил  $11,01 \pm 0,12$  ( $P < 0,001$ ).

**Заключение.** Определено, что у пациентов глоссалгией, особенно у больных, перенесших COVID-19 отмечаются выраженные нарушения функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка, отмечается повышение порога вкусовой чувствительности на все виды раздражителей ( $p \geq 0,05$ ).

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ОРОФАРИНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

**Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева.Н.И Махкамова.О.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nikaubaydullaeva@gmail.com](mailto:nikaubaydullaeva@gmail.com)

Лечение ХРАС, особенно в случае сочетания с соматической патологией, является трудной из-за того, что этиопатогенез такого сочетания еще не до конца изучены. Составление комплексной патогенетической терапии в соответствии с особенностями состояния пациента при соматическом заболевании не всегда представляется возможным. Проведение тщательного обследования пациента и вместе с врачами смежных дисциплин проведение консультаций по поводу лечения соматического заболевания. Так, они нередко сопутствуют гепатиту, хроническому холециститу, язвенному колиту и болезни Крона, синдрому Рейтера, заболеваниям крови. Комплексное лечение ХРАС учитывает всевозможные клинические симптомы, характер сопутствующих заболеваний. Критериями оценки эффективности комплексного лечения могут служить определение микробной флоры, определение показателей секреторного иммуноглобулина А, фагоцитарной активности лейкоцитов, биохимические и другие исследования. Однако не всегда лекарственные средства легко прилипают к оральным областям слизистой оболочки полости рта, гелем, содержащим нуль-валентное серебро. Это особенно важно в нашей

ситуации, когда очагов ХРАС находятся на задней стенке ротоглотки, что может вызывать рвотный рефлекс. В этом случае при использовании даже кортикостероидов кандидозная инфекция слизистой оболочки рта может осложнить данное состояние. Необходимой мерой, которая обеспечивает правильную терапию, является иммунологическое исследование пациента и лечение сопутствующих болезней, особенно патологии органов пищеварения, аллергии. Если у больного имеется повышенная чувствительность к бактериальному аллергену, то в этом случае необходимо проводить специфическую десенсибилизацию данным аллергеном подкожно (0,01 мл). При повышении чувствительности организма одновременно к двум и более аллергенам назначают смеси различных аллергенов в малых дозах смеси нескольких аллергенов.

Материалом для анализа и выводов служили данные обследования 96 пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС) орофарингиальной области с хроническим холециститом, из них 54 пациентов – основная группа, 42 пациентов – группа сравнения. В качестве показателей нормы использовали результаты обследования 20 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста, являющихся контролем.

Обследование пациентов включало возраст, пол, профессию, определяли возможные причины заболевания, выясняли характер течения заболевания, частоту обострений, оценивали ранее полученное лечение и его эффективность, выявляли частоту и длительность рецидивов. Осмотр полости рта проводился в соответствии с положениями ВОЗ, при естественном освещении и топографическим зонам: область щек справа и слева, область орофарингиальной области – мягкое и твердое небо, небные поверхности десны верхней челюсти, дно полости рта. Динамика наблюдений больных основной группы ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите, показала, лишь 2 (3,7%) пациента в указанные сроки еще жалуются на запах изо рта и сухость полости рта, однако, общее состояние организма не нарушено, регионарные лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) на фоне хронического холецистита – это хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта, проявляется развитием афт в орофарингиальной области. Еще одной особенностью этого заболевания является длительное течение, короткие ремиссии и периодические обострения. Все пациенты ХРАС орофарингеальной области с хроническим холециститом жаловались на отек и гиперемию слизистой оболочки полости рта, боль, жжение, дискомфорт, запах изо рта, афтозные или эрозивно-язвенные поражения, иногда из общих симптомов больных беспокоили боли в правом подреберье, нарушение вкуса во рту. Наблюдались изменения регионарных лимфатических узлов, при пальпации - их увеличение и болезненность.

**К ВОПРОСУ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО  
ГИНГИВИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ**

**Ибрагимов М.Х., Омонова Ш.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** На сегодняшний день воспалительные заболевания пародонта представляют собой одну из важнейших проблем стоматологии. Отмечается высокая распространенность заболеваний пародонта среди населения всего земного шара, которая составляет до 98% по данным ВОЗ и являются главной причиной потери зубов у взрослого населения во всем мире что ухудшает качество жизни пациентов.

Важную роль в развитии воспалительного процесса в пародонте играют системные факторы, в частности сопутствующая патология различных органов и систем, приводящие к глубоким изменениям внутренней среды организма и структурному поражению тканей пародонта. На фоне хронических заболеваний печени развиваются функциональные нарушения слюнных желёз, хронический катаральный гингивит и другие заболевания СОПР. При хронических заболеваниях печени процесс часто сопровождается сухостью во рту, кровоточивостью десен.

**Целью исследования** явилось изучение клинического состояния десны при хроническом катаральном гингивите у больных с хроническим гепатитом.

**Материал и методы.** Исследованы 30 больных с хроническим гепатитом и 12 лиц, являющихся практически здоровыми. Исследованы показатели стоматологического статуса: уровень гигиены полости рта по упрощенному гигиеническому индексу ОНI-S по J. Green, J. Vermillion (1964), КПУ (сумма кариозных, пломбированных, удаленных зубов) папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА.

Проведен визуальный осмотр состояния всех отделов СОПР (губ, щек, неба, маргинального пародонта и языка). Оценивали цвет, рельеф, влажность, тургор, сосудистый рисунок. Кроме этого оценивали степень выраженности воспалительных явлений десны по следующим критериям: гиперемия, отечность, кровоточивость, десквамация.

**Полученные результаты.** Были обследованы больные с уточненным диагнозом-хронический гепатит. Пациенты с хроническим гепатитом предъявляли жалобы на набухание и кровоточивость десневых сосочков, болезненность при приеме жесткой пищи. Кожные покровы и склеры были иктеричны у 16 (53,3%) больных, слабоиктеричны у 14 (46,6%). При пальпации подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, подвижны, болезненны у 8 (%) больных, слабобезболезненны у 14 (%).

При осмотре преддверия и собственно полости рта наблюдается бледно-розовый цвет слизистой оболочки, слизистая оболочка дна полости рта и мягкое небо были слабоиктеричны у 7 (%) обследованных, умеренная отечность и гиперемия наблюдается у 12 (%). Язык ярко-розового цвета, атрофичный, гладкий, лишен налета у 11 (%) больных, на кончике отечен у 7

(%), на боковых поверхностях видны четкие отпечатки зубов у 12 (%); язык был сухой у 11 (%) больных, влажный - у 12 (%). Распространенность катарального гингивита при хроническом гепатите оказалась высокой и составила 95,2%. Индекс КПУ зубов в среднем составлял  $11,19 \pm 1,4$ . Стандартизованный показатель индекса гигиены (ОИ - S) по J. Creen, J. Vermillion (1964), составил в среднем  $2,77 \pm 0,16$  балла. Установлена существенная разница в гигиене полости рта между здоровыми лицами и больными с катаральным гингивитом при хроническом гепатите

**Заключение.** Распространенность катарального гингивита при хроническом гепатите оказалась высокой и составила 95,2%, в связи с чем, пациенты должны обследоваться не только у стоматолога, но и у гастроэнтеролога.

## СОҒЛОМ АВЛОДНИ ВОЯГА ЕТКАЗИШДА ОҚИЛОНА ОВҚАТЛАНИШНИНГ РОЛИ

**Ибрагимходжаев Б.У.**

Тошкент давлат стоматология институти

Соғлом авлодни вояга етказиш жараёнида муҳим аҳамиятга эга бўлган объектив омиллар билан бир қаторда субъектив омиллар, уларнинг моҳияти, ёш авлод таълим-тарбиясига кўрсатадиган таъсир кучи, улардан педагогик фаолият жараёнида самарали фойдаланиш шартлари, шунингдек, шахсинг ҳар жиҳатдан камол топишида ота-онанинг ва педагогларнинг ўзига хос роли бордир. Ўқувчи болалар организмни шаклланишида оқилона овқатланиш қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга. Болани оқилона овқатланиш қоидаларига ўргатиш ва уни ташкил этиш ўзига хос қийинчиликларга эга. Чунки мактаб ўқувчилари, айниқса бошланғич синф ўқувчиларининг аксарият қисми овқатланиш, овқат ҳазм қилиш физиологияси ва гигиенаси борасида тушунчалари етарли эмас. Шунингдек, турли ёшдаги болалар учун овқатдаги асосий озиқ моддаларининг меъёрий нисбатлари, озиқ моддаларни ҳазм бўлиши, энергияни сарфлаши уларнинг ёши ва бошқа физиологик кўрсаткичларига кўра кескин фарқ қилади.

Мактаб ўқувчиларининг организми бир томондан жадал ўсиши ва ривожланиши билан ифодаланса, иккинчи томондан ўқиш ва жисмоний тарбия ҳамда спорт билан шуғулланишлари (руҳий-ҳиссий ва жисмоний юкламаларни юқори бўлиши) туфайли физиологик ва биокимёвий жараёнларнинг фаол кечиши билан фарқланади. Буларнинг барчаси ўқувчининг қандай ва қанча овқатланиши билан чамбарчас боғлиқ. Агар овқатланиш оқилона бўлса, бу ёшдаги болаларнинг ўсиб-улғайиши ақлий ва жисмоний камолотига етиши, фанларни ўзлаштириши, ҳар хил юқумли касалликларга, ноқулай муҳит омилларига чидамлилиги юқори бўлади. Шунинг учун уларнинг оқилона овқатланишига ота-оналар, мактаб жамоатчилиги ва қолаверса давлат ташкилотлари етарли эътибор беришлари муҳим аҳамиятга эга.

Маълумки, ўқувчилар ёшлари нуктайи назаридан уч гуруҳга бўлинади:

яъни, кичик мактаб ёши - 6-10 ёшлилар , ўрта мактаб ёши - 11-13 ёшлилар ва катта мактаб ёши - 14-17 ёшлилар.

Истеъмол қилинадиган асосий озиқ моддаларининг (оқсиллар, ёғлар, углеводлар) энергетик қиймати нисбати 14:31:55, миқдор нисбати эса 1:1:4 кўринишида бўлиши тавсия қилинади. Агар 6 ёшли болаларда тавсия қилинадиган оқсилларнинг 65% ини ҳайвон оқсилли ташкил қилиши лозим бўлса, бу кўрсаткич мактаб ёшидагиларда 60% га туширилади, чунки биринчи синф ўқувчиларида тана аъзоларининг шаклланиши ва ўсиши анча тез, шунинг учун уларга тўлиқ қийматли оқсиллар кўпроқ керак бўлади. Ўқувчилар севиб истеъмол қиладиган, осон ҳазм бўладиган шакар, конфет, шоколад кабилар углеводлар миқдори умумий углеводлар миқдорининг 20% дан ошмаслиги керак. Акс ҳолда бундай углеводлар танада ёғга айланиб, семириш олиб келади ва у билан боғлиқ асоратлар юзага чиқади..

Мактаб ўқувчи ёшлари овқатланишда витаминлар ва минерал моддаларга ҳам алоҳида эътибор беришлари зарур. Чунки ёш организмининг ўсиши, улғайиши ва ҳар томонлама тўлиқ шаклланиши учун юқоридаги моддалар алоҳида аҳамиятга эга. Микроэлементлар болаларнинг тўлақонли ривожланиши ва катта ёшдаги одамларнинг соғлом фаолияти олиб бориши учун ҳаётининг зарур моддалардан ҳисобланади. Темир, рух, кобальт, мис, йод ва шу каби бошқа микроэлементлар учун энг муҳим моддалардан саналади. Ушбу моддаларнинг етишмаслиги “яширин очлик” деб ҳам номланади. Чунки инсон етарли миқдорда овқат истеъмол қилсади, таомлар таркибида микроэлемент ва витаминларнинг етарли даражада бўлмаслиги сабабли организм учун зарур бўлган озуқа моддаларни тўлалигича ўзлаштира олмайди. Албатта, бу ҳолат ҳар бир организм соғлиғига ва умуман олганда бутун миллатнинг фаровонлигига ўз таъсирини кўрсатади. Кўпинча жамоатчилик орасида “яширин очлик” муаммосини муз тоғига (айсберг) қиёсласак, фақат юқори қисмигина кўринади. Мана шу касалликларнинг барчаси миллат саломатлигига умумий таъсир кўрсатишидан ташқари, узоқ давом этадиган ижтимоий-иқтисодий оқибатларга ҳам эга бўлиб, ҳар қандай меҳнат тури билан шуғулланадиган кишининг қобилияти, ишчанлиги ва самарадорлигига, соғлиқни сақлаш ҳаражатларига ва умуман мамлакатнинг иқтисодий ўсишига ҳам ўз таъсирини кўрсатади.

Одам организмидан микроэлементлар тер, сийдик ва экскрементлар орқали доимо ташқарига чиқарилиб турилганлиги сабабли ҳам уларнинг ўрни доимо тўлдирилиб туриши керак. Таркибида микроэлементлар бўлмаган маҳсулотлар билан озиқланишда ҳалокат тўлиқ очарчиликдан ҳалок бўлишга нисбатан тезроқ кузатилади, чунки очарчилик пайтида организмдан микроэлементларнинг ажралишиб чиқиши бутунлай тўхтайд.

Одам озиқ-овқатида 15 дан ошиқ кимёвий элементлар минерал тузлар кўринишида бўлиб, озиқанинг асосий компоненти ҳисобланадию. Одатдаги озиқ овқат маҳсулотларида етарли миқдорда минерал тузлар бўлади. Одамнинг ҳаётининг фаолияти учун зарур бўлган асосий микроэлементлар гуруҳини темир, мис, кобальт, кумуш, йод, фтор, молибден, никел, стронций, селен ва бошқалар

ташкил этади. Мева ва сабзавотлар асосий витаминларга, микроэлементларга бойлиги сабабли ҳам юқори биологик қийматга эга. Витаминлар ва микроэлементлар организмда турли тўқималар, айниқса суяк тўқималари ҳосил бўлишининг пластик жараёнида фаол иштирок этади.

Улар овқат ҳазм қилиш безларининг алмашинуви жараёнларида қатнашувчи ферментларнинг 30% ошиғи таркибига кириб, асаб, юрак қон-томир, мушаклар тизимлари ишида муҳим аҳамиятга эга, шунингдек қон шаклий элементларининг ҳосил бўлишида, эндокрин без гормонлари ҳосил бўлиши ва фаоллашувида қатнашади. Шунинг учун ҳам улар овқат рационининг муҳим таркибий қисми ҳисобланади.

## ПАРАМЕТРЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Изомиддинова М.К., Ибрагимова З.А., Ахмеджанова Н.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Ряд исследователей считают, что развитие воспалительного процесса в почках в большинстве случаев возникает на фоне сниженной иммунологической реактивности организма. При этом выявлено, что степень снижения клеточных и гуморальных звеньев иммунитета у больных с ХП зависит от тяжести и распространённости воспалительного процесса.

**Целью исследования** явилось оценить динамику некоторых показателей клеточного иммунитета при ХВНПН. Исследования показателей иммунитета проведены при поступлении, при выписке из стационара и у 30 больных в катамнезе.

**Материалы и методы.** В зависимости от клинической формы ХП все больные были разделены на 2 группы: I группа - 60 детей с ХППН (хронический первичный пиелонефрит) и II группа 60 больных с ХВНПН (хронический вторичный необструктивный пиелонефрит).

**Результаты и обсуждение.** Содержание количества Т-лимфоцитов у детей при обеих формах ХП отличалось от показателей контрольной группы. Достоверное снижение этого показателя было выявлено у детей, как с ХППН  $45,4 \pm 1,0\%$  ( $P < 0,001$ ) так и с ХВНПН  $44,17 \pm 1,04\%$  ( $P < 0,001$ ). При этом количество Т-лимфоцитов было значительно снижено по сравнению с контролем у детей с ХВНПН. Дефицит CD8, чаще CD4 и CD16 является основной причиной недостаточного образования цитотоксических и антиметаболических веществ против микробной инфекции и их токсинов, экзогенных и эндогенных аллергенов, что служит основным фактором частых рецидивов заболевания. Так, выявлено достоверное снижение количества CD4, CD8, CD16, как при ХППН  $29,2 \pm 0,58\%$  ( $P < 0,001$ ),  $15,05 \pm 0,2\%$  ( $P < 0,02$ ),  $7,27 \pm 0,14\%$  ( $P < 0,001$ ), так и при ХВНПН  $28,03 \pm 0,65\%$  ( $P < 0,001$ ),  $14,17 \pm 0,29\%$  ( $P < 0,05$ ),  $7,06 \pm 0,15\%$  ( $P < 0,001$ ) соответственно, тогда как у здоровых детей эти показатели составляли  $39,42 \pm 1,64\%$ ,  $20,56 \pm 2,18\%$ ,  $9,24 \pm 0,45\%$  соответственно.

Таким образом, наиболее демонстративные изменения были отмечены в

Т-клеточном звене иммунитета и это указывало о развитии у них дисрегуляторных тимусзависимых состояний. При поступлении уровень В-лимфоцитов был значимо выше показателей контрольных нормативов у детей при обеих формах ХП, при этом у детей с ХВНПН этот показатель отличался более выраженным изменением и составлял  $10,68 \pm 0,16\%$  ( $P < 0,001$ ), по сравнению с ХППН  $10,1 \pm 0,36\%$  ( $P < 0,001$ ). Независимо от формы заболевания, у детей с ХП отмечался более низкий уровень ФАН. При этом у больных с ХВНПН выявлено выраженное снижение этого показателя, который составлял  $40,6 \pm 1,0\%$  ( $P < 0,001$ ), по сравнению с ХППН  $42 \pm 1,02\%$  ( $P < 0,001$ ), тогда как у здоровых детей этот показатель был равен  $52,2 \pm 1,35\%$ .

**Заключение.** По данным наших наблюдений видно, что при поступлении детей с ХППН и ХВНПН достижимо значимых различий в сравнении с контролем достигают все проанализированные параметры, что является отражением нарушения иммунологической реактивности ребёнка при развитии, как первичного, так и вторичного пиелонефрита, при этом у детей с ХВНПН мы наблюдали более глубокие изменения в отношении всех исследованных иммунологических показателей. По нашему мнению, это связано с большей агрессией самих патогенных микроорганизмов, вызывающих ХВНПН, более выраженной интоксикацией, реактивностью макроорганизма и присутствием такого важного, на наш взгляд, фактора, как раздражение слизистой оболочки мочевыводящих путей повышенным содержанием солей. Резюмируя полученные результаты можно отметить, что у детей с ХП период обострения развивается на фоне выраженной иммунопатологии, характеризующийся дефицитом Т-клеточного иммунитета, ФАН.

### **ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ МИНИПЛАСТИН: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ**

**Инатов А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Трёхмерные (3D) системы минипластин используются при лечении переломов нижней челюсти. Система имеет преимущества по сравнению с обычными пластинами благодаря стабилизации зон растяжения и сжатия, улучшенной начальной стабильности и биомеханическим свойствам. В это исследование были включены пациенты с переломами нижней челюсти, получавшие лечение с помощью системы пластин 3D в отделении челюстно-лицевой хирургии. Сообщалось о переломах нижней челюсти, малых и больших послеоперационных осложнениях. . Малые осложнения наблюдались в 8,03% случаев, в то время как серьёзные осложнения были только у 1,49% пациентов. Лечение переломов нижней челюсти с использованием минипластин 3D привело к репозиции переломов с низкой частотой осложнений.

**Цель** этого ретроспективного исследования заключалась в оценке использования системы трёхмерных минипластин для лечения пациентов с переломами нижней челюсти.

Методы исследования: 1. Клинический; 2. Антропометрический; 3. Рентгенологический (3D); 3. Фотометрия; 4. Лабораторный 5. Статистическая обработка данных.

**Результаты.** 10 случая переломов нижней челюсти. Из них 2 пациентов получили минипластину 3D (Trauma 2.0, Medartis, Базель, Швейцария). и были включены в это исследование. У 1 пациентов был обнаружен второй перелом, в общей сложности 5 пролеченный перелом нижней челюсти.

Участники состояли из мужчин (73,5%) и женщин (26,5%). На момент хирургического остеосинтеза большинство пациентов (46,72%) были в возрасте от 21 до 40 лет. Среди 10 пациентов с сопутствующими заболеваниями (например, артериальной гипертензией) у 31,9% были сердечно-сосудистые заболевания, и в общей сложности 3 пациента нуждались в медикаментозном лечении.

**Вывод.** Настоящее исследование представляет ретроспективную оценку переломов нижней челюсти, леченных 3D минипластинами. По нашим данным, послеоперационные осложнения возникли в 8,03% случаев, в большинстве из них применялась антибактериальная терапия и местное лечение. Этот вывод согласуется с предыдущими исследованиями по оценке минипластин 3D, в которых процент осложнений не был. Нарушение чувствительности отмечалось у большого числа пациентов. Это может быть связано с повреждением нерва во время манипуляций с костями и установки пластин, поскольку лишь немногие из них сообщили о нарушении чувствительности после удаления пластин. Более того, расхождение швов раны, которое обычно происходит, когда пластина располагается близко к разрезу, было наиболее распространенным послеоперационным осложнением среди пациентов, наблюдавшихся в этом исследовании.

### **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА: ПРИЧИНЫ И ИХ РЕШЕНИЕ**

**Ипполитов Ю.А., Коваленко М.Э., Беленов И.С., Золотарёва Е.Ю.**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Институт стоматологии  
[vrnvgma@mail.ru](mailto:vrnvgma@mail.ru)

Актуализируя тему исследования, считаю необходимым обозначить, что распространенность заболеваний пародонта у детей и подростков по данным различных авторов составляет от 57 до 85%, а этиологические факторы данного заболевания можно разделить на местные и общие. Совокупность местных факторов состоит в травматической перегрузке тканей пародонта и последующим развитием патологических изменений с преобладанием дистрофических и воспалительных процессов, а также появлением очаговых или генерализованных нарушений микроциркуляции.

В качестве такого местного фактора можно выделить короткую уздечку языка, фиксированную у основания внутренней поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти. Возникающие в процессе функции транзиторные напряжения в области уздечки и структур пародонта могут быть связаны с изменением гемодинамических показателей и являться факторами риска в развитии и персистировании пародонтопатий у детей и подростков.

**Цель исследования** - оценка показателей гемодинамики пародонта у детей и подростков с анкилоглоссией в состоянии покоя и при проведении функциональной пробы напряжения

**Материалы и методы.** На базе кафедры детской стоматологии с ортодонтией ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко БУЗ ВО ВДКСП № 2 клиники проведено стоматологическое обследование 57 пациентов (26 девочек, 31 мальчика) в возрастной группе от 8,5 до 11 лет имеющим в анамнезе анкилоглоссию 2-3 степени по классификации Kotlow. Согласно биотипу пародонта все пациенты были разделены на три группы. В качестве контрольных, использовались ранее полученные данные показателей гемодинамики пародонта пациентов 7-12 лет с физиологической окклюзией без признаков анкилоглоссии. Стоматологическое обследование включало опрос, определение гигиенического (ОНИ-S) и пародонтологического (РМА) индексов. Для диагностики микроциркуляции тканей пародонта использовался функциональный метод исследования – ультразвуковая доплерография аппаратом «Минимакс-Допплер-К». Для зондирования микрососудов использовали датчик с рабочей частотой 25 Мгц. Обработку результатов проводили при помощи программного комплекса Minimax Doppler 1.7. Регистрация выполнялась в проекции анатомического центра корней зубов 3.1-4.1 в области альвеолярной десны с вестибулярной и язычной стороны в состоянии покоя и при проведении функциональной пробы напряжения. При анализе полученных результатов учитывались следующие показатели:  $V_s$  - максимальная скорость кровотока по кривой максимальной скорости,  $V_{as}$  - средневзвешенная систолическая скорость по кривой средней скорости,  $V_m$  - средняя скорость за сердечный цикл,  $V_{am}$  - средняя скорость кровотока по линейному срезу, а также  $Q_{as}$  - объемная систолическая скорость кровотока, индексы пульсации и периферического сопротивления. (перед проведением лазерной коррекции, на следующий

**Результаты и выводы.** Анализ полученных в результате исследования данных показал, что индекс ОНИ-S у пациентов из группы 1 был на 27% выше по сравнению с группами 2 и 3. Индекс РМА в группе пациентов с толстым биотипом пародонта был на 15% выше значений, полученных для групп тонкого биотипа. Достоверных различий между группами 2 и 3 с тонким и тонким фестончатым биотипами соответственно обнаружено не было.

Анализ параметров гемодинамики альвеолярной десны с язычной стороны в покое свидетельствовал о снижении максимальной систолической скорости кровотока во всех трех группах по сравнению с контрольной. При этом у пациентов с толстым биотипом различие составило 23%, тогда как у

пациентов с тонким фестончатым биотипом различие по данному параметру составляло 40%. Также во всех рабочих группах было отмечено снижение усредненных показателей скорости кровотока. Так, в 1 первой группе снижение средневзвешенной систолической скорости составило 47%, во второй группе - 64% и в третьей группе - 70% в сравнении с показателями контрольной группы. Средняя скорость кровотока за сердечный цикл снижалась на 22, 54 и 53% соответственно. Также были выявлены различия в показателях объемных скоростей кровотока. По сравнению с контрольной группой, средняя систолическая скорость в первой группе была меньше на 30%, во второй - на 56% и в третьей - на 55%.

При проведении функциональной пробы напряжения нами были выявлены изменения в показателях гемодинамики в сравнении с параметрами, зарегистрированными в покое. Изменения касались всех групп пациентов кроме контрольной. В группе пациентов с толстым биотипом пародонта максимальная систолическая скорость снизилась на 26% от исходных значений состояния покоя, у пациентов с тонким и тонким фестончатым биотипами величина снижения кровотока составила соответственно 30 и 38%. Средняя скорость за сердечный цикл снизилась в группах на 10,5, 53 и 61%. Показатели объемного кровотока существенно снизились в группах пациентов с тонкими биотипами кровотока и незначительно в группе пациентов с толстым биотипом. При изучении гемодинамики пародонта с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка изменение показателей в обследованных группах было незначительным и указывало на локальный патогенный характер влияния анкилоглоссии. Интересно отметить, что в процессе анализа полученных результатов мы не выявили существенного изменения в величине индексов пульсации и индексов периферического сопротивления. Возможно, это объясняется отсутствием облитерации микрососудистого русла в детском возрасте, низкой ригидностью сосудов и хорошо развитыми механизмами активной модуляции и перераспределения кровотока.

**Заключение.** Установлено, что анкилоглоссия влияет на показатели регионального кровотока пародонта. Анкилоглоссия определяет снижение показателей локального кровотока в пародонте в состоянии покоя и при проведении функциональной пробы напряжения. У пациентов с тонким биотипом пародонта изменение гемодинамики при анкилоглоссии носит более акцентированный характер, чем у лиц с толстым биотипом пародонта. Наличие анкилоглоссии существенно не отражается на параметрах микрогемодинамики с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. В сочетании с низким уровнем гигиены полости рта анкилоглоссия может являться фактором риска в развитии локальной патологии пародонта у детей.

**СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ**

**Ирсалиев Х.И., Валиева Ф.А., Ирсалиева Ф.Х.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Немаловажным фактором при разговоре с людьми, является красивые зубы. Патологические изменения твёрдых тканей зубов и зубных рядов отрицательно влияет на собеседника. Кроме выше перечисленных факторов красивую улыбку портит зубы с изменённым цветом (дисколорит зубов).

Цвет зубов меняется от различных патологических изменений твёрдых тканей зубов, от вредных воздействий из окружающей среды или вредных привычек.

Различают внешний и внутренний тип дисколорита.

Внутренний тип дисколорита - это следствие патологических изменений в структуре эмалии дентина. В таких случаях отбеливание зубов малоэффективны.

Внешний тип дисколорита связан с воздействием пигментных налётов (никотин, пищевые красители, пары кислот и т.д.)

Современная стоматология обладает различными способами отбеливания зубов. Среди которых профессиональное отбеливание зубов является высокоэффективным. При этом методе используются перекись водорода и лазерные лучи.

На ряду с положительными результатами, не обследованными остаются иммунный статус полости рта, после отбеливания зубов.

С этой целью нами обследовано 26 пациентов с дисколоритом зубов и 10 практически здоровых людей, с целью изучения местного иммунитета после отбеливания зубов.

Известно, что состояние местного иммунитета характеризуется не только наличием различных иммунокомпетентных клеток, вырабатывающих определённый спектр цитокинов, но и продуктивный S Ig A , Ig M и Ig G ротовой жидкости.

Перекись водорода и лазерные лучи, попадая на поверхность альвеолярного гребня при отбеливании, часто способствуют воспалительному процессу, слизистой десны, это подтверждается изменением уровня про и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости.

Таблица 1

	n	ИЛ - 1P	ИЛ - 6	ФНО а	ИЛ - 10
Основная группа	26	8,1±0,20	12,7±0,32	13,1±0,31	10,8±0,1
Контрольная группа	10	4,5±0,27	10,7±0,54	9,0±0,39	7,9±0,39

На основании проведённого исследования можно заключить, что в основной группе выявлены достоверные различия в содержании исследуемых провоспалительных ИЛ-1В, ИЛ-6,ФНО - а и противовоспалительных ИЛ 10 цитокинов. Так же наблюдается в ротовой жидкости достоверные различия в

содержании исследуемых иммуноглобулинов.

Таблица 2

**Уровень иммуноглобулинов основных классов в слюне**

	n	S Jg A	Jg M	Jg G
Основная группа	26	730 $\pm$ 3,12	80 $\pm$ 1,21	54 $\pm$ 1,61
Контрольная группа	10	691 $\pm$ 4,21	72 $\pm$ 1,31	42 $\pm$ 1,31

Иммуноглобулины – защитные белки сыворотки крови или секретов, обладающие функцией антител и относящиеся к глобулинам фракции.

Анализ результатов исследования свидетельствует что, после отбеливания зубов значительных различий классов иммуноглобулинов, между основной и контрольной группой отсутствует.

**ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА  
ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

**Ирсалиев Х.И., Арсланов О.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Особенность ротовой полости рта как экосистемы заключается в её взаимодействии с внешней средой насыщенной с разнообразными факторами – как благоприятными, так и неблагоприятными, такими как температура, влажность, рН и физико-химический состав ротовой жидкости, пищи, лекарственные препараты, ортопедические конструкции – которые оказывают влияние на процессы формирования микробиома.

Вследствие потери количества зубов в зубочелюстной системе больного происходит перераспределение нагрузок в сторону их увеличения на оставшиеся зубы, что способствует их расшатыванию, а зубы, лишённые антагонистов, выключаются из функции. В результате этого происходит последовательная деформация зубных рядов, челюстей, перестраивается мускулатура, изменяется рецепторное поле полости рта и вследствие этого нарушается координация органов зубочелюстной системы и обменные процессы во всех тканях, особенно костных. Это всё влияет на состояние всего организма, так как нарушение первичного звена процесса пищеварения влечёт за собой череду глубоких физиологических изменений, начиная от заболеваний желудочно-кишечного тракта до изменения численности микрофлоры организма, а значит, к нарушению гомеостатического равновесия организма.

При нормальных условиях в биоценозе полости рта по данным некоторых исследователей обычно наблюдают несколько групп микроорганизмов: постоянные (частота встречаемости 50%), дополнительные (25-50%) и случайные (менее 25%), которые делятся на аэробные и анаэробные, в 1 мл ротовой жидкости содержится 10<sup>7</sup>-10<sup>9</sup> КОЕ/мл аэробов и факультативных анаэробов и около 10<sup>8</sup> КОЕ/мл истинных анаэробов.

У лиц с интактными зубными рядами высеваются ассоциации лактобактерий со слюнными стрептококками, вейлонеллами, стафилококками,

бактероидами, дифтероидами, плотность микробной колонизации составляет  $4 \cdot 10^6$  КОЕ/см<sup>2</sup>, при полной потере зубов она уменьшается до  $5 \cdot 10^3$  КОЕ/см<sup>2</sup> с выпадением представителей анаэробной микрофлоры, а при частичной потере зубов общая микробная обсемененность полости рта составляет  $3,6 \cdot 10^6$  КОЕ/см<sup>2</sup>, при этом учащается высеваемость стафилококков, коринебактерий, лептотрихий и уменьшается число микрококков, лактобактерий.

При дефектах зубных рядов наблюдается снижение показателя микробной колонизации полости рта до  $2,5 \cdot 10^3$  КОЕ/см<sup>2</sup>, которая по составу не отличается от таковой у людей с интактными зубными рядами. Другие авторы сообщают, что у больных с частичным отсутствием зубов наблюдается значительное снижение количества представителей резидентной флоры: *Streptococcus spp.*, *Lactobacillus spp.* в сравнении со нормой. На фоне снижения количества данных микроорганизмов наблюдалось увеличение уровня условно-патогенной и патогенной флоры (стафилококков, грибов рода *Candida*). Обнаружены представители БГКП, *Str. faecalis*, *S. aureus*, отсутствующие при здоровом зубном ряде.

**Заключение.** Учитывая все вышесказанное можно заключить, что микрофлора полости рта отличается разнообразием видов чутко реагирующим на эндо- и экзогенные факторы. При дефектах зубных рядов меняется микрофлора полости рта, а так же одним из дестабилизаторов биоценоза полости рта являются протезные конструкции. Неоднозначность и противоречивость трактовок механизмов развития патологических процессов со стороны тканей протезного ложа, которые встретились в доступных литературных источниках, побудили нас к проведению исследований, направленных на изучение особенностей тонких компенсаторно-адаптационных механизмов слизистой оболочки полости рта у пациентов, пользующихся несъемными и съемными зубными протезами. Все это продиктовано необходимостью оценки влияния состояния челюстно-лицевой области, вида протетической конструкции на состав микробиоценоза полости рта для понимания сущности развития патологии и разработки адекватных методов профилактики и лечения дефектов зубных рядов.

### **ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТАХ ДО И ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Ирсалиев Х.И., Ирсалиева Ф.Х., Ирханов М.М., Буриев Б.**  
Ташкентский государственный стоматологический институт

Известно, что в возрасте 65-75 лет, около 30-35% людей страдают дефектами зубных рядов и нуждаются в ортопедической, стоматологической помощи.

В зависимости от протяженности дефектов зубных рядов. Большая часть пациентов нуждается в частично съёмном зубном протезе, в настоящее время -

наиболее распространённый материал для съёмного протеза является акриловая пластмасса.

Современные базисные пластмассы разнообразны, в зависимости от сополимеров имеющего в основе метил-метакрилат. Они обладают хорошими физико-химическими свойствами и низкую себестоимость с аналогичными материалами как полиуретан. Наряду с положительными качествами базисные материалы из акрилатов, имеют ряд недостатков к ним относятся: термоизоляция, остаточный мономер, условия для размножения микробов и особенно механическое воздействие базиса на слизистую протезного ложа. Часто при таком воздействии наблюдаются протезные стоматиты.

Вокруг воспаленной слизистой оболочки наблюдается обилие патгенной флоры. При размножении анаэробной флоры, выделяются летучие сернистые соединения придающие дыханию неприятный запах.

На сегодняшний день существует довольно большое количество антимикробных и против-воспалительных средств, но все они обладают рядом положительных и отрицательных свойств.

Учитывая сказанное нами с целью стимуляции защитных компонентов полости рта при возникновении протезных стоматитов было применено воздействие синего и инфрокрасного излучения светодиодов, аппарата «Барва-флекс/ СИК» (длиной волн 470 и 940 нм) в сочетании с местным применением препарата «Холисал».

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа, 37 пациентов пользующиеся частично-съёмными зубными протезами из фторикса. 2 группа контрольная, 10 человек не пользующиеся зубными протезами.

Таблица 1

**Показатели местной защиты полости рта у пациентов пользующийся частично съёмными платиночными зубными протезами**

№	Параметры	Норма	ДО лечения	После лечения 10 дн / 30дн
1	Титр лизоцима %	19,0±0,5	11,6±0,3	15,1±0,4 / 18,2±0,3
2	Показатель фагацитоза %	56,0±2,4	36,0±2,1	47,1±0,2 / 54,1±0,2
3	Уровень секреторного иммуноглобулина А, (J <sub>g</sub> А)г/л	2,00±0,1	1,00±0,1	1,6±0,1 / 1,8±0,2

Из таблицы 1, видно, у пациентов до лечения светодиодным излучением, снижены местные факторы защиты. Снижение местных факторов защиты влекут за собой безудержный рост в полости рта условно-патогенных микроорганизмов, что приводит к формированию дисбиоза, это влияет на мониторинг клинической картины протезных стоматитов.

Ежедневная фототерапия с применением против-воспалительного препарата «Холисал» дал положительный результат на 3-й день после лечения. Края раны уменьшались, но гиперемия сохранилась. К 10 дню все признаки воспалительного процесса исчезли. На месте протезного стоматита оставалось белое пятнышко. Но показатели местных факторов заметно не достигали

контрольного уровня. Специфическая и неспецифическая иммунная защита полости рта, после лечения нормализовалась к 30-дню.

**Вывод.** У пациентов с протезным стоматитом имеет местное закономерное уменьшение иммунной защиты, выражающимся резким снижением титра лизоцима, уровня секреторного иммуноглобулина «А» и показатель фагоцитоза.

## ХАРАКТЕРИСТИКА С СТАТУСА РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Исаходжаева Х.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[isahodjaeva84@mail.ru](mailto:isahodjaeva84@mail.ru)

**Актуальность.** Ожирение у женщин сопряжено с нарушением репродуктивной функции, репродуктивными потерями, осложненным течением гестационного периода и родов, причем частота осложнений прямо зависит от степени ожирения. Расстройство материнско-плодового кровотока, дегенеративные изменения наряду с пролиферативными и регенеративными процессами в плаценте рожениц с ожирением; также оказывают влияние на развитие плода и состояние новорожденного. Характерные для ожирения метаболические нарушения (дислипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, гиперхолестеринемия) приводят к образованию модифицированных липопротеидов, нарушениям микроциркуляции и вторичным иммунологическим сдвигам в организме человека, а в дальнейшем сказывается на развитии зубочелюстной системы и в сроках прорезывания молочных зубов.

**Цель исследования** - рассматривать ожирение у матерей как фактор, способный существенно определить показатели влияющие на развитие и формирования зубочелюстного аппарата и прорезывания зубов

**Материалы и методы.** Группу сравнения составили матери с нормальной массой тела (ИМТ  $22,2 \pm 0,9$  кг/м<sup>2</sup>). Избыточная масса тела отмечалась у  $49,8 \pm 3,7\%$  матерей (ИМТ  $27,3 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup>), ожирение I степени - у  $24,2 \pm 2,2\%$  (ИМТ  $32,0 \pm 0,2$  кг/м<sup>2</sup>), II степени - у  $22,1 \pm 3,1\%$  (ИМТ  $36,5 \pm 0,2$  кг/м<sup>2</sup>), III степени - у  $3,9 \pm 0,4\%$  (ИМТ  $45,4 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>). Заболевания, ассоциированные с ожирением, диагностированы у  $54,8 \pm 4,7\%$  матерей основной группы: артериальная гипертензия - у  $46,2 \pm 3,5\%$ , патология углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, гестационный сахарный диабет) - у  $29,7 \pm 2,3\%$ . Во время настоящей беременности патология углеводного обмена была диагностирована у 49 женщин с ожирением (у 21 - нарушение толерантности к глюкозе, у 28 - гестационный сахарный диабет).

**Результаты и выводы исследования.** Проведенное исследование показало, что подавляющее большинство женщин с ожирением имели осложненное течение гестационного периода; манифестирующий гестоз фетоплацентарная недостаточность, патология обмена околоплодных вод. Акушерской проблемой, отмеченной у женщин с ожирением, являлась также

патология родов в виде оперативного родоразрешения, аномалий родовой деятельности, преждевременных родов. Существенными перинатальными исходами ожирения у матерей, по нашим данным, являются рождение детей в асфиксии и морфофункциональная незрелость новорожденных. Неонатальный период у детей, родившихся у матерей с ожирением, характеризуется нарушениями постнатальной адаптации, наиболее значимыми из которых с клинической точки зрения являются транзиторные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, выраженная потеря массы тела, патологическое течение неонатальной желтухи, ранняя гипогликемия. На наш взгляд, формирование метаболических осложнений ожирения у матерей приводит к существенному нарастанию частоты клинико-лабораторных проявлений дезадаптации в раннем неонатальном периоде, которые отмечены у всех обследованных новорожденных. Характеризуя перинатальную патологию у новорожденных, матери которых имели ожирение, следует отметить церебральную ишемию I-III степени, инфекции, специфичные для перинатального периода, задержку внутриутробного развития, врожденные пороки развития, также нарушения развития зубочелюстной системы и нарушения прорезывания. Таким образом, ожирение у женщин во время беременности, особенно высокие его степени и осложненное течение, сопряжено с патологией гестационного периода и родов, что опосредует неблагоприятное влияние на характер постнатальной адаптации новорожденных, показатели перинатальной заболеваемости и смертности, также отставание развития зубочелюстной системы и нарушения прорезывания молочных зубов.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Исламова М.С., Бабажанова Н.Р.**

Ташкентская медицинская академия,

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Повреждение почек при ожирении является сложным многофакторным процессом. При котором развиваются связанные с избыточным жиротложением механизмы повреждения почек, определяющие развитие специфической, ассоциированной с ожирением гломерулопатии. Важная роль отводится эндокринной активности адипоцитокинов медиаторов, активно продуцируемых и секретируемых адипоцитами. Одним из таких медиаторов является лептин. Лептин это гормон пептидной природы, который играет ключевую роль в гомеостазе энергии, сигнализируя головному мозгу о запасах жировой ткани. У больных ожирением развивается резистентность к лептину, сопровождающаяся его гиперпродукцией.

**Цель** - оценить уровень лептина в сыворотке крови у пациентов с ожирением и установить его возможные взаимосвязи с развитием хронической болезни почек (ХБП).

**Материалы и методы.** Было обследовано 110 пациентов (женщины составили 21%, мужчины 79%) с ожирением (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>). Группу контроля составили 20 практически здоровых добровольцев. Критерии исключения были пациенты с АГ, сахарным диабетом 1 и 2 типа (СД) и заболеваниями почек первичного характера. Всем было проведено общеклиническое и лабораторное обследование. Уровни показателей липидного спектра, глюкозы плазмы крови, креатинина, мочевины, трансаминаз, билирубина определяли стандартными биохимическими методами. ИМТ рассчитывали по формуле Кетле: масса тела(кг)/рост(м<sup>2</sup>). Индекс инсулинрезистентности (IR-НОМА) рассчитывался по формуле.  $IR = \text{ИРИ} (\text{мкЕд/мл}) \times \text{ГПН} (\text{ммоль/л}) / 22,5$ , где ИРИ – иммунореактивный инсулин, ГПН – глюкоза плазмы натощак. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ мл/мин/1,73 кв. м. Степень снижения СКФ оценивали в соответствии с рекомендациями 2011 года. Концентрацию МАУ определяли в утренней порции мочи. Уровни МАУ, инсулина, лептина определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием фотометра и соответствующих наборов реагентов «ELISA Micro-Albumin Orgentec (Германия), «ELISA Monobind Inc» (Германия) и «DBC» (Канада).

При статистической обработке данных использовали программу «Statistica 7.0 Rus». Оценивая данные с нормальным распределением использовали (среднее, стандартную ошибку среднего), t-критерий Стьюдента.

**Результаты.** Степень ожирения у пациентов распределялась следующим образом: 1 степень (ИМТ 30-34,9 кг/м<sup>2</sup>) выявлена у 37 человек, 2 степень (ИМТ 35-39,9 кг/м<sup>2</sup>) - у 69 и у 4 установлена 3 степень ожирения (ИМТ 40-45 кг/м<sup>2</sup>). Оптимальная СКФ (> 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) была установлена у 23 пациентов, у 81 отмечалось незначительное снижение (> 60 < 90 мл/мин/ 1,73 м<sup>2</sup>), а у 6 - умеренное снижение СКФ. Пациенты основной группы отличались более высокими уровнями инсулина, лептина и индексом НОМА по сравнению с группой сравнения. Уровни МАУ были значимо выше в группе ожирения с ХБП. Увеличение МАУ коррелирует с гиперлептинемией.

**Выводы.** В нашем исследовании было изучено, что у больных с ожирением, в отсутствие клиничко-лабораторных признаков поражения почек, более чем в трети случаев выявляется МАУ (> 45 мг/сут) и сниженная СКФ. Формирование и прогрессирование нефропатии, ассоциированной с ожирением, может быть связано с повреждающим действием лептина на структуры почечной ткани.

**ИЗУЧИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА  
У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ**

**Исламова Н.Б.**

Самарканд давлат тиббиёт университети

[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Цель исследования** - повышение эффективности диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита у женщин в период постменопаузы.

**Материалы и методы исследования.** В качестве объекта планируется исследование 125 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 исследования.** Состояние тканей пародонта у обследованных определяли с использованием индексов. Значения индексов (ИГ, РМА, ПИ), характеризующих состояние тканей пародонта, в обследованных группах, как, достоверно ниже в сравнении с аналогичными в контрольной группе. При анализе абсолютных значений минеральной плотности костной ткани в дистальном участке костей предплечья обнаружено снижение минеральной плотности костной ткани у обследованных. На верхней челюсти преобладает равномерный остеопороз: костные трабекулы слабо дифференцируются, корковый слой истончен на всем протяжении. На верхней и нижней челюстях остеопороз межзубных перегородок с остеолизом до 1/2 длины корня зуба. У обследованных 3-й группы также выявлены признаки пятнистого и равномерного остеопороза челюстей, остеопороз межзубных перегородок с остеолизом их до 2/3 длины корня зуба.

**Выводы.** В результате проведенного нами исследования выявлена тесная взаимосвязь заболеваний пародонта с изменениями в костной ткани у женщин в период менопаузы. Чем тяжелее степень пародонтита, тем меньше минеральная плотность костной ткани. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии установлено, что остеопороз проявляется по-разному на верхней и нижней челюстях. На верхней челюсти преобладает равномерная остеопения губчатой кости и кортикального отделов кости, на нижней преобладает пятнистая форма заболевания. Выявлено, что чем более выражены проявления остеопороза по данным конусно-лучевой компьютерной томографии, тем ниже показатели минеральной плотности костной ткани. Сочетанное использование конусно-лучевой компьютерной томографии и денситометрии костной ткани позволит оптимально планировать и контролировать в динамике проводимую остеотропную терапию у женщин в постменопаузальном периоде.

**ИЗУЧИТЬ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА  
ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Исламова Н.Б., Чакконов Ф.Х.**

Самарканд давлат тиббиёт университети

[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Цель исследования** - оценить действие противовосполительных цитокинов крови у лиц хроническим генерализованным пародонтитом на фоне гипотиреоза.

**Материал и методы исследования.** Клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом. Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки показатели, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Ketze. Для достоверного определения интенсивности воспалительного процесса использовали пробу Шиллера-Писарева. Для измерения глубины пародонтальных карманов также проведены рентгенологические исследования.

**Результаты исследований.** В результате обследования больных гипотиреозом выявили высокую частоту генерализованного пародонтита. Преимущественно отмечали хроническое течение заболевания. У 60,1% лиц в возрасте 25-45 лет отмечали, в основном, среднюю и тяжелую форму пародонтита. У больных с гипофункцией щитовидной железы преобладала диффузная застойная гиперемия десен. Отмечается значительное отложение зубного камня, наличие пародонтальных карманов с серозно-гнойным отделяемым глубиной до 5мм. Таким образом, у лиц с дисфункциями щитовидной железы выявлено существенное увеличение продуктов ПОЛ в сыворотке крови наряду со снижением ее антиокислительной активности, особенно тяжелой формой ХГП. При проведении иммуноферментного анализа у больных с ХГП различной степени тяжести на фоне гипотиреоза выявлены статистически значимые сдвиги в цитокиновом статусе.

**Выводы.** Воспалительные заболевания пародонтальных тканей у больных с гипотиреозом носят преимущественно хронический генерализованный характер и отличаются высокой активностью воспалительного деструктивного процесса в области зубодесневого соединения. Установлено, что значительная активация процессов ПОЛ и снижение антиокислительной защиты отмечено у больных с ХГП тяжелой степени на фоне гипофункции щитовидной железы. Показано, что при дисфункции щитовидной железы происходит выраженная активация иммунной системы, проявляющаяся увеличением уровня цитокинов в сыворотке крови. Наиболее высокие концентрации ФНО $\alpha$ , ИЛ-1 и ИЛ-4 выявлены у пациентов со

средней степени ХГП с гипофункцией щитовидной железы.

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Исломов А.А., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на непрерывное расширение лечебно-диагностических возможностей и благоприятные исходы в основной массе случаев, проблема переломов лучевой кости не теряет своей актуальности на протяжении уже более чем двухсотлетней истории своего существования. Имеется целый ряд факторов, обуславливающих столь стабильную значимость, особенно в части повреждений дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЭЛК). Сюда входят высокая частота этих повреждений в целом среди переломов у взрослого населения, при переломах предплечья, значительная доля осложненных случаев и неудовлетворительных исходов лечения, высокие трудовые потери, снижение качества жизни, отсутствие перспектив снижения заболеваемости в связи со старением населения, повышением мобильности общества, расширением технологической сферы и учащением одинокого проживания пожилых людей. Существует около десятка рентгенологических показателей, существенных для оценки нормы и разнонаправленных отклонений от нее в области ДМЭЛК. Три из них используются для радиометрического прогнозирования вторичных смещений (представлены средние значения нормы и диапазоны отклонений): 1) лучелоктевой угол – это угол, образованный между двумя линиями, одна из которых проходит от вершины шиловидного отростка к локтевому краю суставной поверхности лучевой кости, а другая - перпендикулярно длинной оси лучевой кости ( $25^{\circ}/11^{\circ}$ - $35^{\circ}$ ); 2) локтелучевой индекс, отражающий соотношение длин локтевой и лучевой костей в мм (от -2 до 0 /от -4 до+3); 3) ступенька между отломками, являющаяся показателем смещения. Приведенные данные свидетельствуют о том, что нестабильность представляет собой актуальную проблему, которая еще находится на стадии научной проработки и требует дальнейших поисков своего решения.

**Целью исследования** явилась разработка объективного способа групповой количественной оценки рентгенологических индексов с учетом значимости известных критериев нестабильности при переломах ДМЭЛК.

**Материалы и методы.** На предмет оценки тяжести переломов ДМЭЛК по рентгенологическим критериям нами было обследовано 215 больных, на базе отделения рентгенрадиологии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, в том числе 51 мужчина и 164 женщины в возрасте от 18 до 88 лет (до 60 лет - 139 больных, 60 лет и старше – 76 больных). Всем пациентам была выполнена рентгенография костей предплечья, с захватом лучезапястного сустава (Annex (GE, Германия)) в прямой и косой проекциях.

**Результаты.** В результате выполнения исследования разработан осредненный рентгенометрический показатель степени повреждения анатомических структур в группе больных с переломами ДМЭЛК, выражаемый

обобщенным индексом нестабильности переломов (для краткости – обобщенный индекс нестабильности).

**Заключение.** Массовость поражений, частые осложнения и неудовлетворительные результаты лечения при переломах ДМЭЛК являются собой сложный комплекс проблем, решаемых травматологическими службами всех стран мира. Одним из ключевых факторов в решении этих проблем выступает рентгенодиагностика, успехи которой во многом зависят от эффективности многопараметрических количественных оценок получаемых данных.

## ТИШЛАРНИНГ ЗИЧ ЖОЙЛАШУВИДА МИЛК РЕЦЕССИЯСИНИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Исматуллаев Ж.А, Сулейманова Д.А.

Тошкент давлат стоматология институти

**Мавзуниг долзарблиги.** Ўзбекистонда сўнги 25 йилда тиш-жағ аномалияларининг тарқанганлиги 34,6% га ортганлиги, мактабгача бўлган ёшдаги болаларда аномалиялар 42,1±1,1% га туғри келди, мактаб ўқувчиларида – 78,1±0,8 % (Махсудов С.Н., Иргашев И.К. 2021)

Тиш -жағ тизими аномалияси ва деформацияси Тошкент шаҳрида 42,2% га ўсиб бормоқда (Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., 2019). Тишларнинг зич жойлашувини учраши 27,8% дан 33,7% ни ташкил қилиб, ҳамма аномалиялари ичида (Муртазаев С.С., 2006)

Замонавий адабиётларда милк рецессияси тишларни зич жойлашиши билан боғлиқлиги айтиб ўтилган, бу патологияни кўп тарқалганлигига қарамасдан, у етарлича ўрганилмаган, учраш даражаси ҳақидаги маълумотлар аниқ эмас.

**Тадқиқот мақсади** - болалар ва ўсмир ёшдаги болаларда тишларнинг зич жойлашганда милк рецессиясини учраш даражасини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Замонавий адабиётларни анализ қилиш, текшириш, анкеталаштириш. Ортодонтик даволанаётган беморлар икки гуруҳга бўлиниб (болалар 7-8 ёш, ўсмирлар 14-18 ёш) 19 та бемор.

Гуруҳлар анализ қилиниб, рецессия даражаси, гигиена даражаси. Энгль бўйича тиш-жағ тизими аномалияси синфи аниқланди ва Калвелис Д.А. ҳамда Хорошилкина Ф.Я. бўйича ташхисланди.

Маълумотлар анализи ва статистик маълумотлар кўриб чиқилди.

**Натижа ва муҳокама.** Текширилган 7-8 ёш болалар (19 та болалар) нинг ҳаммасида тишлар аномалияси ва фронтал тишларнинг тиш қаторида зич жойлашуви аниқланди. 12 болалардан (7-8 ёш) 62±5,2% ва 7 та ўсмир ёшли болаларда (14-18 ёш) 36,3±7,6% пастки фронтал тишлар соҳасида милк рецессияси аниқланиб, биз гингивит, гиперемия, шиш ва милк гипертрофиясини уларнинг қонаши билан бирга кузатдик.

**Хулоса.** Тишларнинг зич жойлашувида милк рецессиясини учраш даражаси 7-8 ёш болаларда 62±5,2%, 14-18 ёшли ўсмир болаларда 36,3±7,6%

учраши аниқланди.

Бу патологияни юқори даражада тарқалмаслиги учун, уларни эрта аниқлаш, ташхислаш, комплекс даволаш ва ушбу гуруҳдаги беморларни муваффақиятли реабилитация қилиш зарур. Республикамизнинг барча худудларида аҳолига стоматологик, шу жумладан ортодонтик ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш мақсадга мувофиқ бўларди.

## **НАРУШЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Исмоилов И.И., Рузиев Б.М., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В декабре 2019 г. в Китае зарегистрирована серия необъяснимых случаев пневмонии. Последующие исследования выявили новый штамм коронавируса - SARS-CoV-2, который является возбудителем острого инфекционного заболевания Coronavirus disease 2019 (COVID-19). За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. COVID-19 оказывает беспрецедентное воздействие на сообщества во всем мире. Изучение патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух невозможно без комплексного анализа различных факторов гомеостаза и прежде всего состояния микроциркуляции, которое в значительной степени зависит от реологических свойств крови. Под общим для всех форм движения жидкости законом по мере повышения вязкости среды скорость движения уменьшается, а затраты энергии на ее перемещение увеличиваются. Следовательно, ухудшение реологических свойств крови и микроциркуляция находятся в прямой зависимости. Нарушение микроциркуляции всегда существенно отражается на развитии патологических процессов. Однако функция микроциркуляторной системы нарушается раньше и нормализуется позже, чем клинические проявления болезни.

**Материал и методы исследования.** В своих исследованиях мы изучили реологические свойства крови у 55 больных с риносинуситами после коронавирусной инфекции. У больных определялись следующие основные показатели: вязкость крови, коэффициент агрегации эритроцитов, степень деформируемости эритроцитов, средний объем одного эритроцита, гематокрит, фибриноген, морфологические свойства эритроцитов.

Учитывая то, что тяжесть гемореологических расстройств зависит от степени интоксикации и распространенности воспалительного процесса, мы разделили больных на 3 условные группы. В первую вошли больные с острыми риносинуситами. Вторая группа включала пациентов с хроническими риносинуситами. Третью группу составили больные с осложнениями острых и

хронических риносинуситов после коронавирусной инфекции.

Сравнение реологических показателей крови больных производили с 20 здоровыми донорами, обследованными при плановой заготовке крови (контроль).

У всех пациентов с риносинуситами после коронавирусной инфекции резко нарушаются реологические свойства крови. Тяжесть нарушений реологических свойств крови зависела не только от вида заболевания, а от его тяжести и степени интоксикации организма. Изменение вязкости крови обнаружено у всех обследованных пациентов. Показатели вязкости крови резко возрастали пропорционально тяжести и распространенности воспалительного процесса и выраженности деструктивных изменений в пораженных органах. Наиболее значительные изменения вязкости крови были обнаружены у пациентов третьей группы.

У всех больных достоверно была обнаружена высокая степень агрегации эритроцитов. Причем, с увеличением тяжести и распространенности гнойно-воспалительных изменений увеличивались количество и размеры эритроцитарных агрегатов (сладж-синдром). Кроме агрегационных свойств эритроцитов в современной гемореологии большое внимание уделяется их эластичности или способности к обратимой деформации. Деформируемость эритроцитов является важнейшим качеством, так как эритроцит способен проходить через капилляры, диаметр которых меньше, чем диаметр эритроцита. В связи с этим увеличение жесткости эритроцитов приводит к возрастанию вязкости крови и нарушению микроциркуляции.

Деформируемость эритроцитов была нарушена во всех клинических группах. Степень нарушения деформируемости возростала пропорционально тяжести состояния больных и достигала  $10,2 \pm 0,169$  (при норме  $7,14 \pm 0,054$ )

**Заключение.** Таким образом, анализ проведенных исследований показывает, что одним из основных проявлений нарушения реологических свойств крови при риносинуситах после коронавирусной инфекции является внутрисосудистая агрегация эритроцитов, а также нарушение способности эритроцитов к обратимой деформации. Эти нарушения по мере увеличения тяжести состояния усиливают вязкость цельной крови, что значительно затрудняет ток крови в микрососудах.

### **СОВРЕМЕННЫМИ СПОСОБАМИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ БЕЗ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**

**Исмоилхўжаева К.Г., Тожиев.Ф.И.**

Ташкенский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Регулярное посещение стоматолога необходимо для того, чтобы на долгие годы сохранить здоровье и красоту зубов. Здоровые зубы обеспечивают нормальное пищеварение, а их красота помогает человеку быть уверенным в себе, дает психологический комфорт. Цель современной стоматологии – сохранение зубов. Поэтому удаление – крайняя мера, к которой

прибегают в том случае, если сохранить зуб невозможно.

**Цель** - изучить современные методы удаления зубов

**Материалы и методы:** Для исследования были набраны 30 пациентов, из которых 18 мужчин и 12 женщин.

1. Клинический
2. Радиология

**Результаты и обсуждение.** Лазерный аппарат. Метод применяют в следующих случаях: сложная топография корней, воспалительный процесс в пародонте, повышенная чувствительность тканей десны. В стоматологической хирургии лазер заменяет скальпель. Он бережно разрезает мягкие ткани, одновременно прижигая кровеносные сосуды и останавливая кровотечение. Лазерный луч способен убивать бактерии, поэтому может удалять очаги воспаления. При применении лазера болевые ощущения сведены к минимуму. После процедуры практически никогда не возникает послеоперационный отек мягких тканей. Лазерная хирургия помогает ускорить заживление мягких тканей после удаления. Сама операция проходит с минимальным применением анестезии. Поэтому использование лазера сделало возможным удаление зубов без боли для пациентов с аллергией на местные инъекционные анестетики. Так как лазер запаивает кровеносные сосуды, после удаления не требуется ушивание лунки, применение гемостатиков.

Ультразвуковой аппарат. Удаление зубов ультразвуком или пьезохирургия основан на способности ультразвуковых волн разрушать твердые ткани. Так как воздействие очень точное, мягкие ткани при этом не повреждаются. Наконечник аппарата генерирует звуковые колебания. Хирург через насадку направляет их на удаляемый зуб. Ультразвуковые волны действуют как хирургический нож, рассекая твердые ткани. С помощью ультразвука ткани зуба аккуратно отделяются от десны. Непосредственного контакта аппарата с десной и зубом нет, все манипуляции проводятся на небольшом расстоянии. Одновременно с помощью диспенсера на операционное поле подается стерильный физраствор. Он дезинфицирует ткани, охлаждает их. Удаление ультразвуком занимает меньше времени по сравнению с традиционной хирургической. В месте экстракции не возникает отека тканей, исключен риск развития воспалительных процессов. Ультразвуковое удаление практически безболезненно, имеет короткий реабилитационный период.

Ультразвуковой аппарат так как воздействие очень точное, мягкие ткани при этом не повреждаются. Наконечник аппарата генерирует звуковые колебания. Хирург через насадку направляет их на удаляемый зуб. Ультразвуковые волны действуют как хирургический нож, рассекая твердые ткани. С помощью ультразвука ткани зуба аккуратно отделяются от десны. Непосредственного контакта аппарата с десной и зубом нет, все манипуляции проводятся на небольшом расстоянии. Одновременно с помощью диспенсера на операционное поле подается стерильный физраствор. Он дезинфицирует ткани, охлаждает их.

Лазерный луч способен убивать бактерии, поэтому может удалять очаги

воспаления. При применении лазера болевые ощущения сведены к минимуму. После процедуры практически никогда не возникает послеоперационный отек мягких тканей. Лазерная хирургия помогает ускорить заживление мягких тканей после удаления.

**Заключение.** Способ удаления зуба хирург выбирает в зависимости от клинической картины. После процедуры он обязательно расскажет вам, как ухаживать за лункой после процедуры, при необходимости назначит антисептические и обезболивающие препараты. Процедура по удалению зуба проходит без боли, но в первые дни могут сохраняться небольшие болевые ощущения, кровоточивость. Это нормальная реакция и через несколько дней неприятные симптомы исчезают самостоятельно. Чтобы уменьшить отечность после удаления зуба можно прикладывать к щеке холодные компрессы. Снять сильную боль можно обезболивающими препаратами, которые порекомендовал врач. Важно избежать инфицирования лунки, поэтому нельзя прикасаться к ране руками или языком, снизить нагрузку на челюсть во время жевания. В остальном серьезного специального послеоперационного ухода за лункой не требуется.

### **ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ И СЛЮНЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Исомов М.М., Шомуродов К.Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Большая часть одонтогенных заболеваний беременных женщин, приводящих к внутриутробному инфицированию плода, протекает в субклинической форме, что значительно затрудняет диагностику данной патологии в антенатальном периоде. Опубликованная статистика свидетельствует, что от 27 до 36% детей, рождённых живыми, в числе которых более 2/3 недоношенных, внутриутробно инфицированы. В результате одонтогенной инфекции у беременных увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов. При этом проведение специфической терапии, направленной на элиминацию возбудителя из организма, зачастую оказывается неэффективным или дающим временный эффект, приводя в 30-50% случаев к рецидиву заболевания. Воспалительный генез не вынашивания беременности обусловлен особенностями проникновения микроорганизмов через плаценту к плоду из материнской крови. Наличие микроорганизмов у матери может быть бессимптомным или сопровождаться характерными признаками воспалительного заболевания. Нередко возбудитель, проходя через плаценту, вызывает развитие плацентита с определенными гистопатологическими изменениями.

Любое нарушение постоянства внутренней среды организма вне зависимости от характера, времени и силы повреждающего агента является для иммунной системы экстремальной ситуацией. При нарушении постоянства

внутренней среды сценарий развития иммунологических событий будет примерно одинаковым, как при небольшом порезе кожных покровов, так и при массивной травме. В процесс заживления будут вовлечены одни и те же типы клеток иммунной системы, одни и те же медиаторы, синтезируемые этими клетками, будут примерно одни и те же этапы развёртывания защитных реакций. Интенсивность защитных реакций и скорость их развёртывания будет определяться силой и продолжительностью действия повреждающего агента. Исключением из этой схемы являются такие повреждения организма, в результате которых развиваются шоковые реакции.

**Цель исследования** - изучить цитокиновый профиль плазмы крови и слюны у беременных женщин с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** Были обследованы 65 беременных женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, обратившихся в отделение ВХС клиники ТГСИ. Средний возраст пациентов составлял 22-45 лет. Концентрация ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ИЛ-8 определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы «Вектор-Бест» (Россия).

**Результаты и обсуждение.** У обследуемых женщин состояние защитной системы ротовой полости сопровождалось существенными нарушениями иммунных механизмов защиты, проявляющимися местными изменениями цитокинового профиля.

Результаты исследования показали, что содержание ИЛ-1 в сыворотке крови был выше в среднем в 3,3 раза по отношению к данным ротовой жидкости, тогда как в ротовой жидкости степень повышения данного интерлейкина составляет – 2 раза. Схожая динамика отмечена и относительно содержания дефензина в исследуемых образцах. Так, уровень дефензина в сыворотке крови у женщин циклически повышается на 56%, а в ротовой жидкости повышается в среднем в 1,9 раза. В целом, мы видим повышение исследуемых аларминов в сыворотке крови и ротовой жидкости у обследуемых, что указывает на мобилизацию провоспалительного цитокина и противомикробного пептида на фоне стрессорной ситуации.

Роль слизистых оболочек в реализации иммунной функции объясняется тем, что большая часть антигенов попадает в организм, преодолевая этот физиологический барьер. Этот факт, по-видимому, объясняет значение слизистых оболочек, как части внутриэпителиальной иммунной системы. Являясь входными воротами для антигенов, слизистые оболочки определяются как важнейшая часть иммунной системы организма в целом. С этой точки зрения ротовая полость занимает уникальное место: с одной стороны, она идеальна для размножения микроорганизмов, имея для этого оптимальную температуру, рН, влажность и доступность питательных веществ, которые отсутствуют в дыхательной, выделительной системах, а с другой – слизистый эпителий ЖКТ выгодно отличается от других кислой и щелочной рН, что губительно для большинства микроорганизмов. Известно, что именно в них

микробиоценоз представлен наибольшим количеством видов. Установлено большое значение различных иммунологических показателей ротовой жидкости для профилактики заболеваний тканей, окружающих зуб. Среди них особое место занимает определение S-IgA. Определение этих показателей позволяет судить о состоянии местных защитных механизмов полости рта, и косвенно характеризовать состояние иммунной системы в целом. Показано, что уровень S-IgA коррелирует со степенью выраженности дисбактериоза. При дисбактериозе I и II степени S-IgA и IgA в ротовой жидкости повышается по сравнению с контролем. При дисбактериозе III степени наблюдается снижение S-IgA и IgA. Концентрация IgG увеличивалась по мере утяжеления степени дисбактериоза. Таким образом, S-IgA ротовой полости, являющийся основным компонентом мукозного барьера, видимо, перестает эффективно выполнять свою биологическую функцию. Выявлено, что снижение мукозного иммунитета сопровождается нарушением мукозного барьера, уменьшением концентрации общего слюнного IgA и возникновением дефицита S-IgA и лактоферрина в протоковой слюне околоушной железы. Хотя некоторые авторы отмечают кратковременный рост SIgA, по-видимому, компенсаторного характера. Таким образом, состояние мукозного иммунитета – важный показатель, характеризующий ткани ротовой полости. Поскольку изменения уровня S-IgA при воспалении в тканях пародонта, по многим литературным данным, однотипны: концентрация S-IgA снижается в ротовой жидкости, а при уменьшении воспалительного потенциала повышается, то этот показатель, по-видимому, можно использовать для оценки эффективности проводимой терапии. Между тем исследование клеточных факторов защиты, участвующих в воспалительном процессе происходящей ротовой полости среди единоборцев, на наш взгляд, имеет важное практическое значение для развития спорта.

Анализ данных свидетельствует о том, что у обследованных женщин уровень мукозального иммунитета – sIgA снижался на 30%; уровень ИЛ-2 снижался на 12%. Относительно провоспалительных цитокинов ИЛ-6, 8 наблюдается иная динамика: уровень ИЛ-6 повышался в 4,8 раза, ИЛ-8 – в 15 раз.

Оценка уровня мукозального иммунитета рта свидетельствует о выраженном снижении sIgA. Снижение уровня ИЛ-2 в ротовой жидкости наряду с дефицитом sIgA может рассматриваться как неблагоприятный фактор, способствующий формированию хронических воспалительных заболеваний пародонта с последующим развитием деструктивных процессов в костной ткани. Оценка динамики значений провоспалительного цитокина ИЛ-6 свидетельствует о высокой активации макрофагальной системы, что приводит к усиленному синтезу реактантов острой фазы, к числу которых относятся С-реактивный белок, трансферрин, церулоплазмин.

Таким образом, результаты комплексной оценки состояния беременных женщин свидетельствуют о сочетанном действии неблагоприятных факторов на ткани полости рта, а именно: низкий уровень гигиенического состояния рта, снижение функциональной активности слюнных желёз, сопровождающееся

изменением свойств секрета, в частности, поверхностного натяжения слюны; угнетением местного мукозального иммунитета рта; усилением степени микробной контаминации.

При обследовании здоровых небеременных женщин было установлено, что медиана и средняя выборочная концентрация лактоферрина в слюне составили 1,03 мкг/мл и  $1,12 \pm 0,05$  мкг/мл, соответственно, интерквартильный диапазон соответствовал 0,76-1,45 мкг/мл. У женщин с физиологически протекающей беременностью при отсутствии гнойного процесса лактоферрина во всех трех триместрах был достоверно выше, чем в группе здоровых небеременных женщин ( $p < 0,05$ ), и плавно повышался от первого к третьему триместру беременности.

**Выводы.** При флегмоне ЧЛО уровень лактоферрина в слюне был выше по сравнению с пациентками с флегмоной как у беременных, так и у небеременных женщин. Наиболее выраженный прирост лактоферрина к третьему триместру беременности наблюдался у пациенток с флегмоной ЧЛО.

Итак, уровень лактоферрина в слюне был ассоциирован как с фактом самой беременности, продолжительностью гестационного периода, так и с наличием и течением гнойного процесса. Причем, зависимость между этими явлениями была прямой. В течение всей физиологически протекающей беременности в слюне происходит повышение концентрации лактоферрина. При протекании гнойного процесса уровень лактоферрина в слюне возрастал с большим градиентом. Антимикробный механизм лактоферрина может выступать причиной установленного сопряжения между развитием и течением процесса и нарастанием уровня пептида в слюне. Таким образом, лактоферрин в слюне можно рассматривать не только как маркер воспаления в ротовой полости, но и как индикатор неблагоприятного течения гнойного процесса.

Таким образом, уровень лактоферрина в слюне выше у беременных женщин и возрастает к третьему триместру гестационного периода и развитие гнойного процесса сопровождается повышением лактоферрина в слюне, а также это явление ассоциировано с выраженным повышением уровня лактоферрина в крови.

### **ПАРОДОНТ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ТИШЛАРНИНГ КАТТИК ТУКИМАЛАРИНИНГ НУКСОНЛАРИНИ БАРТАРАФ КИЛИШ ВА ЭСТЕТИК ТИКЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ**

**Йулдошев А.А**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Маълумки, парадонт патология тиш милкининг қон кетиши, парадонтал чўнтақларда йиринглаш, тиш тошининг чўқиши, тишларнинг бўйинлари ва илдизларининг таъсирланиши, шунингдек, бу соҳада қаттиқ тўқималарда нуксонларнинг мавжудлиги (тиш бўйи қариеси, понасимон шаклдаги нуксонқар, ерозия). билан бирга келади Яллиғланишли парадонтал

касаликларга чалинган кўплаб беморлар оғиз бўшлиғининг кониқарсиз гигиеник ҳолатига ега, гигиена воситаларидан нотўғри фойдаланиш ҳамда чекиш. Шунинг учун бундай беморларда эстетик нуқтаи назардан бўйин соҳасидаги тиш нуқсонларини оқилона даволаш масаласи, биологик ва функционал имкониятлари долзарблигича қолмоқда. Етакчи ривожланган давлатлар ёрдамида Ўзбекистон иқтисодиёти тармоқларини ривожлантириш, модернизация қилиш, техник ва технологик қайта жиҳозлаш, халқаро савдо соҳасини интеграциялашуви, маҳсулот ва товарлар импорти ва экспортини ошириш дастурларини амалга ошириш, шунинг учун. Умумий пародонтит билан оғриган беморларда тишларнинг тиш бўйин соҳасидаги кариоз бўшлиғини тўлдиришни яхшилаш учун биз "Charisma", "Estelite sigma quick" "Филтек Supreme" ни танладик. Пародонтал касаликларга чалинган беморларда мавжуд бўлган санаб ўтилган хусусиятлар ушбу ҳолатларда пломба материалларидан фойдаланиш кўрсатмаларида ўз изини қолдиради. Ва кўп даволаш усуллари, тиклашнинг оптимал усулини танлаш, ушбу йўналишда олиб борилаётган тадқиқотларга қарамасдан, дарҳол ва узоқ муддатли асоратларга оид саволлар ҳали ҳам ноаниқ.

**Тадқиқот мақсади** - пародонтал касаликларга чалинган беморларда тиш пломбасининг самарадорлигини ошириш.

**Материаллар ва усуллар.** Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун клиник тадқиқот ўтказилди. Амалдаги реставрацион материалларнинг хусусиятлари Charisma>> (Хераеус Кулзер) ёруғлик билан қаттиқлаштирувчи универсал материал бўлиб, фторни чиқаради ва радиopak микрогласс асосидаги композициядир. Пломбаларнинг зарра ўлчами туфайли у юқори порлаш учун парлатилади ва тегишли боғлаш тизими билан биргаликда ёпиштирувчи пломба техникаси учун жавоб беради. Кўрсаткичлар: Блек буйича I-V Синф бўшлиқларни тўлдириш; шакли ва рангини тузатиш: диастемани ёпиш: вақтинчалик тишларни тиклаш; индивидуал тишлардаги нуқсонларни тузатиш (масалан, емал дисплази). "Charisma>> BIS-GMA га асосланган (таркибида 64 фоиз вазнли пломба моддалари мавжуд); барий-алюминий-фторли шиша(0,02 - 2 микрон); юқори даражада дисперсланган кремний диоксида (0,02-0,07 микрон). Шприцлар ассортименти куйидаги рангларда тақдим етилган ва тегишли полимеризация режимига ега А1, А2, А3, А3.5, Б1, Б2, Б3, С2, С3, А3, Инсисал, СЛ.СЛО, СЛТ - 20 сония: А4 , С4, ДВ, ОА 3.5, ОБ2, -40 сония

**Тишларнинг бўйин соҳасида реставрация ҳолатини клиник баҳолаш натижалари.** Беморларга такрорий ташрифлар пайтида амалга оширилган реставрацияларни клиник баҳолашда биз уларнинг ранги ўзгариши, пломанинг тишнинг бўйин соҳасига мослиги ҳолати (визуал), механик нуқсонлар мавжудлиги ёки йўқолиши каби кўрсаткичларни аниқладик. Баҳолаш натижалари шуни кўрсатадики, Филтек Олий материали бу борада енг яхши бўлиб чиқди. Шу билан бирга, биз ишлатган бошқа иккита В композит материаллар ундан унчалик фарқ қилмади. Шишаиономер цементларидан фойдаланганда реставрацияларнинг чеккалари бузилганлиги сезиларли даражада аниқланди. Шундай қилиб, беморни кузатишнинг учинчи йилига

келиб, Cetak-Molar материал учун бундай реставрациялар сони 1/2 дан ошди. Композит пластмасса ва шишаиномерлар ўртасидаги ушбу кўрсаткичдаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб чиқди ( $p < 0.05$ ).

**Хулосалар.**

1. Тишларнинг буйин соҳасида тикланган ва яллиғланишли пародонт касалликларга чалинган беморларни клиник кузатишдан сўнг, композит материаллар шишаиномер цементлари билан таққослаганда рангги барқарор ва механик жиҳатдан барқарор еканлиги аниқланди. Улардан фойдаланганда буйин соҳа қисмида бузилиши камроқ аниқланади.

2. Пародонт касаллиги билан чалинган беморларда қаттиқ тиш тўқималарининг нуқсонларини естетик тиклаш учун қон кетиши шароитида мумкин бўлган ранг ўзгаришини ҳисобга олган ҳолда "Charisma" ва "Филтек Supreme" замонавий композит материалларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

**ОРГАННАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБА И ПРОБЛЕМЫ  
ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРИЕСА**

**Йулдошева Н.Б., Гулямова С.П.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Как нам известно, кариес-это сложный, медленно текущий и медленно развивающийся патологический процесс в твердых тканях зуба. Возникает после прорезывание зуба в результате взаимодействие внешних и внутренних факторов. При этом характеризуется в начальной стадии развития очаговой деминерализации неорганической части эмали, разрушается органический матрикс и впоследствии приводит к деструкции твердых тканей зуба с образованием полости в эмали, и в дентине. Чтобы понять какие изменения наблюдается в зубе до возникновения кариесе, должны иметь представление о строении и физиологии зуба.

**Цель исследование** - изучение структуры зуба, обмена веществ происходящий между пульпой-дентин-эмалью. Понять суть возникновения кариеса.

**Материалы и методы.** Исследование поверхностей зубов с помощью растровой электронной микроскопии. Для определения микроэлементного состава показательным и точным является метод электронно-дисперсионной рентгеновской спектроскопии.

**Результаты.** Эмаль – прочная, резистентная к изнашиванию к растрескиванию минерализованная ткань белого или слегка желтого цвета, покрывающая снаружи анатомическую коронку зуба и придающая ей твердость. 95-97% ее массы составляет минеральные вещества (гидроксиапатит, фторапатит, карбонатапатит и др.), 1-2% - органические, 2,3-3,8% - вода (связанная с кристаллами и органическими компонентами и свободная)

Эмаль образована эмалевыми призмами и межпризменным веществом,

покрыто кутикулой зуба. Нам всем известно, как устроена эмаль по курсам гистологии, сейчас самое главное которое мы должны знать, что эмалевые призмы состоит из кристаллов, кристаллы соединены между собой белковыми молекулами. И между кристаллами имеется микро-пространства заполненной эмалевой жидкостью т.е. имеется микропоры эмали, она служит переносчиком молекул и ионов. Теперь переходим к объяснению сущности в обмене эмали. Эмаль является полупроницаемой мембраной между дентином и слюной, избирательно пропускающей ионы – “молекулярное сито”. Некоторые ионы могут свободно переходит по нему, а для некоторых она является барьером. В кристаллах происходит обмен ионов. Скорость обмена зависит от количество связанной с кристаллами воды, обмена микро-пространств, эмалевого ликвора (эмалевый жидкость). В зрелом эмали обмен веществ происходит медленнее, чем в незрелом эмали, это объясняется тем что в молодом, незрелом эмали содержание ликвора больше, чем в зрелом. Механизм обмена веществ в эмали – проницаемость – способность элементов перемещаться в тканях благодаря наличию систем микропор, заполненных зубным ликвором. А также в опытах обнаружено удивительные жидкостные ветвящиеся трубчатые структуры, несомненно, имеющие отношение к транспорту жидкости.

В клинике проницаемость эмали оценивается способностью красителей проникать в микропоры. Интенсивность окрашивания характеризует степень проницаемости. Эмаль проницаема в двух направлениях, но наружная, обращенная в полость рта обладает наименьшей проницаемостью. Наиболее активное проникновение минеральных веществ происходит через микротрещины в эмали и по межпризменным веществам. Главным путем транспорта минеральных веществ в зубе идет по направлению пульпа-дентин-эмаль.

Обмен веществ в дентине, в дентин питательные вещества поступает из пульпы: дентинный ликвор движется в центробежном направлении и доставляет все необходимые элементы для жизнедеятельности дентина.

В дентинной жидкости имеются органические компоненты, необходимые для нормального функционирования живых тканей. Наличие в дентинных трубочках отростков клеток-одонтобластов, а в основном дентине – коллагена, объясняет активность и направленность биохимических процессов. Они заключаются в многочисленных биохимических реакциях и регулируются через нервные окончания, лежащие в пульпе.

Основным субстратом, обеспечивающим обменные процессы, является зубной ликвор. Считается, что 32% дентинной жидкости расположено в канальцах и 68% в основном веществе дентина. Она обеспечивает обмен веществ, более активный, чем в эмали.

Пульпа зуба сохраняет жизнеспособность дентина, снабжая кислородом и питательными веществами одонтобласты, их отростки, а также обеспечивая постоянный ток дентинной жидкости. Полноценная функция питания становится возможной благодаря богатой кровеносной сети в пододонтобластическом слое и ее многочисленным ответвлениям в зону

одонтобластов. Водорастворимые продукты метаболизма, компоненты плазмы фильтруются через стенки капилляров, где внутрисосудистое давление выше, чем тканевое давление в пульпе (осмотическое). Теперь мы узнали как происходит обмен в зубе и структуру зуба и можем проходить проблемы возникновения вируса.

Нехватка витамина С. Она является сильным антиоксидантом и ко-фактором многих ферментов. Наш организм не может запастись этого витамина, поэтому мы должны получать витамина С дополнительно. А при недостатке витамина С развивается тяжелая поражения всего клеточного метаболизма. Главный признак нарушения метаболизма органов ротовой полости, потому что белок коллаген – основной белок соединительной ткани десны, пародонта и их кровеносных сосудов.

Становление болезни случается на фоне модифицированного гормонального статуса: понижение содержания стероидных гормонов приводит к нарушению синтеза белков во всех органах и тканях, в что количестве нарушается синтез главного белка соединительной ткани — коллагена. А также нарушается его структура, из-за уменьшение – ОН группы, нарушается реакция гидроксирования аминокислот пролина и лизина приводит к разрыхлению белка. И при разрыхления белка десен приводит к образованию десневых карманов, а там начинает накапливаться и развиваться гнилостные микроорганизмы, и они в свою очередь начинают выделять токсины, и в результате возникает интоксикация. Разрыхление коллагена сосудов приводит к кровоточивости десен.

Деятельность кариесогенных кислотоустойчивых бактерий *Streptococcus mutans* и лактобацилл, способных превращать углеводы в молочную и другие органические кислоты, которые снижают рН с 6,0 до 4,5-5,5 вызывая деминерализацию и разрушение эмали. Процесс разрушение эмали начинается в области глубоких щелей, ямок и трещин на ее поверхности (поскольку она недоступно для зубной щетки), и дальнейшем распространяется в дентин. Микроорганизмы проникает в дентинные трубочки, по ним – в пульпу, вызывая её воспаление.

**Заключение.** Имеется очень много факторов возникновения кариеса, но самое главное, то что мы должны понимать на, что они именно действует, как происходит процесс, понять суть, и должны понимать какие структуры зуба разрушается и как остановить этот процесс.

### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Ишонкулова Б.А., Эрназарова М.М.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность.** Артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия, идиопатическая артериальная гипертензия — наиболее частое повышение артериального давления у человека. Причины включают различные

острые или хронические психические расстройства, генетические или профессиональные факторы, неправильное питание и многое другое.

Правильный диагноз артериальной гипертензии зависит от устранения причин вторичной артериальной гипертензии у больного. Лечение гипертонии – сложный и длительный процесс, требующий строгого соблюдения предписаний врача. В первую очередь больному следует изменить свой образ жизни, режим питания, режим труда и отдыха, например, воздержаться от алкоголя и курения, употреблять меньше соленой и жирной пищи, избегать ожирения, пить меньше жидкости, выполнять легкие физические упражнения: мало ходить, ему следует бегать медленно (меряется пульс), кататься на лыжах, пользоваться беговой дорожкой, продуктивно проводить выходные, заниматься самостоятельными тренировками, старайтесь держаться подальше от различных эмоций. Также следует использовать психотерапию, гипербарическую оксигенацию, электрификацию, иглоукалывание и массаж.

**Цель исследования.** В зависимости от клинического течения различают два типа артериальной гипертензии: 1) спокойная, затяжная и 2) тяжелая, быстро развивающаяся и в короткие сроки приводящая к мозговой и почечной недостаточности и резкому снижению зрения.

Медикаментозное лечение назначает семейный врач или кардиолог. Существует много типов и размеров антигипертензивных препаратов. В зависимости от стадии артериальной гипертензии лечащий врач назначает один или несколько антигипертензивных препаратов на период времени с учетом состояния пациента и регулярно контролирует результаты лечения.

**Материалы и методы.** Если существует высокий риск почечной недостаточности или заболевания почек, рекомендуется регулярное обследование. В группу риска входят:

- Люди старше 60 лет, люди с недостаточным весом при рождении;
- Люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями или связанные с ними;
- Люди с повышенным артериальным давлением;
- неопрятные люди.

**Результат и обсуждение.** Если вы регулярно принимаете безрецептурные обезболивающие, это может повредить ваши почки. Регулярный прием противовоспалительных препаратов при хронической боли, головной боли или артрите может повредить почки. Обычно это безопасно для людей, которые время от времени принимают эти лекарства и не имеют проблем с почками. Однако, если эти лекарства принимать ежедневно, существует риск для здоровья почек. Если вам нужно справиться с болью, врач может назначить лечение, безопасное для ваших почек.

Симптоматическая артериальная гипертензия – вторичное гипертоническое заболевание, развивающееся в результате патологии органов, регулирующих артериальное давление.

**Заключение.** В заключение следует отметить, что чаще всего симптоматическая артериальная гипертензия имеет нефрогенное (почечное) происхождение и наблюдается при остром и хроническом гломерулонефрите,

хроническом пиелонефрите, поликистозе и гипоплазии почек, подагре и диабетической нефропатии, травме и туберкулезе почек, амилоидозе, нефролитиазе, опухолях. Ранние стадии этих заболеваний обычно протекают без артериальной гипертензии. Гипертония развивается при тяжелом поражении тканей или почек.

## **НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФОМ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

**Каххоров А.С., Нигматуллаев М.Н., Худоёрова У.Э.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Цель исследования** - изучить этиологию и способ лечения оскольчатых переломов нижней трети плечевой кости с повреждением лучевого нерва.

Изучить эффективность диагностики электронейромиографа при повреждении лучевого нерва.

Изучить социальную значимость в предотвращении инвалидности при повреждениях лучевого нерва.

При переломах нижней трети плечевой кости, повреждение лучевого нерва развивается при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости, со смещением костных отломков, при интерпозиции нерва, во время неправильного оказания первой помощи в приемном покое. Непосредственной причиной может стать отек окружающих мягких тканей, который приводит к ишемическому повреждению нерва.

**Материалы и методы.** В отделение Реабилитации и медицинского туризма СФРНПМЦТО, в течении 2021 года, под наблюдением находилось 5 больных с оскольчатыми переломами нижней трети плечевой кости, с повреждением лучевого нерва.

Для диагностики характера повреждения лучевого нерва использовали электронейромиографию лучевого нерва, аппаратом фирмы «Нейрософт» и МРТ лучевого нерва.

У всех больных был выполнен оперативный метод лечения по поводу оскольчатого перелома нижней трети плечевой кости. В 3х случаях выполнили открытый накостный остеосинтез пластинами LCP. В одном случае открытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС), с ревизией лучевого нерва, в одном случае закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС).

Ревизию лучевого нерва выполнили у четырех больных. Оперативный доступ был по проекции лучевого нерва, начинался с латеральной поверхности плеча переходя на латеральную поверхность локтевого сустава. Во время оперативного вмешательства, устранялась причина повреждения лучевого нерва.

Также применяли медикаментозную терапию повреждения лучевого нерва. Для устранения отечности мягких тканей назначали Плазмозамещающие препараты, препараты улучшающие микроциркуляцию, Никотиновая кислота,

Витамины группы В, стимуляция прозеринном, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, магнитотерапия, электростимуляция электрорейомиографом.

**Результаты.** Электрорейомиографическим исследованием были выявлены непрерывность нервного ствола у 4 х больных, блок нерва у 2 х больных.

У 3х больных выполнена ревизия лучевого нерва с устранением причины повреждения, компрессии и ущемления между отломками. У всех больных восстановились функции лучевого нерва.

Для сравнения результатов мы также взяли из архивов 10 идентичных больных, леченых до 2020 года с повреждением лучевого нерва, из них у 5 больных восстановление нервной проводимости не произошло, что привело их к инвалидности.

**Выводы.** Электрорейомиография повреждения лучевого нерва позволяет оценить состояние поврежденного нервного ствола.

Так как до 2020 года в СФРНПМЦТО не было электрорейомиографа, достоверность диагностики повреждения лучевого нерва была недостаточно велика, что приводило к инвалидности некоторых больных.

Комплексный подход в лечении поврежденного лучевого нерва при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости позволяет уменьшить сроки восстановления поврежденного нерва.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

**Кадырбаева А.А., Азимова А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Лечение механической травмы предусматривает обязательное устранение травмирующего агента, обезболивание, обработку язвы и полости рта растворами антисептиков. При наличии некротизированных тканей их удаляют механически под анестезией или с помощью протеолитических ферментов. Неинфицированные эрозии и язвы обрабатывают препаратами, усиливающими эпителизацию (Смаглюк Л.В., 2013). С целью коррекции патологических состояний слизистой оболочки рта используют лекарственные средства как синтетического, так и природного (в том числе растительного) происхождения. Растительные средства, в отличие от синтетических, имеют ряд преимуществ: мягкое действие, низкую токсичность, активацию функций не только иммунной, но и нервной и эндокринной систем, благодаря наличию в их составе комплекса биологически активных веществ, оказывающих воздействие на организм в целом (Михайлова А.Б. с соавт., 2009; Пашковская А.Э. с соавт., 2011).

**Цель исследования** - изучить факторы развития травматических повреждений слизистой оболочки рта у пациентов, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии клиники ТГСИ и оптимизировать результат их

лечения.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании будут представлены данные обследования пациентов с травматическими эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта.

Протокол обследования пациентов будет включать: оценку жалоб, сбор анамнеза, клинический осмотр, цитологические и фотопланметрические исследования. Статистическая обработка клинического материала будет основана принципами доказательной медицины.

**Результаты исследования.** На достаточно большом клиническом материале будет выполнена оценка стоматологического статуса у пациентов с травматическими эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта.

С помощью достоверных методов статического анализа (корреляционный анализ, диагностическая и прогностическая ценность теста, критерий Фишера и др.) будет проведен сравнительный анализ препаратов в лечении травматических язв СОПР.

**Выводы.** Полученные результаты будут обсуждены и опубликованы в материалах различных международных и региональных конференций, симпозиумов, съездов; опубликованы в периодической печати стран ближнего и дальнего зарубежья, республиканских изданиях. Результаты диссертационной работы будут внедрены в практическую работу отделения терапевтической стоматологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, а также в процесс обучения студентов Ташкентского государственного стоматологического института.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

**Казаченко Е.В., Кучумова Е.Д.**

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, город Санкт-Петербург, Российская Федерация  
[aneletchka@mail.ru](mailto:aneletchka@mail.ru)

Являясь начальным этапом пищеварительного тракта, полость рта представляет собой отдельную экологическую нишу с микроорганизмами, которые в свою очередь, ответственны за формирование местного иммунитета и способны обеспечивать колонизационную резистентность этого биотопа (Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Банченко Г.В., 2003, 2004). При возникновении стоматологической патологии, микрофлора, обладающая агрессивными, вирулентными и болезнетворными свойствами, оказывает не только вредное действие на ткани области поражения, но может неблагоприятно влиять на состояние всего организма, замыкая «порочный» круг и внося свой вклад в развитие патологических нарушений со стороны органов желудочно-кишечного тракта (Хабилов Л.Х., 1976; Десятниченко К.С.,

Леонтьев В.К., 2007), что особенно важно учитывать в послеоперационном периоде лечения заболеваний толстого кишечника.

В предшествующем нашем исследовании гигиенического состояния полости рта у пациентов с заболеваниями толстого кишечника были найдены не позитивные показатели, фиксирующие оценку ухода за ротовой полостью. В продолжение тематики у нас вызвало интерес рассмотрение предрасполагающих факторов формирования зубного налёта.

**Цель работы** заключалась в изучении рациона питания пациентов с заболеваниями толстого кишечника, у которых нами зафиксирован неудовлетворительный уровень гигиены полости рта.

**Материалы и методы.** Обследовано 15 пациентов (8 мужчины и 7 женщин) с заболеваниями толстого кишечника в возрасте от 22 до 65 лет. Проведен опрос, осмотр, определение гигиенического индекса Грина-Вермильона (ОНИ-S, 1960).

**Результаты.** В нашей выборке пациентов у всех определена неудовлетворительная гигиена полости рта в соответствии с гигиеническим индексом Грина-Вермильона (ОНИ-S, 1960).

Анализ опроса больных с неудовлетворительной гигиеной полости рта и с сопутствующим заболеванием толстого кишечника выявил 67% респондентов, потребляющих ежедневно простые углеводы. Более детальный разбор найденного факта позволил зафиксировать 40% опрошенных, у которых каждый прием пищи сопровождался приемом продуктов, отнесенных к быстрым углеводам. Например, пациенты осуществляли выбор сладких газированных напитков, соков либо кофе с сахаром, к чаю предпочитали потреблять варенье, джемы или конфеты, хлебобулочные изделия также присутствовали среди ответов наших респондентов.

Изучив выбор предпочтений пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта и с сопутствующим заболеванием толстого кишечника, зафиксировано 73% больных, не включающих в свой рацион питания свежие термически не обработанные овощи, фрукты и зелень.

**Выводы.** В группе обследованных наблюдаем высокий уровень ежедневного потребления простых быстрых углеводов, что является предрасполагающим фактором скорого формирования как зубного налета, так и является опосредованной причиной запуска процессов деминерализации твердых тканей зубов, образованием кариозного процесса.

Помимо этого, малое количество пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта и с сопутствующим заболеванием толстого кишечника выбирают свежие термически не обработанные овощи, фрукты и зелень для ежедневного потребления в пищу. Наряду с этим известно, что мягкий зубной налет в процессе пережевывания твёрдой пищи удаляется, с чем не справляется мягкая еда.

Таким образом выявлена необходимость привлечения внимания пациентов к их проблемам в полости рта, ознакомление пациентов с методами и средствами для ухода за ротовой полостью.

Вышеизложенное определяет актуальность и важность направления в исследовании причин неудовлетворительной гигиены полости рта пациентов с заболеваниями толстого кишечника.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Камилов Ж.А., Алиева Н.М., Ахмедов М.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[jutex12@gmail.com](mailto:jutex12@gmail.com)

**Актуальность** - изучение возрастно-половых и региональных особенностей прорезывания постоянных зубов необходимо для создания нормативных оценочных таблиц и разработки системы мероприятий, направленных на своевременную диагностику и профилактику нарушений зубного развития.

**Цель исследований** заключается в выявлении возрастно-половых особенностей последовательности прорезывания зубов постоянного прикуса у детей города Ташкента.

**Объектом исследований** являлись 3834 человека в возрасте от 3 до 17 лет, из них 1577 - воспитанники дошкольных образовательных организаций и 2257 - учащиеся общеобразовательных школ г.Ташкента.

Для решения поставленных задач и достижения цели проведен стоматологический осмотр, использованы анамнестический, медико-статистический и аналитический методы исследований.

Срок прорезывания	Последовательность	
	верхняя челюсть	нижняя челюсть
<b>МАЛЬЧИКИ</b>		
Начальный	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	I <sub>1</sub> - M <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - C - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>
Средний	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	I <sub>1</sub> - M <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - C - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>
Завершающий	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - C - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>
<b>ДЕВОЧКИ</b>		
Начальный	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	I <sub>1</sub> - M <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - C - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>
Средний	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	I <sub>1</sub> - M <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - C - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>
Завершающий	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - C - M <sub>2</sub>	M <sub>1</sub> - I <sub>1</sub> - I <sub>2</sub> - C - P <sub>1</sub> - P <sub>2</sub> - M <sub>2</sub>

*Примечание: I<sub>1</sub> - центральный резец; I<sub>2</sub> - латеральный резец; C - клык; P<sub>1</sub> - первый премоляр; P<sub>2</sub> - второй премоляр; M<sub>1</sub> - первый моляр; M<sub>2</sub> - второй моляр*

**Результаты.** Проведенный анализ показал, что у мальчиков и у девочек последовательность прорезывания постоянных зубов на верхней челюсти отличалась от последовательности на нижней, но не имела гендерных различий на верхней и нижней челюстях.

У детей обоего пола последовательность прорезывания зубов на начальном и среднем этапах не отличалась, за исключением верхних клыков и нижних вторых премоляров, а при завершении постоянного прикуса в последовательности появления нижних клыков, нижних первых премоляров и

верхних вторых премоляров четко прослеживались гендерные различия.

**Выводы.** Результаты изучения характеристики прорезывания постоянных зубов у детей города Ташкента и сравнение их с исследованиями авторов стран зарубежья, показали различия последовательности прорезывания зубов-антагонистов и зубов-антимеров. Это свидетельствует о необходимости продолжения научных исследований в данном направлении и разработки отдельных нормативных оценочных таблиц прорезывания зубов для детей Узбекистана.

### ИМИДЖ ВРАЧА

**Камилова Д.Н., Рахматуллаева Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Имидж (англ. Image-образ, от лат. Imago-имитировать) - не просто образ, а целенаправленно сформированный образ кого-либо или чего-либо, содержащий некоторые ценностные характеристики и призванный оказать эмоционально-психологическое воздействие на целевую аудиторию в целях популяризации, рекламы и т.д.

В этом современном значении термин «имидж» впервые употребил З.Фрейд, издававший в 1930 х гг. журнал под таким названием. С 1940 х гг. термин «имидж» стал использоваться в рекламе и деятельности по связям с общественностью.

Имидж - фактор коммуникации, который является посредником во взаимодействии между его носителем и воспринимающим лицом. Сознательное управление имиджем всегда рассчитано на реализацию некоторых целей отправителя – имидж формирующей информации. Имидж всегда креативен. Создатель имиджа пытается вызвать те реакции, в которых он заинтересован. Имидж является составной частью делового общения и одним из факторов делового успеха. Как правило, понятие имиджа касается конкретного человека, но может распространяться и на определенную организацию, профессию и т.д.

Мы остановимся на самом популярном и уважаемом имидже врача:

Профессиональный имидж врача – это образ, который полностью соответствует специфике профессии, это впечатление о специалисте, которое создается у его пациентов, коллег, руководителей и подчиненных. Общий образ врача состоит из личностного и профессионального имиджа, имеющего размытые границы и четкие требования, несоблюдение которых приводит к недоразумению и пренебрежительному отношению к специалисту. Формирование профессионального имиджа – это умение создать положительный образ, который подчеркнет лучшие качества специалиста, как личностные, так и деловые. К сожалению, сегодня негативное отношение к врачам со стороны населения в большинстве случаев обусловлено, в том числе и составляющими профессионального имиджа, который включает не только уровень профессиональной подготовки, но и внешний вид специалиста, манеру его этикетного поведения, общения с пациентами, коллегами, наличие эмпатии,

тактичности, вежливости, умение соблюдать конфиденциальность. Профессиональный имидж – это полиметрическое явление с разнообразными функциями, главное назначение которого – достижение эффекта личностного притяжения. Врач первичного звена одним из первых контактирует с семьей, и от его межличностной адаптации, профессионального образа зависит отношение населения к медицине в целом и качество оказания медицинской помощи.

Профессия врача требует определенных имиджевых характеристик, которые должны соответствовать требованиям социума и месту работы: высокого уровня профессиональной компетентности, умения контролировать свои эмоции, культуры речи, устного и письменного общения, соответствующего внешнего вида и манеры поведения.

Составляющими врачебного имиджа являются внутренний и внешний компоненты. Внутренний компонент представлен психологическим понятием «Я концепция», формирование которой происходит в течение всей жизни и включает представления личности о себе, представления о том, какое впечатление она производит на окружающих, и реакцию человека на обратную связь с окружающими. Коррекция и управление внутренним компонентом требуют достаточно серьезных подходов и более длительного периода времени. Внешний компонент имиджа состоит из габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного и средового имиджа, что значительным образом влияет на профессиональную успешность.

Составляющими габитарного имиджа являются внешний вид и физическая конституция. Статус места (лечебное учреждение) и социальная роль, выполняемая личностью, требуют соблюдения определенного профессионального дресс-кода. Медицинская одежда достаточно консервативна и уже на протяжении многих веков традиционна. В подсознании большинства людей белый халат ассоциируется с представлением о респектабельности, доверии к профессионализму и квалификации врача.

История происхождения белого халата имеет несколько версий. По одной из них впервые спецодежду в гардероб врача ввел английский врач-гигиенист Джозеф Листер в 1860 году, стремясь снизить смертность рожениц и новорожденных от сепсиса. Он настоял на необходимости обязательного кипячения белого халата до и после использования, что действительно привело к снижению смертности матерей и детей. Требования к медицинскому халату, который остается самым популярным видом медицинской одежды, предусматривают его обязательную чистоту, опрятность в ношении, определенную, настраивающую на рабочую обстановку длину и степень прозрачности халата. Физическая конституция как составляющая имиджа определяется доброжелательностью, здоровым и ухоженным внешним видом. Врач должен быть таковым или как минимум производить такое впечатление. Ухоженность не стоит дорого, требует небольших усилий и при этом показывает, что человек уважает и себя, и тех, с кем работает, и тех, кому призван оказывать помощь.

В рамках своей профессиональной деятельности эффективность действий врача во многом определяется коммуникативным имиджем – умением общаться. Прежде всего, это необходимо для гармонизации интересов пациентов, его родственников, лечебного учреждения и лично врача. Специалист, который призван оказывать помощь другим людям в рамках своей профессиональной деятельности, должен уметь адаптировать свое поведение с целью установления наиболее оптимальных отношений с участниками коммуникации. Чтобы продемонстрировать уважение, необходимо общаться с пациентом, как с личностью, а не только как с носителем определенной патологии. Тактичность, гибкость и эмпатия необходимы врачу всякий раз, когда следует совершать над собой усилие, выслушивая личную историю пациента, претензии родственников, замечания коллег и руководства.

В профессиональном общении необходимо знание определенных правил вербальной коммуникации, принятых в социуме в целом и в обстановке профессионального общения в частности. Универсальным средством коммуникации и знаковой системой для передачи информации является речь. Основной задачей речевого этикета в общении врача и пациента является установление контакта и поддержание официально вежливых отношений. Среди профессиональных качеств, характеризующих вербальное поведение врача, наиболее значимые: владение литературным языком, общая эрудиция, кругозор, умение четко формулировать свою мысль. Для создания позитивной атмосферы общения в рамках профессиональной деятельности необходимы доброжелательность, терпеливость, внимательность, уважение к собеседнику. Естественной и единственной уважительной формой обращения к пациенту независимо от пола, возраста, социального статуса является обращение на «вы». Этикетные правила отражают существенные для данной среды морально-этические нормы, связанные со статусно ролевыми характеристиками участников диалога и с их социально значимыми биологическими признаками (мужчина – женщина, старый – молодой, больной – здоровый, начальник – подчиненный). На период общения с пациентом личные интересы и потребности врача должны отойти на второй план, а предпочтение отдается интересам и потребностям собеседника. Необходимо помнить, что речь понятна слушателям, только если человек говорит со скоростью, не превышающей 2,5 слова в секунду, человек перестает слушать фразу, произносимую без паузы дольше 6 секунд, запрещено наносить ущерб собеседнику содержанием или формой высказывания. От умения врача владеть словом, от уровня его речевой культуры зависит профессиональная компетенция.

Ментальный имидж врача в основном определяется морально-этическими установками и ценностями, мировоззрением, широтой интересов, отношением к делу. Ментальный имидж – это внутренний мир человека, проявляющийся при взаимодействии с другими людьми. Человек ведет себя определенным образом не потому, что он законопослушен и опасается наказания, а потому, что он не может поступить иначе в силу своих внутренних убеждений и

накопленных моральных ценностей. От нравственного впечатления, производимого врачом, зависит отношение к нему как к личности, возможность и эффективность сотрудничества для достижения результатов. Внешние и внутренние составляющие имиджа взаимосвязаны и зависимы, что необходимо учитывать, создавая профессиональный и личный образ и стиль.

Формирование имиджа – процедура, направленная на создание у людей (аудитории имиджа) определенного образа объекта (прототипа имиджа, будь то человек или организация) с определенной оценкой этого образа, в виде осознаваемой или неосознаваемой мысли об этом образе (о прототипе имиджа) для достижения психологического притяжения аудитории к данному объекту

Таким образом, имидж специалиста является одним из главных атрибутов его профессиональной деятельности. Задача создания профессионального имиджа врача должна быть осознанным выбором и быть ориентирована на общие каноны, сформировавшиеся в результате исторической медицинской практики. Это, прежде всего высокий уровень профессионализма, нравственность и наличие эмпатии. Необходимо помнить, что создание достойного образа требует значительных сил, времени и материальных вложений, а потеря репутации может произойти мгновенно.

Мы рассмотрели с вами два очень к друг другу близкими специальностями, которые в своей деятельности в основном общаются с окружающими людьми. Значит имидж – это инструмент, помогающий выстраивать отношения с людьми. Так же это основа эффективной коммуникации, основа эффективной работы не только руководителя, но и любого специалиста, работа которого связана с общением.

Как мы определили имидж педагога или врача это сложившийся стереотип образа в представлении учащихся, коллег, пациентов и социального окружения. В развитии личностно-педагогического или врачебного имиджа и индивидуального стиля педагогической или врачебной деятельности приоритетным считается становление личностного имиджа, как условие формирования педагогического или врачебного профессионального имиджа.

У вас должно сложиться вполне определенное представление о том насколько вы соответствуете имиджу успешного руководителя, преподавателя или врача, который любит свою работу и делает ее мастерски. А получив такое представление, следует задуматься о путях и средствах воплощения мечты в вашем лице. И помните: имидж обязан быть убедительным. Ваше обаяние и привлекательность должны естественно вытекать из следования некоторым нехитрым правилам....

### **ИНСОН САЛОМАТЛИГИ ВА УНДА ТИББИЙ КУРИКНИНГ АХАМИЯТИ**

**Камилова Д.Н., Рахматуллаева Д.**  
Тошкент давлат стоматология институти

Доно халқимиз “Соғлик – туман бойлик” деб бежиз айтмаган. Ақл-идрок

соҳибии бўлган инсон ўз ҳаётини қадрлаши лозим бўлади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, кейинги бир неча ўн йил ичида ортиқча тана вазни ва семизлик муаммоси бутун дунёда кучайиб бормоқда. 2015 йилнинг ўзида юқумли бўлмаган касалликлар 40 миллион одамнинг умрига заволи бўлди, бу эса дунё бўйича барча ўлим ҳолатларининг 70 фоизини ташкил қилади.

Ўзбекистонда эса ҳар йили барча ўлим ҳолатларининг 78 фоизи юқумли бўлмаган касалликлар туфайли юз бермоқда. 2017 йилда жинси ва ёши бўйича стандартлаштирилган ўлим сабаблари умумий тузилмасида биринчи ўринни қон айланиш тизими касалликлари (69 фоиз), шу жумладан юрак ишемик касаллиги, артериал гипертония ва унинг асоратлари (миокард инфаркти, бош мияга қон қуйилиши) эгаллади. Улардан кейин ҳавфли ўсмалар (8 фоиз), қандли диабет (3 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (3 фоиз) жой олди.

2014-2015 йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти билан биргаликда республиканинг 18-64 ёшдаги аҳолиси орасида ўтказган тадқиқот натижалари қуйидагиларни кўрсатди: ҳар куни аҳолининг учдан икки қисми (67 фоиз) сабзаот ва меваларни етарли миқдорда истеъмол қилмайди (400 граммдан кам); аҳолининг ярми ортиқча вазнга эга: катта ёшдаги аҳолининг ҳар бешинчисида семизлик аниқланган; аҳолининг 46 фоизиди қондаги холестерин даражаси ортганлиги қайд қилинган; эркаларнинг 42 фоизи ва аёлларнинг 1,5 фоизи тамаки чекади; аҳолининг деярли учдан бир қисмида юқори артериал босим ( $\geq 140/90$  mm Hg) қайд қилинмоқда; аҳолининг 9 фоизи оч қоринга қондаги глюкозанинг ортган даражасига эга ( $\geq 6,1$  mol/l); 40-64 ёшдаги аҳолининг бешдан бир қисми ўн йил ичида юрак қон-томир касалликлари ривожланиши ҳавфига эга; аҳоли орасида бир кунда истеъмол қилинаётган туз миқдори ўртача 14,9 граммни ташкил қилади, бу эса Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсия этган кўрсаткичдан (қунига кўпи билан 5 грамм) 3 баравар ортиқ.

Тиббий кўрик - инсонлар саломатлигини сақлаш, касалликлар келиб чиқиши ва тарқалишининг олдини олиш мақсадида ўтказиладиган тадбирлардир. Тиббий кўриқнинг аҳамияти шундаки, ўз вақтида ўтказиладиган тиббий кўриқ доимо соғлом бўлиб юриш имкониятини яратади.

Тиббий кўриқ Оила кодексига мувофиқ амалга оширилади ва «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида», «Психиатрия ёрдами тўғрисида», «Одамнинг иммунитет танқислиги вирусини билан касалланишнинг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўғрисида», «Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси қонунлари, мазкур Низом ва бошқа қонун ҳужжатлари билан тартибга солинади.

**ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРНИНГ ГЕМОГЛОБИН МИҚДОРИГА  
АРВТНИНГ ТАЪСИРИ**

**Карабаев Ж., Эргашева М.М.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** ОИВ билан касалланганлар сони дунё бўйлаб 37,7 млн кишини ташкил этади, улардан 1,7 млн 0-14 ёшгача болалардир. (Global HIV AIDS Overview 2020)

Ўзбекистонда сўнги йилларда ОИВ инфекцияси онадан болага ўтишини профилактикаси муваффақиятлар туфайли яққол ўзгаришларга дуч келди. Бунинг натижасида болаларда ОИВ-инфекциясини ташхислаш ва даволашда ривожланишга эришилди. Шу жумладан ОИВ инфекцияси кечишини оғирлаштирадиган хамрох касалликлардан анемия муҳим аҳамиятга эгадир.

**Мақсад** - АРВТ олаётган болаларда қондаги гемоглобин кўрсаткичларини ўрганиш.

**Материал ва услублар.** Мазкур текширишда 2021-йил август ойидан, декабрь ойигача бўлган муддат давомида, Шаҳар ОИТС га қарши курашиш марказида амбулатор шароитда даволанаётган 40 нафар 18 ёшгача бўлган бемор болаларда таҳлил олиб борилди. Бемор болаларнинг АРВТ олишдан аввалги таҳлил натижаларига кўра 34 нафар (85%) болаларда 1-даражали анемия кузатилди. Гемоглобин миқдорини ўртача кўрсаткичи  $98 \pm 2,2$  ни ташкил этди.

**Натижа ва таҳлиллар.** Текшириш давомида, ОИВ билан касалланган беморлар ўтказган даво муолажаларига кўра, 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ (24 нафар) беморлар 2НИОТ+ННИОТ препаратларини схема бўйича қабул қилишди. 2-гуруҳ (16 нафар) беморлар эса қуйидаги схема бўйича қабул қилишди: ННИОТ +НИОТ+ИП. Текшириш натижаларига кўра, ўтказилган даво муолажалари 12 ҳафтадан сўнг 1-гуруҳ беморларда қон таркибидаги гемоглобин миқдори ўртача  $82,2 \pm 2,1$  ни ташкил этди ( $p < 0,01$ ), 2-гуруҳдаги беморларда эса қон таркибидаги гемоглобин миқдори ўртача  $112 \pm 2,1$  ни ташкил этди ( $p < 0,05$ ). 20 ҳафтадан сўнг эса, қуйидаги натижага эришилди  $110 \pm 2,1$  ва  $121 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ).

**Хулоса.** Икки гуруҳдаги беморларда гемоглобин миқдори кўтарилди лекин ИП (протеаза ингибитори) қўшилган схема натижасида гемоглобин миқдори бошидан ошган. Биринчи гуруҳ беморларда эса бошида гемоглобин миқдори пасайиши аниқланди.

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ НОСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[dfshamsiev@mail.ru](mailto:dfshamsiev@mail.ru)

Повышенная склонность к кровотечениям у пациентов с почечной

недостаточностью может клинически проявляться желудочно-кишечными кровотечениями, кровоизлияниями в сетчатку, субдуральной гематомой, носовым кровотечением, гематурией, экхимозами, пурпурой, кровотечением из десен, кровотечением из десен, генитальным кровотечением, кровохарканьем, телеангиэктазиями, гемартрозом и петехиями.

Интересно, что сам гемодиализ (ГД) может предрасполагать к нарушениям свертываемости крови не только из-за вводимого гепарина, но и из-за постоянной активации тромбоцитов на мембране диализатора с последующим снижением активности диализатора. Напротив, было показано, что ГД уменьшает нарушения тромбоцитов, что приводит к снижению риска кровотечения из-за удаления уремического токсина. У больных с почечной недостаточностью анемия напрямую влияет на время кровотечения. Эритроциты приводят к накоплению тромбоцитов вдоль стенок сосудов в кровотоке вместе со стимуляцией высвобождения тромбоцитарного АДФ и инактивации PGI<sub>2</sub>, тем самым активируя функцию тромбоцитов.

Перфорация носовой перегородки у пациентов с уреемией может произойти из-за травмы носовыми катетерами и нарушения пролиферации клеток слизистой оболочки. Кроме того, определенную роль могут играть нарушения иннервации сосудов носовой перегородки вследствие нейропатии вегетативной нервной системы и ишемии, вторичной по отношению к сужению артериол. Инфекция распространена среди пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности (ТХПН), перенесших ГД, что приводит к госпитализации, с высоким уровнем заболеваемости и смертности. Наиболее часто вовлекаемым микроорганизмом является *Staphylococcus aureus*, который является наиболее частым эндогенным микроорганизмом в передних отделах носа.

**Цель** - изучить клинико-функциональные изменения слизистой оболочки носа у пациентов с хронической почечной недостаточностью на гемодиализе.

**Материал и методы исследования.** Перекрестное исследование проводилось с 2020 г. 2022 г. В него были включены 68 подходящих пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих регулярное ГД более 6 м. Все пациенты были подвергнуты полному сбору анамнеза и клиническому обследованию. Критерии включения: возраст старше или равный 18 годам, пациентам были назначены регулярные 4-часовые сеансы обычного ГД трижды в неделю и адекватные сеансы ГД более чем за 6 месяцев до исследования со стандартным бикарбонатсодержащим диализатом, с использованием биосовместимого полисульфона для ГД диализатор с низким потоком и гепарин в качестве антикоагулянта. Мы исключили всех пациентов с сахарным диабетом, активным аутоиммунным заболеванием, прогрессирующим заболеванием печени или злокачественными новообразованиями. Кроме того, были исключены пациенты с предшествующими заболеваниями носа или околоносовых пазух. КТ носа и придаточных пазух выполнялась только по показаниям. Был проведен общий анализ крови и рутинная биохимия (азот мочевины крови, креатинин сыворотки, коэффициент восстановления

мочевины, кальций, фосфор, паратиреоидный гормон и профиль железа).

Результаты и их обсуждение. В общей сложности 68 подходящих пациентов с хронической почечной недостаточностью (35 мужчин и 33 женщины) со средним возрастом  $52,1 \pm 13,3$  года и средней продолжительностью заболевания. Были включены  $7,9 \pm 5,58$  лет. Причинами почечной недостаточности явились артериальная гипертензия у 21 (30,9%) больного, хронический пиелонефрит у 11 (16,17%), амилоидоз у 2 (2,9%), анальгетическая нефропатия у 7 (10,3%), волчаночный нефрит у 2 (2,9%), хроническая обструктивная уропатия у 7 (10,3%), поликистоз почек у 3 (4,4%) и 15 (22,1%) больных неизвестной этиологии.

Слизистая оболочка носа была нормальной у 45,6% пациентов, тогда как у 44,1% пациентов слизистая носа была сухой. Только у 10,3% больных отмечалась гиперемия слизистой оболочки носа. Нижние носовые раковины у большинства наших пациентов (44,1%) были бледными, тогда как нормальные у 35,3% и гипертрофированные у 13,2%. Корки были обнаружены только у 7,4% больных в нижних носовых раковинах, хотя в носовой перегородке они встречались почти в двойном процентном соотношении (14,7%).

Большинство исследованных пациентов (77,9%) имели нормальную носовую перегородку, тогда как наиболее значимым наблюдаемым признаком были корки на носовой перегородке примерно у 14,7% пациентов и, в меньшей степени, искривление носовой перегородки и изъязвления, по 2,9% каждого. Только у одного (1,5%) пациента была перфорация носовой перегородки.

Большинство пациентов не сообщали об истории носовых кровотечений (94,1%). Средний уровень гемоглобина у пациентов без выраженного носового кровотечения составил  $10,5 \pm 1,7$  г/дл против  $9,2 \pm 1,6$  г/дл у пациентов с носовым кровотечением при значении  $P$  более 0,05. Корреляция между носовым кровотечением и всеми параметрами была статистически незначимой, за исключением пола, поскольку ни у одного из наших пациентов мужского пола не было носового кровотечения во время нашего исследования ( $P=0,034$ ).

**Вывод.** Наиболее частыми ЛОР-проявлениями были сухость слизистой оболочки носа и бледность нижних носовых раковин и, в меньшей степени, образование корок, как на носовой перегородке, так и на нижних носовых раковинах. Частота носовых кровотечений была снижена у пациентов с хронической почечной недостаточностью на регулярном ГД. Изъязвление и перфорация носовой перегородки являются наименее частыми ЛОР-признаками. В нашем исследовании не было зарегистрировано ни одного случая обонятельной нейропатии.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА  
ГЕМОДИАЛИЗЕ**

**Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[dfshamsiev@mail.ru](mailto:dfshamsiev@mail.ru)

Хроническая почечная недостаточность влияет на гемостаз несколькими путями, приводя либо к антикоагулянтному состоянию, характеризующемуся эпизодами кровотечения, либо к прокоагуляционному состоянию, характеризующемуся частыми тромбозами.

Нарушения свертываемости крови обусловлены неадекватной функцией тромбоцитов, коагуляционным каскадом и/или активацией фибринолитической системы, тогда как гиперкоагуляция является продуктом регуляторных нарушений свертывания крови и гиперактивности тромбоцитов.

У больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на регулярном гемодиализе (ГД), наблюдаются различные отоларингологические проявления, обусловленные уремическими токсинами и электролитным дисбалансом. В предыдущих исследованиях сообщалось об носовых кровотечениях как о наиболее частых ЛОР-проявлениях терминальной почечной недостаточности, что объяснялось тенденцией к кровотечениям, связанной с уремией. Носовые корки, перфорация перегородки и обонятельная дисфункция также наблюдались у пациентов с ГД.

**Целью данного исследования** явилось оценка частоты различных назальных проявлений среди пациентов с хронической почечной недостаточностью на гемодиализе.

**Материал и методы исследования.** Перекрестное исследование проводилось с 2020 г. 2022 г. В него были включены 68 подходящих пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих регулярное ГД более 6 м. Все пациенты были подвергнуты полному сбору анамнеза и клиническому обследованию. КТ носа и придаточных пазух выполнялась только по показаниям. Был проведен общий анализ крови и рутинная биохимия (азот мочевины крови, креатинин сыворотки, коэффициент восстановления мочевины, кальций, фосфор, паратиреоидный гормон и профиль железа).

**Результаты и их обсуждение.** Большинство пациентов не сообщали о носовых кровотечениях в анамнезе (94,1%). В целом у 44,1% пациентов наблюдалась сухость слизистой оболочки носа и бледность нижних носовых раковин, а у 10,3% пациентов слизистая оболочка носа была застойной. Корки были обнаружены у 7,4% больных, хотя почти в 2% случаев они были обнаружены в носовой перегородке (14,7%). Искривление носовой перегородки и изъязвление встречались в 2,9% случаев. Только у одного (1,5%) пациента была перфорация носовой перегородки. Средний уровень концентрации гемоглобина (г/дл) составил 10,4 (диапазон 6,8-15 г/дл).

**Вывод.** Современные адекватные методики ГД уменьшают носовые

кровотечения у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Наиболее частыми ЛОР-проявлениями были сухость слизистой оболочки носа и бледность нижних носовых раковин и, в меньшей степени, корки, как на носовой перегородке, так и на нижних носовых раковинах.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ г.АЛМАТЫ**

**Каркимбаева Г.А., Абдукаликова Д.Б., Баймуратова М.А.**

Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби,  
Казахстанский Медицинский университет “Высшая Школа Общественного здравоохранения”, Казахстан, Алматы  
[gulshahar\\_07@mail.ru](mailto:gulshahar_07@mail.ru), [delmira-555@mail.ru](mailto:delmira-555@mail.ru)

**Актуальность.** Профилактическая работа – один из основных приоритетов в повседневной практике врача-стоматолога. Поэтому здоровье является результатом и производной объединенных действий и усилий всего общества. Детский кариес являясь особой формой патологии, имеющей сложную разнопланово взаимодействующую многофакторную природу, требует изучения большей части факторов риска, что актуализирует настоящее исследование. Факторы возникновения кариеса зависят от грамотности поведения ребенка и его родителей с позиции стоматолога, но вместе с тем позитивным восприятием профилактических мер пациентами для снижения риска гиподиагностики.

**Целью исследования явилось** - определение частоты поражения кариесом среди школьников, проходивших стоматологический осмотр в г.Алматы для оценки эффективности проводимой программы профилактики .

**Материал и методы исследования.** Нами был проведен профилактический осмотр для определения стоматологического статуса в одной из школ г.Алматы. Всего обследовано 240 детей в возрастной категории от 6 до 10 лет (учащиеся с 1-по 4 класс). Осмотр полости рта проводился на основании внешнего и осмотра полости рта: преддверия и собственно полости рта, и дополнительных методов исследования.

**Результаты и их обсуждения.** В результате проведенного нами профилактического осмотра детей, частота стоматологических заболеваний у детей среди трех категорий, процентное соотношение распределилось неравномерно. В лидирующем положении оказались дети, нуждающиеся в лечении, составив 67% (n-160) на фоне практически здоровых детей 20% (n-48), но наряду с уже санированной категорией 13% (n- 32). В этой связи уместно привести опыт работы, которым поделились Рубежов А.Л., Колоскова Т.М. (2018), сообщавшие о мобильном стоматологическом кабинете, использование которого в системе профилактической помощи позволяло значительно увеличить охват, плановыми осмотрами детей, своевременно диагностируя заболевания зубов, с максимальной эффективностью проводя первичную и вторичную профилактику стоматологических заболеваний для снижения

частоты и интенсивности заболеваний зубов у детей. По анализируемым нами результатам, установлено лидирующее число кариеса, составило 89,4%(n-143), вторым по частоте встречаемости зубочелюстные аномалии - 63,1% (n-101) и особая группа заболеваний некариозные поражения (в т.ч. флюороз, гипоплазия эмали, эрозии, некрозы и др), вполне заслуженно заняли 3-е место, составив - 45,5% (n-73). Далее, по нисходящей распределились: заболевания пародонта - 42% (n-67)- это гингивиты, пародонтиты, аномалии слизистой оболочки полости рта 23,1%(n-37). У детей с множественным кариесом в полости рта выявлялись большое количество налета с желтоватым оттенком и связанные с ним проявления катарального гингивита.

На основании доминирующего положения среди нозологий кариеса, далее мы сочли возможным проанализировать активность кариозного процесса в обследуемой когорте. Как видно из таблицы №2, распределение по возрасту позволило выделить четыре подгруппы: 1 класс (6-7лет) – 35%; 2 класс 7-8 лет – 30%; 3 класс (8-9 лет) – 17,5%, 4-й класс (9-10лет) – 17,5%. Согласно классификации Виноградовой Т.Ф. общепризнаны три формы течения кариеса: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

Соответственно, анализ результатов по последней форме позволил выявить, что наиболее уязвимой группой оказался 2-й класс детей 18,8% (n-27) затем 1-й класс 7,6% n-11), 3-й класс лишь 6,2% (n-9). Одной из существующих проблем, но пока не решенных проблем является - заблуждения родителей пренебрегать контролем за сменой временных зубов, способных привести к зубочелюстным аномалиям.

Аномалии слизистой оболочки полости рта у детей составило 24,3% (37). Среди них: укорочение уздечки языка составило 40,5% (15); мелкое преддверие 35,14% (13) и низкое прикрепление уздечки верхней губы составило 24,32% (9). В структуре зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у школьников нами был выявлен высокий показатель среди аномалий положения зубов-51,5% (n-52), второе место занимали аномалии зубных дуг -30,7% (n-31), далее аномалии прикуса - 17,8% (n-18). Подъем частоты ЗЧА сопровождался уменьшением удельного веса аномалий прикуса и увеличением доли аномалий зубных рядов, ведь с возрастом меняется не только распространенность ЗЧА, но и их структура, а также клиническая характеристика.

Заболевания пародонта составило 27,9% (67). Из них хронический катаральный гингивит наблюдался у 86,6% (n-58), вследствие негигиенического содержания полости рта, следует отметить, что данная форма гингивита встречалась в основном у учащихся 3, 4 классов. Хронический пародонтит, локализованная форма у 13,4% (n-9) в возрасте 10 лет, вследствие мелкого преддверия полости рта.

**Заключение.** Суммируя анализ литературных сведений и собственных данных, в отношении причин возникновения и развития кариеса зубов высокой степени риска у детей, целесообразно подчеркнуть необходимость целостного системного подхода к понятию «здоровья», не выделяющего в отдельную характеристику состояние полости рта. В частности, в характеристике

стоматологического здоровья как практические рекомендации считать основным маркером уровень оценки соматического здоровья обследуемого.

**Выводы:**

- профилактический осмотр позволил из стоматологических нозологий выявить лидирующее число 89,4%(n-143) кариеса и его осложнений, а распределение по возрасту позволило выделить 2 подгруппы: 1 класс (6-7лет) - 35%; 2 класс (7-8 лет) -30%;
- изучение частоты встречаемости аномалий СОПР полости рта у детей, позволила выявить в доминанте - укорочение уздечки языка составившее-40,5%, а также мелкое преддверие - 35,1%;
- в структуре зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у школьников нами был выявлен высокий показатель – аномалия положения зубов-51,5%;
- полученные нами результаты профилактического осмотра школьников г.Алматы указывали на доминирующий процент выявления 86,6% хронического катарального гингивита, что допустимо связывать с отсутствием должной личной гигиены.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЗГТ ДЛЯ  
ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У  
ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ**

**Касимова Э.В., Салимов О.Р., Муратова Н.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[g.edie@mail.ru](mailto:g.edie@mail.ru)

**Актуальность.** Исследованиями последних лет установлено влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы. У женщин в постменопаузе наблюдается быстрое снижение минеральной плотности кости (МПК) из-за дефицита гормона (эстрогена). Определена роль гипоэстрогемии у женщин в постменопаузальном периоде в развитии системного остеопороза и патологических процессов в тканях пародонта и твердых тканей зубов. Было отмечено, что системный остеопороз, вызванный дефицитом эстрогенов у женщин в климактерическом периоде, распространяется на зубочелюстную систему. Это проявляется в снижении высоты вершин межзубных перегородок, появлении очагов остеопороза в теле нижней челюсти, снижении плотности альвеолярного отростка. Когда был исследован периодонтальный статус женщин в период менопаузы с остеопорозом, была обнаружена более тяжелая глубина пародонтального кармана и потеря привязанности по сравнению с теми в той же возрастной группе, у которых не было остеопороза. В частности, известно, что гормональные изменения, связанные с менопаузой, влияют на состояние полости рта из-за изменений в половых гормонах, таких как эстроген, прогестерон и тестостерон, которые влияют на секрецию провоспалительных цитокинов, которые участвуют в резорбции кости. Более того, рецепторы эстрогена в слизистой оболочке полости рта чувствительно реагируют на изменения уровня гормонов, что приводит к усилению

воспаления в тканях пародонта. Постменопаузальная ЗГТ широко признана для предотвращения остеопороза и улучшения состояний связанных с менопаузой заболеваний. Так как заболевания пародонта также страдают от состояния альвеолярной кости, различные исследования попытались продемонстрировать ассоциацию между ЗГТ и заболеваниями пародонта.

**Цель исследования** – оптимизация методов протезирования несъёмными ортопедическими конструкциями у женщин в период постменопаузы для увеличения срока их ношения.

**Методы исследования** - стоматоскопические методы обследования; стоматологический панорамный и дентальный рентген; анализ на определение  $Ca^{2+}$  в крови; анализ на определение уровня эстрадиола в крови.

**Результаты клинических и лабораторных исследований** показали, что у женщин в период постменопаузы после 6 месячного приёма комплексной терапии, субъективные ощущения и объективное состояние тканей полости рта приближаются к состоянию, как у женщин в перименопаузе. Также снизилось вымывание Са из костной ткани, что говорит об уменьшении процессов резорбции костного скелета. Восполняет уровень Са в костной ткани и препарат ЗГТ восполняет дефицит эстрогена, который регулирует его доставку в костную ткань, а также процесс ремоделирования кости. Показатель уровня Эстрадиола увеличился, приблизился к таковому показателю контрольной группы, гормональная терапия восполнила дефицит гормона, что помогло компенсировать последствия его дефицита.

**Выводы.** Проведенное комплексное ортопедическое лечение несъёмными конструкциями с применением препаратов кальция и заместительной гормональной терапии у женщин в период постменопаузы повышает эффективность протезирования и продлевает сроки ношения несъёмных ортопедических конструкций.

## **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6**

**Кашевич Е.А., Пищик А.А., Вербицкий В.Л., Панкратова Ю.Ю.**

Белорусский государственный медицинский университет,  
10-я городская клиническая больница, г. Минск, Беларусь

**Введение.** В настоящее время известно, что тяжелое течение коронавирусной инфекции (Covid-19) сопровождается повышением в сыворотке крови уровней интерлейкинов (IL) 1, 6, 8, 18, и фактора некроза опухоли  $\alpha$ . При этом риск летального исхода ассоциирован с высоким уровнем IL-6 в сыворотке крови. По рекомендации ВОЗ, в лечении тяжелой формы Covid-19 начали применять блокаторы рецепторов к IL-6. Главным препаратом, который использовался в практике, являлся тоцилизумаб. В 2020 г. был зарегистрирован российский препарат левилимаб, не уступающий ему в эффективности. Временные протоколы по оказанию помощи пациентам с Covid-19 в Республике Беларусь за время пандемии менялись. Менялись и

рекомендации по применению блокаторов рецепторов к IL-6. Потому эффективность применения левелимаба в разные сроки развития заболевания представляет исследовательский и практический интерес.

**Цель и задачи** - определить оптимальные сроки начала терапии левелимабом при лечении пациентов с Covid-19, а также выявить причины, из-за которых терапия препаратом не достаточно эффективна.

**Материалы и методы.** На базе инфекционных отделений 10 ГКБ г. Минска проведено ретроспективное исследование клинических и лабораторных показателей пациентов с Covid-19. Исследовались показатели состояния 132 пациентов при поступлении и на первый день после введения левелимаба. Все они при поступлении имели риск тяжелого течения Covid-19 и были разделены на 2 группы: терапия включала левелимаб и пациенты без терапии левелимабом. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 10.

**Результаты и обсуждение.** Включенные в исследование пациенты двух групп были сопоставимы по возрасту ( $t=1,13$ ;  $p>0,05$ ) и полу ( $z=1,673$ ;  $p>0,05$ ). Пациенты, получавшие левелимаб, выживали достоверно чаще ( $\chi^2=10,135$ ;  $p<0,001$ ). В данной группе пол пациентов не влиял на исход заболевания ( $\chi^2=0,49$ ;  $p>0,05$ ). Левелимаб был менее эффективен у лиц старшего возраста ( $r_s=0,43$ ;  $p<0,00001$ ). ROC анализ выявил высокую чувствительность и специфичность возраста пациентов, получавших левелимаб, для прогнозирования благоприятного исхода на фоне противовоспалительной терапии (площадь под кривой составила 0,816;  $p<0,0001$  с критической точкой моложе 69 лет). Корреляционный анализ выявил связь между сроками введения левелимаба ( $r_s=0,32$ ;  $p<0,05$ ) и исходом заболевания. По нашим данным, пациентам с неблагоприятным исходом препарат чаще вводился в первые дни заболевания или на 14-15-й день, в то время как выжившим – на 6-12 сутки ( $\chi^2=30,172$ ;  $p<0,001$ ). Нами также обнаружена связь между уровнем мочевины ( $r_s=0,27$ ;  $p<0,001$ ), кальция ( $r_s=0,29$ ;  $p<0,001$ ) в сыворотке крови при поступлении и исходом заболевания. Выявлено, что исходный уровень кальция у пациентов с отсутствием эффекта от левелимаба был достоверно ниже ( $H=3,98$ ;  $p<0,05$ ). Обнаружено также, что исходный уровень тромбоцитов с достаточно высокой чувствительностью специфичностью указывал на благоприятный исход у пациентов, получавших левелимаб (площадь под кривой 0,698,  $p<0,05$ ; критическая точка более  $137 \times 10^9/\text{л}$ ). При этом уровни маркеров воспаления, IL-6 на исход достоверно не влияли.

**Выводы.** Применение препарата левелимаб уменьшает риск смертельного исхода среди пациентов с тяжелым течением COVID-19 в возрасте моложе 69 лет, уровнем тромбоцитов более  $137 \times 10^9/\text{л}$ . По результатам исследования, назначение левелимаба в критические дни для развития «цитокинового шторма» повышает эффективность лечения пациентов с COVID-19 по сравнению с терапией «на опережение» или в более поздние сроки.

**ВОЗМОЖНОСТИ ИННОВАЦИОННОГО СОКРАЩЕНИЯ ПЕРИОДА  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ  
ПЕРИОСТОТОМИИ**

**Каюмова Н.Н., Ходжиметов А.А., Садикова Х.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[n1missdoctor@gmail.com](mailto:n1missdoctor@gmail.com)

Расстройство периферической нервной системы, при котором происходит временная потеря двигательной и сенсорной функции из-за блокады нервной проводимости, обычно длящаяся в среднем от шести до восьми недель до полного выздоровления. Это состояние обычно вызывается тупой травмой нерва из-за внешних ударов или шоковых повреждений мышечных волокон и волокон скелетных нервов, что приводит к повторяющемуся или длительному нарастанию давления на нерв. В результате этого давления возникает ишемия, происходит поражение нервов, и человеческое тело естественным образом реагирует отеком, распространяющимся во всех направлениях от источника давления. Это поражение вызывает полную или частичную блокаду проводимости потенциала действия над сегментом нервного волокна и, таким образом, снижение или потерю функции в частях нервного соединения ниже по ходу от поражения, что приводит к мышечной слабости.

Исследователи обнаружили, что вещество Р вызывает боль посредством процесса, известного как ноцицепция. Ноцицепция – это сенсорный нейрон или нервная клетка, которая реагирует на потенциально повреждающие стимулы, посылая сигналы в спинной и головной мозг. Ноцицепция вызывает восприятие боли. Местное высвобождение нейропептидов под влиянием периферической нервной системы способствует развитию острых и хронических воспалительных процессов. Кроме того, субстанция Р является медиатором передачи болевого сигнала и изменяет активность некоторых видов клеток, таких как лимфоциты и тучные клетки. Данные наблюдения указывают на то, что субстанция Р участвует в воспалительных процессах во всем организме, в том числе в челюстно-лицевой области, а также влияет на развитие болевых ощущений.

Таким образом, весь нерв участвует в реакции на травматические повреждения. Исход восстановления нерва зависит от степени повреждения нерва и обстоятельств в месте повреждения. Поскольку расстройства нервных волокон является наименее серьезной формой повреждения периферических нервов, восстановление и лечение не требуют больших усилий. Как только причина игнорирующий фактор устранена, восстановление поражений нерва происходит в течение короткого промежутка времени. Почти все случаи нейропраксии, то есть при котором происходит временная потеря двигательной и сенсорной функции из-за блокады нервной проводимости тройничного нерва можно полностью вылечить консервативными средствами.

**ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Келдиёров Б.Ш., Ахмедов Ш.М.**

Ташкентская медицинская академия

**Цель** - изучить эффективность озонотерапии в комплексном лечении больных ХОБЛ.

**Методы.** У 52 больных ХОБЛ, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении НИИ ФиП МЗ РУз, использовали метод озонотерапии, включающий различные способы его введения в течение 10 дней. Эффективность озонотерапии у больных ХОБЛ оценивалась по динамике клинических проявлений, рассчитываемых по 3-х бальной системе, по показателям активности «острофазовых» проб, параметрам кислотно-щелочного равновесия, показателям тканевой гипоксии и состоянию адаптационных реакций организма по методу Гаркави Л.Х. (1990). Группой контроля служили 24 больных ХОБЛ, получавших базисную терапию согласно стадии заболевания.

**Результаты.** Установлено достоверное снижение интенсивности основных клинических проявлений заболевания и симптомов интоксикации у больных, получавших озонотерапию. Отмечено уменьшение основного симптома ХОБЛ одышки с  $2,37 \pm 0,08$  до  $1,0 \pm 0,06$ , кашля с  $2,54 \pm 0,08$  до  $0,92 \pm 0,05$ . В группе контроля динамика клинических симптомов была не столь выраженной. Установлено достоверное снижение показателей активности «острофазовых» проб у больных ХОБЛ на фоне озонотерапии, проявляющееся снижением показателей сиаловой кислоты с  $255,8 \pm 13,0$  до значений  $202,5 \pm 8,9$  ( $p < 0,05$ ); серомукоидов с  $252,5 \pm 11,6$  до  $197,5 \pm 9,37$  ( $p < 0,01$ ); гаптоглобина с  $122,42 \pm 6,5$  до  $103,7 \pm 6,2$  ( $p < 0,01$ ). Анализ показателей кислотно-щелочного равновесия у больных ХОБЛ на фоне озонотерапии выявил тенденцию к восстановлению баланса системы кислотных и буферных показателей. Отмечено снижение частоты встречаемости алкалемии с 50% до 16,7%. У подавляющего большинства больных (83,3%) отмечались нормальные уровни значения pH. На фоне озонотерапии отмечено снижение показателей  $pCO_2$  до нормальных цифр у 16,7% ХОБЛ в состоянии гиперкапнии и наличие состояния гипокапнии у 60% больных после лечения. В группе контроля состояние гипокапнии диагностировано у 66,6% больных. Использование озонотерапии у больных ХОБЛ приводило к восстановлению адаптационных реакций организма. Установлено, что частота полноценных реакций после лечения озоном составила 66,7%. Крайне неполноценные реакции (реакции стресса и реакции переактивации) у больных ХОБЛ после лечения не выявлялись, в группе контроля частота их встречаемости сохранялась до 14,3%. Частота встречаемости неполноценных реакций (неполноценная реакция тренировки, неполноценная реакция переактивации, неполноценная реакция спокойной активации) у больных ХОБЛ на фоне озонотерапии снижалась с 58,3% до 33,3%, а в группе контроля нарастала с 14,3% до 42,9%.

**Заключение.** Доказаны противовоспалительное, иммуномодулирующее, антигипоксическое действия озонотерапии, способствовавшие улучшению клинико-функциональных показателей и улучшению параметров качества жизни у больных ХОБЛ.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫМИ АКРИЛОВЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Керимханов К.А., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.

Медико-социальный институт, Санкт-Петербург, Россия

**Цель работы** - изучить микробиом полости рта у лиц, пользующихся частичными съемными акриловыми протезами и разработать пути профилактики протезного стоматита.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 93 (24 мужчины и 69 женщин) пациента пожилого возраста (61-74 лет), которые имели частичную потерю зубов и которые были разделены на 3 группы исследования. В 1 (30 чел.) контрольной группе пациенты не пользовались какими-нибудь зубными протезами. Пациентам 2 (33 чел.) группы были изготовлены частичные съемные акриловые зубные протезы и с первого дня адаптационного периода было предложено использовать российский крем для фиксации протезов Асепта Parodontal (ЗАО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия). Пациентам 3 (30 чел.) группы были изготовлены частичные съемные акриловые зубные протезы, однако их адаптационный период проходил без применения отечественного крема для фиксации протезов Асепта Parodontal. Пациентам 2 и 3 групп были изготовлены частичные съемные акриловые протезы для верхней и нижней челюстей. Микробиологическое исследование на пародонтопатогены (*Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*) и *Candida albicans* проводили методом ПЦР-диагностики с использованием наборов фирмы «Генлаб» (Россия).

Результаты исследования: Согласно данным ПЦР-исследования образцов, нами не установлено достоверных изменений в выявлении пародонтопатогенов в ротовой полости пациентов исследуемых групп ( $p \geq 0,05$ ). При исходном обследовании частота выявления 5 пародонтопатогенов (*Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*) составляла от 10 до 30 %. Через 1 месяц после начала исследования выявляемость данных микроорганизмов в 2 группе несколько снизилась (*Prevotella intermedia* – 18%, *Bacteroides forsythus* – 24%, *Treponema denticola* – 12%, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* – 12%, *Porphyromonas gingivalis* – 24%), однако не достигла достоверной разницы ( $p \geq 0,05$ ).

*Candida albicans* является комменсальным организмом в ротовой полости у 45-65% здоровых людей. При этом среди носителей зубных протезов распространенность *Candida* увеличивается с 60 до 100% (М.Е.Малышев и соавт., 2021). В нашем исследовании мы отметили присутствие *C. albicans* в

исследуемом материале, в том числе зубном налете, более чем у 70% пациентов всех групп, до начала лечения. Однако, через 1 месяц после применения крема для фиксации протезов Асепта Parodontal у 7 пациентов 2 группы мы не обнаружили *C. albicans*, несмотря на наличии инфекции в нулевой точке. Этот эффект может быть связан с наличием в креме для зубных протезов экстракта подорожника, который, как известно, обладает противовоспалительными свойствами.

**Выводы.** В ходе проведенного клинико-лабораторного исследования установлено, что применение российского крема для фиксации протезов Асепта Parodontal у пациентов с частичными съемными акриловыми зубными протезами на протяжении адаптационного периода приводит к снижению выявляемости в материале из полости рта (налет протезов и зубной налет) пародонтопатогенов, а также *Candida albicans*, как основного возбудителя, ассоциированного с протезным стоматитом.

### ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАНИНГ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР АСОРАТЛАРИ

**Кобиров Ж.С., Маматова Ш.А., Раимова М.М.**

Тошкент давлат стоматология институти

Бош мия қон томир касалликлари замонавий тиббиётнинг энг муҳим ва энг устувор муаммоларидан биридир. Цереброваскуляр касалликларнинг этиологияси ва патогенезининг хилма-хиллиги таркибида асосий хавф омиллари гипертония ва атеросклероз, шунингдек уларнинг комбинацияси бўлиб, бу омилларга тадқиқотчилар катта эътибор беришади. Ҳозирги вақтда ЦВК патогенезида васкулопатия ва васкулитлар ҳам етарлича аҳамиятга эга бўлиб, ўз навбатида улар жуда кам ўрганилган. Бош мия қон томирларининг зарарланишига олиб келадиган ноинфекцион омиллар замонавий тиббиётнинг долзарб масалаларидан бири бўлиб турибди. Улардан бири тизимли қизил бўрича (ТҚБ) бўлиб, у цереброваскуляр асоратлар учраш даражасининг баландлиги ва асосан ёш (репродуктив ёшдаги аёллар), меҳнатга лаёқатли шахслар касалланиши ҳамда эрта ногиронликка олиб келиши билан бошқа аутоиммун касалликлардан яққол ажралиб туради.

**Тадқиқот мақсади** - тизимли қизил бўрича билан касалланганларда бош мия қон томирларининг зарарланиш даражасини ўрганиш

**Материал ва усуллар** - ТҚБ ташхиси билан 24 та бемор ўрганилди. Уларнинг барчаси аёллар бўлиб, ёши 18-38 орасида (ўртача ёш 27,3). 8 та беморда ТҚБ бирламчи аниқланган. Барча танланган беморларда касалликнинг II III фаоллик даражаси аниқланган. Бош мия қон томирларининг зарарланиши даражасини ўрганиш учун куйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: неврологик статус, ТҚБ (фаоллик даражасини аниқлайдиган шкалалар - SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) ва SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), бош мия МРТ текшируви ва БЦА лар ультратовушли доплерографияси.

**Тадқиқот натижалари.** Олинган маълумотлар шундан далолат берадики, касалликнинг фаоллик даражасига боғлиқ равишда 100% беморларда бош мия қон томирларининг қайсидир даражада зарарланиши кузатилди. Нозология турларига кўра 75% (18 та) беморларда бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши шакллари, яъни 41,7% (10 та) беморда бош мияда қон айланишининг ўткирчи бузилиш белгилари, 20,8% (5 та) беморда ишемик инсульт, 12,5% (3 та) беморда геморрагик инсульт ривожланган. 8,3% (2 та) ҳолатда бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши белгиларисиз, тутқаноқ синдроми кузатилди. Олинган нейровизуализацион маълумотлар таҳлил қилинганда ТҚБ билан касалланганларнинг МРТ хулосалари 87,5% ҳолларда цереброваскуляр бузилишлар аниқланди. Уларнинг 62,5% ида икки ва ундан кўп ўрта ва кичик ўлчамдаги инфаркт ўчоқлари мавжуд. Ўчоқли белгилар билан биргаликда субарахноидал бушлиқнинг ва ён қоринчаларнинг кенгайиши каби диффуз ўзгаришлар ҳам кузатилди. Брахиоцефал қон томирлар ультратовушли доплерографиясида эса уйқу артерияларидаги атеросклеротик пиллакчалар интима-медиа комплекси (ИМК) қалинлигига қараб баҳоланди. 22 та (91,7%) беморларда бош мия магистрал артерияларида турли даражадаги гемодинамик бузилишлар аниқланди. Уларнинг 16 таси (66,7%) да гемодинамик ахамиятга эга бўлмаган бузилишлар, 6 та (25%) да эса гемодинамик ахамиятга эга бузилишлардир.

**Хулоса.** Хулоса қилиб шуни айтишимиз мумкинки, олинган натижалар тизимли қизил бўрича кечишининг эрта даврлариданоқ, цереброваскуляр асоратлар юзага келиши мумкин. УТдоплерографияда интима-медиа комплекси (ИМК) ва МРТдаги инфаркт ўчоқларининг ривожланиши SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) ва SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) индекслари ҳамда касалликнинг давомийлигига кореллятив боғлиқлиги аниқланди. Ўз вақтида глюкокортикостероидлар билан пульс терапия, аминохолин препаратларининг қўлланилиши касаллик асоратларининг камайишига ва кечишининг секинлашувиغا олиб келиши мумкин.

### ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ПРОЗОПАЛГИИ

Кобилова(Файзуллаева) З.О., Гапурова Г.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В наше время, среди приоритетных проблем в неврологии и психиатрии одно из лидирующих мест удерживают хронические прозопагии. Атипичная боль возникает при отсутствии повреждения, которое объясняет интенсивность боли и связанные с ней функциональные нарушения и сопряжена с психологическими нарушениями, соответствующими критериям депрессии. Предполагают, что в основе депрессии и хронической боли лежат общие патогенетические механизмы: недостаточность серотонинергических и норадренергических систем мозга. В соответствии с изложенным выше, целью

настоящего исследования является изучение клинико-психологических и нейрофизиологических особенностей при АЛБ.

**Задача исследования** - уточнить клинические и психологические особенности АЛБ.

Литература. Большинство авторов атипичная прозопалгия расценивается как психогенная боль, при которой отсутствуют периферические механизмы её реализации и основное место приобретают центральные механизмы, ассоциированные с психическими расстройствами.

Клиническая картина атипичной прозопалгии реализуется болью в лице, которая беспокоит пациента в течение длительного периода времени (до нескольких десятков лет) в отсутствие какого-либо локального патологического процесса. Возможно наличие без болевых промежутков. Пациентам с АЛБ свойственны красочность и необычность жалоб, вычурность описываемого рисунка боли. По характеру боль полиморфная, но в большинстве случаев описывается как «тупая», «ноющая», «распространенная», «не пароксизмальная», «глубокая», без четкой локализации и нивелирующая в ночное время. У ряда пациентов наблюдается симметричность, миграция или очередность (то на одной, то на другой стороне лица) боли. Некоторые пациенты жалуются на отечность лица в области болевых ощущений, однако при объективном осмотре отечности не выявляют. Подобные характеристики АЛБ сближают её с описаниями сенестопатий и сенесталгий. Критерии АЛБ согласно МКГБ-2 также указывают на неорганический генез ощущений. В частности, при обследовании больных рентгенологически и другими объективными исследованиями, не выявляются какие-либо патологические изменений в тканях, а применение местной анестезии не дает положительных результатов, объективное выпадение чувствительности и другие неврологические симптомы отсутствуют, локализация боли не совпадает с областью иннервации ни одной из ветвей краниальных нервов, несмотря на то, что боль присутствует в течение всего или большей части дня, во время сна она не беспокоит пациентов, возобновляясь через некоторое время после пробуждения. Одна из главных характеристик АЛБ - коморбидность с гетерогенными психическими расстройствами.

При хронических прозопалгиях психическую патологию выявляют у 60-80% пациентов. Единичные исследования посвящены коморбидности АЛБ и шизофрении. А.Б.Данилов (2012) отмечает, что АЛБ может развиваться у пациентов с шизофренией. По данным М. Takenoshita и соавт. (2010) сенестопохондрическая форма шизофрении выявляется у 2,7% пациентов с атипичной одонталгией. При анализе литературных данных обращает на себя внимание отсутствие среди исследователей единого мнения о роли психических расстройств у пациентов с АЛБ.

Согласно суждению, многих авторов, в отсутствие психотропных препаратов фармакотерапия зачастую оказывается малоэффективной, а хирургическое лечение неэффективно вообще и в некоторых случаях даже усугубляет болевой синдром. Учитывая рекурсивную взаимообусловленность

боли и депрессии, в лечении хронических алогических синдромов лидирующие позиции занимают антидепрессанты. По разным оценкам применение антидепрессантов эффективно у 50-75% пациентов с прозопалгиями. В последние годы приоритетными в лечении хронической боли признаются тимолептики, обладающие серотонинергической активностью: полициклические и ингибиторы обратного захвата серотонина. В нескольких исследованиях демонстрируется более выраженный и продолжительный анальгетический эффект антидепрессантов, подавляющих обратный захват двух нейромедиаторов – серотонина и норадреналина

**Вывод.** В связи с отсутствием согласованных и верифицированных представлений об этиологии и патогенезе АЛБ рассматривается как полиэтиологический синдром, обусловленный психопатологическими, миогенными или ятрогенными факторами. С учетом многочисленных данных о коморбидности с гетерогенной психической патологией для диагностики и лечения АЛБ следует рекомендовать мульти дисциплинарный подход с обязательной консультацией пациента у психиатра или психотерапевта. Признанное влияние психической патологии как на поддержание и усиление болевых ощущений, так и на качество жизни пациентов, обуславливает дальнейшее изучение роли личностных и психопатологических расстройств в развитии и динамике атипичной прозопалгии в аспекте разработки дифференцированной психофармакотерапии и поддерживающей психотерапии.

### **ДИСТАЛИЗАЦИЯ МОЛЯРОВ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ**

**Кодиров Ж.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** По данным ВОЗ дистальная окклюзия является одной из наиболее часто встречаемых зубочелюстных аномалий среди детского и взрослого населения. В последние годы повышается осознание необходимости исправления аномалии прикуса и готовности к ортодонтическому лечению у молодых пациентов. Однако диагностика и лечение больных с дистальной окклюзией представляет определенные трудности у многих практикующих врачей-ортодонт. Определить основные признаки аномалии и их обусловленность и взаимосвязь с зубоальвеолярными и (или) скелетными формами аномалии - важная задача в диагностическом процессе и лечебном подходе. При этом у врачей часто вызывает трудности определение положения боковых зубов (особенно верхней челюсти) в сагиттальной, горизонтальной и вертикальной плоскости. Данное исследование посвящено изучению подхода к лечению пациентов с зубоальвеолярной патологией.

#### **Цель исследования:**

1. Разработать простой способ дистализации боковых зубов при лечении дистальной окклюзии у пациентов с завершенным ростом, не требующий активного сотрудничества со стороны пациента.

2. Определить четкие параметры выбора корпусного перемещения или дистального наклона боковых зубов.

**Методы.** Исходя из расчетов рентгенограмм и гипсовых моделей челюстей 28 пациентов в возрасте 15-23 лет с дистальной окклюзией определили наиболее оптимальные экспресс методы диагностики для принятия решения дистализировать боковые зубы на верхней или нижней челюстях. В лаборатории опытным путем определили возможности применения дистализирующего корректора и микроимплантов и пути перемещения зубов.

**Результаты.** Использование дистализирующего корректора в случаях лечения на лингвальных брекетах позволяет проводить дистальное отклонение моляров на 3-4 мм в течение 3-4 месяцев, корпусное перемещение на 2-3 мм и ротацию боковых зубов при необходимости. Использование микроимплантов в качестве скелетной опоры гасит действие реципрокных сил дистализирующего корректора.

**Выводы.** Использование микроимплантов в качестве скелетного анкера и дистализирующий корректор для дистализации боковых зубов позволяет начать дистализацию зубов и скорректировать ротацию моляров до фиксации лингвальных брекетов. Дистализирующий корректор прост в изготовлении (нет необходимости лабораторного этапа). Возможна фиксация его на вестибулярной и оральной поверхностях коронок зубов как верхней, так и на нижней челюстях. Сократились сроки ношения лингвальных брекетов, что является одним из основных факторов для взрослых пациентов, также повысилась устойчивость достигнутых результатов.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОЛКОСЕРИЛА В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ ГУБ**

**Колесник В.М., Андрианова И.И.**

ФГАУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского»,  
институт «Медицинская академия им. С.И.Георгиевского»

[Viktory-61@mail.ru](mailto:Viktory-61@mail.ru)

Повышение эффективности лечения эрозивных поражений СОПР является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Для хронической трещины губ (ХТГ) характерна высокая распространенность и склонность к рецидивированию. Длительное существование и болезненность трещин нарушает состояние больных, затрудняет прием пищи и уход за полостью рта. В настоящее время в арсенале врачей-стоматологов имеется ограниченный выбор безопасных препаратов для стимуляции процессов регенерации СОПР. Этим свойством обладают препараты на основе солкосерила - солкосерил мазь (СМ) и адгезивная дентальная паста (САДП).

**Целью** нашей работы явилась сравнительная оценка этих препаратов в местном лечении ХТГ с помощью клинко-цитологического исследования.

Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов с ХТГ в возрасте от 28 до 42 лет с давностью процесса до 2 лет. У всех наблюдаемых пациентов трещина локализовалась в центральной части нижней губы строго по центру. Протяженность трещин варьировала от 0,5 до 1,1 см. Лечение больных с ХТГ в обеих группах проводили комплексно. В первое посещение больных обучали гигиене полости рта; устраняли травмирующие факторы; составляли план санации полости рта; убеждали в необходимости отказа от вредных привычек. В последующие посещения больным проводилась ежедневно антисептическая обработка красной каймы губ теплыми растворами (1% перекиси водорода, 0,05% хлоргексидина биглюконата). Затем пациентам контрольной группы назначали смазывание губ СМ, а пациентам основной группы - СДАП. В комплекс лечения включалась общеукрепляющая терапия: витамины (группы В; А; Е; С) в течение 3-4 недель; седативные препараты (настойка валерианы, пустырника, новопассит). Для того, чтобы проследить динамику процесса и эффективность применения лечебных средств проводили цитологическое изучение препаратов-отпечатков с поверхности трещины у наблюдаемых пациентов обеих групп до лечения и на 6 день от начала лечения.

**Результаты исследования** показали, что у больных основной группы уже на 3 сутки после начала лечения значительно уменьшалась болезненность трещин, улучшался сон и аппетит. Эпителизация трещин начиналась после 4 дней лечения, и заканчивалась на 6 сутки. В контрольной группе эпителизация трещин наступала после 7-8 дней лечения. В целом, это на 1-2 дня больше, чем у больных основной группы. Только у одного больного с размерами трещины 1,1 см эпителизация наступила на 10-е сутки.

Цитологическая картина до лечения показала наличие практически у всех больных (как в основной, так и в контрольной группе) в отпечатках с трещин большого числа нейтрофильных лейкоцитов с незначительными примесями эритроцитов. В мазках также обнаруживались клетки плоского эпителия, принадлежащие поверхностному, промежуточному и парабазальному слоям. В процессе проводимого лечения результаты цитологического исследования изменялись по единым закономерностям как в основной, так и в контрольной группе, но с небольшим опережением положительной динамики по срокам – в основной.

В контрольной группе под влиянием проводимого лечения на 6 сутки в цитограммах наблюдалось значительное уменьшение разрушенных форм лейкоцитов (с  $45,8 \pm 2,3$  до  $8,7 \pm 1,1$ ). Было отмечено также увеличение числа ороговевающих клеток (с  $4,7 \pm 0,5$  до  $41,6 \pm 1,8$ ) и уменьшение как промежуточных (с  $24,1 \pm 1,9$  до  $14,6 \pm 1,7$ ), так и молодых (с  $31,8 \pm 2,2$  до  $13,4 \pm 1,5$ ) клеток, что можно трактовать как начало эпителизации. Это было подтверждено клинически: у больных контрольной группы на 6 сутки от начала лечения трещины уменьшились в размере, пациенты отмечали исчезновение болезненности.

В эти же сроки (6 сутки от начала лечения) у пациентов основной группы цитограммы содержали большое количество эпителиальных клеток с

превалированием ороговевающих ( $81,7 \pm 2,2$ ). Клиническая картина свидетельствовала о том, что трещины у всех пациентов полностью эпителизировались.

Таким образом, нормализация цитологической картины в препаратах у больных проходила параллельно с клиническим выздоровлением, наступавшим в основной группе в целом на 1-2 суток быстрее. Это свидетельствует о большей эффективности САДП в местном лечении ХТГ по сравнению с СМ.

## **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ (ВПЧ)-ИНФЕКЦИИ: ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

**Комарова А.С.**

Многопрофильная клиника ТМА-3

**Актуальность.** Вирус папилломы человека (ВПЧ) является возбудителем, передающимся половым путем и привлекает особое внимание клиницистов в виду доказанного влияния ВПЧ на развитие предраковых и раковых заболеваний. В настоящее время изучено более 200 типов ВПЧ, которые разделены на группы высокого и низкого онкогенного риска. Персистирующая вирусная инфекция с генотипами ВПЧ высокого онкогенного риска вызывает практически все виды рака шейки матки (РМШ). Генотипы 16 и 18 обуславливают около 70% случаев РМШ в мире, а типы 31, 33, 45, 52 и 58-около 20%. В настоящее время в мире зарегистрировано 3 вакцины от ВПЧ:

-4-валентная (от 6, 11, 16 и 18 типов ВПЧ)

-9-валентная (от 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 типов ВПЧ)

-бивалентная (от 16 и 18 типов ВПЧ)

Профилактические вакцины показали свою эффективность в развитых странах, которые используют вакцину на протяжении более чем 15 лет.

**Цель исследования** - изучение влияния вакцинопрофилактики ВПЧ инфекции на развитие рака шейки матки.

**Материалы и методы исследования** - обзор литературы, отражающий актуальную информацию о профилактике развития рака шейки матки с помощью 4-х валентной вакцины Гардасил.

**Результаты и обсуждение.** Вакцинация от ВПЧ обеспечивает надежную защиту от раковых заболеваний, возникающих в результате персистирующей вирусной инфекции. Профилактический эффект лучше всего изучен при раке шейки матки, который является одним из самых распространенных онкологических заболеваний среди женщин во всем мире.

В исследовании, включавшем более 590 тыс. жительниц Дании, доказано, что вакцинация с 14 лет вне зависимости от дозирования (2 или 3 дозы вакцины) связана со значительным снижением риска развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) III по сравнению с невакцинированными пациентками (Wilkin TJ, Chen H. et al.).

В двух крупных рандомизированных двойных слепых исследованиях сравнивали 4-валентную вакцину против ВПЧ с плацебо среди 17 тыс. женщин

в возрасте от 15 до 26 лет. Через 3 года эффективность вакцины для профилактики CIN II–III составила от 97 до 100%. Эффективность профилактики VIN II–III и VaIN II–III на уровне 100% среди групп, привитых до инфицирования (Verdoodt F, Dehlendorff C.).

### **Выводы:**

- В настоящее время разработаны и внедрены 3 вакцины от ВПЧ: 4-валентная вакцина от ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18, 9-валентная вакцина от ВПЧ типов 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 и бивалентная вакцина от ВПЧ 16 и 18-го типов.

- Многоцентровые двойные слепые плацебо-контролируемые исследования показали эффективность 4-валентной вакцины против ВПЧ в отношении предотвращения персистирующей ВПЧ-инфекции и развития CIN, показала высокую эффективность против вагинальной и вульварной неоплазии.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕТРАКЦИОННЫХ НИТЕЙ НА СТЕПЕНЬ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**

**Косимов А.А., Хабилов Б.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ретракция десны – ответственная процедура, необходимая для получения более точного оттиска при изготовлении непрямой реставрации. Правильное расширение зубодесневой борозды остается одной из наиболее ответственных процедур. В связи с этим, необходимо выбирать такие ретракционные нити и технику ретракции, которые сводили бы к минимуму травматизм тканей и позволили бы исключить необратимые потери мягких тканей по высоте. Впервые ретракция десны была описана в 1941 Томпсоном. Сейчас стоматологический рынок представляет большое количество материалов для этой процедуры, ведущее место среди которых занимают ретракционные нити.

**Цель** данной работы состояла в том, чтобы выяснить: какие виды ретракционных нитей лучше использовать в работе, на какое время необходимо их помещать в зубодесневую борозду, чтобы обеспечить достаточную ретракцию десны, не вызывая при этом ее рецессии.

**Материалы и методы.** Был проведен социологический опрос среди врачей-стоматологов города Ташкент, уточняющий методику ретракции, применяемую врачами и наличие осложнений. Для сравнения использовались данные социологического опроса врачей-стоматологов, проведенного журналом Operative Dentistry, касающиеся этой же проблемы. Помимо этого, был проведен эксперимент на животных, уточняющий зависимость рецессии десны от состава пропитки нити и времени нахождения ее в зубодесневой борозде. Использовались нити фирмы Gingi-Pak, широко представленные на современном рынке стоматологических материалов. По данным социологического опроса среди врачей стоматологов города Ташкента, было установлено, что 91% ортопедов используют в работе метод ретракции. Нитями Ultra-Pak пользуется 80%, остальные 20% используют другие средства. Среди

врачей, использующих ретракционные нити Ultra-Pak, согласно инструкции фирмы-производителя работает только 27% стоматологов – ортопедов, т. е. оставляют нить в среднем на 15-20 минут в зубодесневой борозде, остальные 73% оставляют нить на более длительное время. По частоте использования на первом месте стоят нити, пропитанные эпинефрином - 56%, на втором месте нити пропитанные хлоридом алюминия - 27% , на третьем- нити без пропитки – 17%. Порядка 43% врачей отмечали наличие незначительной рецессии десны в среднем через 10-14 дней после проведения ретракции. Опрос, проведенный журналом Operative Dentistry, показал, что большинство стоматологов в своей работе также отдают предпочтение нитям, пропитанным эпинефрином. Уточнены эффективность ретракции и степень рецессии, которые бывают при использовании нитей, широко применяемыми врачами-стоматологами. Правильная техника ретракции и правильно подобранная нить помогут гарантировать успешную ретракционную процедуру, которая не нанесет вреда пациенту, а врача оставит довольным эстетическими результатами работы.

### КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Кузьменко Е.В., Рубникович С.П., Денисова Ю.Л.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Республика Беларусь

[elena-stom@yandex.ru](mailto:elena-stom@yandex.ru), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru)

**Актуальность.** В процессе коррекции ортодонтической патологии с помощью брекет-систем необходимо особое внимание уделять профилактике и лечению воспалительных заболеваний тканей периодонта. Ухудшение гигиены полости рта и повышение микробной активности на начальных этапах лечения способствуют развитию воспалительных заболеваний тканей периодонта. Поэтому помимо мероприятий по коррекции индивидуальной гигиены полости рта и профессионального гигиенического ухода целесообразно проводить адекватную местную антибактериальную терапию. Большинство авторов в таких клинических ситуациях рекомендуют использовать препараты, обладающие антимикробной активностью и стимулирующие естественную местную иммунную защиту слизистой оболочки полости рта.

**Цель исследования** – оценить эффективность применения препарата «Гексализ» в комплексной терапии гингивита у пациентов с брекет-системами.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 34 пациента, находящихся на начальных этапах ортодонтического лечения с использованием брекет-систем. Для оценки тяжести и последующей регистрации динамики воспалительного процесса использовали десневой индекс – GI и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – РМА.

Пациенты были распределены на две группы – основную и контрольную. Средний возраст пациентов в основной группе составил  $18,53 \pm 0,94$ , в

контрольной группе –  $18,18 \pm 1,13$  года.

В обеих группах проведено обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта и ортодонтической аппаратурой. Всем пациентам проведена профессиональная гигиена полости рта и назначена противовоспалительная терапия по стандартной схеме. Пациентам основной группы дополнительно назначен комбинированный антибактериальный препарат «Гексализ». Контрольные динамические осмотры проводились на 5, 10 и 20 сутки после начала лечения.

**Результаты исследования.** Результаты контрольного стоматологического осмотра, проведенного в основной группе на 5, 10 и 20 сутки лечения с применением таблеток «Гексализ», позволили установить улучшение гигиенического состояния полости рта и снижение выраженности воспалительных явлений в тканях периодонта. Пациенты этой группы отмечали нормализацию цвета и меньшую кровоточивость десен при чистке зубов.

Антибактериальная терапия, проведенная в основной группе, достоверно более эффективна ( $p < 0,01$ ), на что указывают результаты анализа динамики значений индексов GI и РМА.

Пациенты основной группы, у которых были выявлены травматические повреждения слизистой оболочки губ и щек вследствие воздействия элементов брекет-систем на этапах адаптации, отмечали, что болезненность элементов значительно сокращалась уже через сутки после начала приема таблеток «Гексализ». Клинически отмечалась быстрая регенерация поврежденного эпителия. В процессе лечения препаратом «Гексализ» у пациентов не выявлено раздражающего воздействия таблеток на слизистую оболочку ротовой полости. Пациенты отмечали приятные органолептические характеристики препарата, а также указывали на удобство применения лекарственного средства.

**Выводы.** Эффективность проводимой в основной группе терапии оказалась выше, чем в контрольной. У пациентов, принимавших препарат «Гексализ», наблюдался выраженный регресс симптомов воспаления, начиная с первых суток терапии. На основании вышеизложенного можно заключить, препарат «Гексализ» может быть рекомендован к применению в качестве местного антибактериального и противовоспалительного средства в комплексном лечении гингивита у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с применением несъемной техники.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА**

**Курбанов Ш. Ш., Курбанов С. А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Sardorbek505b@mail.ru](mailto:Sardorbek505b@mail.ru)

**Актуальность.** На сегодняшний день предложено большое количество самых разнообразных лечебных и профилактических мероприятий, однако частота пародонтита не снижается. В комплексном лечении пародонтита особое

внимание уделяется хирургическим методам. Они позволяют добиться ликвидации хронического очага инфекции, устранения костных дефектов, приостановить прогрессирование деструкции альвеолярной кости и, в конечном итоге, восстановить морфофункциональную активность зубов, а также обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта (Мирсаева Ф.З., 1997; Грудянов А.И., 1998; Новиков А.Ю. с соавт., 2002; Болбат М.В., 2003). Анализ литературных данных, посвященных результатам экспериментальных исследований трансплантатов и их клиническому применению в разных областях медицины, в том числе в пародонтологии, показывает, что ни один из предложенных до сих пор трансплантатов в совокупности не соответствует выдвигаемым требованиям, следовательно не находит широкого применения в клинике (Безрукова А.П. с соавт., 1995; Грудянов А.И., 1998; Дунызина Т.М., 1999; Зуев В.П., 1999; Григорьян А.С, 2000; Федоровская Л.Н., Григорьян А.С. с соавт., 2001; Иорданишвили А.К., 2002; Орехова Л.Ю., 2002). В связи с вышеизложенным поиск оптимального трансплантационного материала и повышение эффективности хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с его применением остается актуальным до настоящего времени.

**Цель исследования** - повышение эффективности хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита с применением комбинированного трансплантата, включающего «Гемогубка коллагеновая» и насыщенная витамином С.

**Задачи исследования:**

1. Изучить репаративную регенерацию кости в дефектах челюстей.
2. Изучить эффективность гемостатической губки – «Гемогубка коллагеновая» насыщенная с витамином С.
3. Провести сравнительную оценку результатов репаративной регенерации кости и определить оптимальный вариант.

**Материалы методы исследования:**

Планируется обследование 20 пациентов в возрасте от 35-55 лет с диагнозом пародонтит верхней и нижней челюсти.

- Клинические методы исследования.
- Рентгенодиагностические методы исследования.
- Статистическая обработка данных.

**Результаты нашего исследования.** Если глубина пародонтальных карманов более 5 миллиметров или закрытый кюретаж оказался неэффективен, проводится открытый вид процедуры. Открытый кюретаж предполагает хирургическую операцию по рассечению десны. Цель открытого кюретажа: не только удалить зубные отложения и патологические ткани, но и восстановить костную ткань.

В ХГП для удаления воспалительного процесса пародонтального кармана выполняется хирургическая практика открытого кюретажа. Дефект, возникающий после кюретажа заполняется биоматериалом Губка - коллагеновым (в случае насыщенного витамина С).

Этапы хирургической последовательности:

- Чистка зубов от налета и зубного камня;
- применение противовоспалительных средств;
- введение анестезии;
- проведение деснового разреза около шейки зубов, помогающий отслоить слизистую от костной ткани;
- обработка корней антисептиком;
- подсаживание в почищенные карманы синтетическим материалом, помогающий естественному росту кости.



Клиническая ситуация. Обратился пациент Т. 39 лет с жалобами на подвижность зубов и неприятный запах из рта. При осмотре у пациента выявлены пародонтальные карманы глубиной более 5 мм, подвижность зубов 2 и 1 степени, а также кровоточивость и воспвление десен. Ход операции.

В укзанном выше порядке была проведена операция 10 пациентам. Пациенты перенесли операцию. Случаи наблюдались через 1 неделю, через 2 недели результаты зафиксированы. Ожидаются результаты 3 и 6 месяцев.

**Вывод.** Пациентам с ХГП показано хирургическое лечение с использование моткрытого кюретажа. «Гемогубка коллогеновая» насыщенная витамином С. Вышеупомянутые задачи были выполнены. Состояние пациента после операции изучается .

### **ВЛИЯНИЕ ЭВОЛЮЦИИ И ЭМБРИОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА НА РАЗВИТИЕ ЗУБНОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КАРИЕСУ**

**Кучкарова Р.Р., Абдусаматова И.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Зубочелюстные аномалии представляют собой дефекты, встречающиеся у подавляющего большинства детей (от 61 до 89%) и, как правило, препятствующие нормальному функционированию зубочелюстной системы. Кариозные поражения зубов являются одной из самых распространенных проблем, затрагивающих здоровье полости рта (встречаемость у лиц от 20 до 64 лет- 98%-100%). Следовательно, углубленное изучение природы возникновения данных заболеваний значительно способствует улучшению качества предоставляемого медицинского лечения.

**Цель исследования** - собрать и обобщить актуальные данные о влиянии процессов эволюции и эмбриогенеза на развитие зубочелюстных аномалий и предрасположенность к кариесу.

**Материалы и методы** - поиск литературы осуществлялся в Яндекс, Google Scholar, Кибер Ленинка с использование терминов ‘эволюция челюстно-лицевого аппарата’, ‘аномалии челюстно-лицевой области’, ‘кариес зубов’, ‘embryogenesis of mandible and maxilla’, ‘prenatal growth of mandible’.

**Результаты и обсуждения.** Эмбриональное развитие, будучи непосредственно подчинено генетическим программам, приобретенным вследствие эволюции, оказывает прямое влияние на формирование зубочелюстных аномалий и на предрасположенность к кариесу у плода.

Основными тенденциями в развитии жевательного аппарата считают усиленную редукцию его первичного варианта и развитие на его месте новой системы с усложненными анатомо-функциональными свойствами. Так, на примере височно-нижнечелюстного сустава прослеживается постепенное включение в его состав суставного диска для компенсации инконгруэнтной суставной поверхности (у примитивных млекопитающих сустав бездисковый), развитие суставного бугорка и жевательных мышц. На примере челюстей

следует отметить уменьшение в размерах нижней челюсти, интенсивную редукцию альвеолярного отростка верхней челюсти и зубов, а также их дифференциацию в зависимости от назначения (Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д., 2001)

Данные преобразования привели человека к обладанию самым уязвимым жевательным аппаратом. Следовательно, неправильное его развитие означает сниженную устойчивость к заболеваниям, в том числе и к кариесу зубов (Кузнецов П.А., Дистель В.А., Пономарев А.Е., 1981). Это доказывается на примере часто встречаемых зубочелюстных аномалий, обусловленных отклонениями от нормального развития тех или иных компонентов жевательного аппарата: более выраженная редукция альвеолярных отростков по сравнению с редукцией зубов приводит к многочисленным дефектам, объединенным по признаку скученного расположения зубов (популяционная частота – 4.23%, Дистель В.А и др., 2001), что напрямую увеличивает риски кариозных поражений (увеличивается ретенция пищевых остатков, образование налета и глубина десневых карманов) и мешает естественному функционированию жевательного и артикуляционного аппарата; продолжая следовать эволюционной логике, по которой редукция зубов предопределялась изменением структуры потребляемой пищи, в последние тысячелетия участились случаи редукции верхнего латерального резца- резкое уменьшение размеров вплоть до его отсутствия (Беньковская С.Г. и др., 1991). Полагают, что редукция и сокращение передних отделов зубной системы связана с развивающейся леностью жевательного аппарата, что благоприятствует протеканию кариозных процессов. Частичная или полная адентия постоянных зубов является серьезным дефектом, при котором отсутствие зубов на одной челюсти приводит к скученности или нагромождению друг на друга зубов на другой челюсти (Попов В.О., 1880).

На группе челюстно-лицевых аномалий лучше прослеживается связь онтогенеза и филогенетического развития, появившихся в эмбриональном периоде. На 9 неделе внутриутробного развития путем сращения межчелюстных костей с небными и альвеолярными отростками образуется твердое небо, а на 12 – мягкое (Birgit Thilander, 2017). Если этот процесс будет нарушен, то в эти периоды возможно образование расщелин верхней губы, твердого и мягкого неба с частотой 1:800-916, 1:1000-2052 соответственно, что чревато, в свою очередь, гиподонтией; развитием маленьких конических зубов с изменением окраски (Петрин А.Н., 2009); обратным резцовым перекрытием в постоянном или сменном прикусе, зубоальвеолярным удлинением нижних зубов в области отсутствия контакта с зубами-антагонистами; дистопией и адентией некоторых зубов; S-образным искривлением верхней альвеолярной дуги; проблемами с речью, актами дыхания и глотания (Бондарева С.Е., 2018).

**Заключение.** Выяснение механизмов влияния процессов филогенеза и эмбриогенеза на формирование зубочелюстных аномалий позволяет дополнить список кариесогенных факторов, который включает, наряду с факторами общего (неполноценное питание и питьевая вода, болезни и сдвиги в

функциональном состоянии органов, экстремальные воздействия) и местного характера (зубной налет и бактерии, нарушение свойств и состава ротовой жидкости, углеводистые пищевые остатки), также врожденные факторы, представленные аномалиями развития челюстно-лицевого аппарата.

## ФИЗИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТА ПРИ ГИПОФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Кудратов Р.К., Зуннунов Х.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Как известно слюна является динамической средой, отражающей постоянные изменения в организме. Исследование функций желёз полости рта позволяет выявить многие заболевания органов полости рта на ранней стадии их развития.

Анализ современной научной литературы свидетельствует о снижении функций слюнных желёз при различных формах соматических заболеваний и использовании различных лекарственных препаратов. Причины возникновения гипофункции слюнных желез многообразны.

**Целью** данной работы явилось изучение основных качественных и количественных показателей смешанной слюны у студентов в норме и гипофункции слюнных желез для выявления параллелей в стоматологических заболеваниях.

**Методы исследования.** Анкетированием выявлена распространенность и причины наличия гипофункции слюны желёз. Из 50 испытуемых у 14 – 28% случаев выявлена разная степень гипофункции от лёгких форм до выраженной ксеростомии, в большем проценте встречаемости (72%) у девушек. Однако большинство обследуемых не включали этот синдром в перечень жалоб.

**Результаты и обсуждения.** Ротовыми симптомами были: жалобы на повышенную жажду и потребление жидкости, особенно во время еды и в ночной период, желание принимать средства, стимулирующие слюноотделение – жевание резинки, потребление кислых конфет, 2 % обследуемых жаловались на жжение в полости рта (синдром горящего рта), у 13% выявлены кариес, гингивит, парадонтит, в 2 % случаев отмечены необычные вкусовые ощущения, затруднение при глотании, у 4 испытуемых выявлен дольчатый язык. Отмечалось достоверное ( $P < 0,05$ ) ухудшение мастикации – уменьшение амплитуды жевательных сокращений и увеличение их длительности. Наряду с этим выявлено понижение качества жизни (использовалась российская версия J. E. Ware, 1992, с общим вопросником SF-36 с оценкой физического и психического компонентов здоровья).

Из главных причин гипофункции слюнных желёз обследуемые указали на приём лекарственных препаратов (аналгетики, противорвотные, противодиарейные, антигистаминные), на 2 месте психогенные воздействия (промежуточные и итоговые контроли), на 3 месте – ревматоидные заболевания, ангины, гормональные нарушения, в 10% случаев причины не

были обнаружены. Внеротовыми симптомами были – сухость глотки, кожи, слизистой носа, ощущение песка в глазах, частые запоры (7 % случаев).

**Выводы.** Проведенное комплексное обследование студенческого контингента на наличие гипофункции слюнных желез, полученные данные по установлению взаимосвязи этого состояния с наличием патологии органов полости рта и снижение качества жизни могут служить основой профилактических мероприятий, основной целью которых является программа Здоровье студента.

### ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА МЕТОДА ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ IN VITRO

Латифова М.А., Рихсиева Д.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Учитывая высокую востребованность профессионального осветления и отбеливания эмали зубов у населения, а также значительный процент гиперестезии после отбеливания с высоким процентом раствора перекиси, становится очевидной актуальность разрешения данной проблем. Альтернативой является домашнее отбеливание, эффективность данного метода ставится под сомнения среди стоматологов и пациентов. Оценка клинической эффективности отбеливающих паст проводилось *in vitro* на удаленных зубах.

**Цель исследования** - разработать и оценить воспроизводимую модель внутреннего окрашивания *in vitro* на основе чая, которая позволит оценить эффективность отбеливания.

**Материалы и методы.** Коронковые части удаленных зубов человека разрезали пополам. Оценка цвета проводилась на исходном уровне, после окрашивания и после отбеливания с использованием стандартной клинической шкалы хромоскопа. Для внутреннего окрашивания использовали стандартный раствор чая, в который помещали группы из шести образцов на срок 3 дней. Все оценки показали максимальное окрашивание в течение одного дня. Группы окрашенных образцов подвергались воздействию 1. Вода (плацебо-контроль) 2. Полировка эмали 3. Полировка эмали и отбеливание зуба 14% перекисью карбамида 4. Отбеливание зуба 14% перекисью карбамида 5. Полировка эмали и отбеливание перекисью водорода 37% и воздействие активатора света. 6. Отбеливание перекисью водорода 37% и воздействие активатора света

**Результаты и обсуждение.** 3,4 образцы оставались в растворе 14% перекиси карбамида в течение 8 часов. Зубы промывали водопроводной водой в течение 2 минут, затем регидратировали в 0,9% солевом растворе в течение 16 часов. Оценивали оттенок, и процесс повторяли ежедневно в течение 10 дней. Результат показал значительную разницу в общих значениях оттенка между контрольной группой и всеми группами. Продолжительное воздействие 14% перекисью карбамида до 10 дней привело к оттенку, который приблизилось к цвету зуба из 5х и 6х групп. Более низкие концентрации перекиси карбамида отбеливают зубы дольше, но в конечном итоге достигают того же результата,

что и более высокие концентрации. Более высокие концентрации могут вызвать повышенную чувствительность.

**Заключение.** Полировка не оказывает никакого влияния на цвет зуба. Отбеливание зубов более низкими концентрациями раствора перекиси так же эффективен, как и высокие концентрации. Но для достижения желаемого результата потребуется более длительное время.

## **НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Лебедянцева Т.В., Шевлюк Н.Н., Кочкина Н.Н.**

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет

Минздрава России, Оренбург, Россия

[k\\_terstom@orgma.ru](mailto:k_terstom@orgma.ru)

Оценка состояния альвеолярной кости имеет важное значение для выбора метода лечения многих видов патологии зубочелюстной системы, особенно при планировании дентальной имплантации. Необходимость выяснения причин структурных нарушений костной ткани челюстей определяет актуальность работы. Хроническая одонтогенная интоксикация вызывает в организме человека многообразные системные нарушения, однако ее влияние на альвеолярную кость изучено недостаточно.

**Целью исследования** явилось выяснение структурных нарушений в альвеолярной кости, возникающих вне очага первичного воспаления от воздействия одонтогенной интоксикации при хроническом апикальном периодонтите.

Гистологическими методами исследованы острые края альвеол, удаленных по медицинским показаниям при экстракции зубов у 24 женщин и 26 мужчин в возрасте от 25 до 60 лет. У 28 больных диагностирован хронический гранулирующий, у 22 – хронический гранулематозный периодонтит. Показанием к удалению зубов послужило значительное разрушение их коронок при невозможности консервативного лечения. У 46 человек зубы удалены в период ремиссии заболевания, у 4 – в связи с обострением воспалительного процесса. Исследованы 23 костных фрагмента из альвеол верхней челюсти и 27 из нижней челюсти. Материал фиксировали в 10% растворе формалина, декальцинировали в растворе трилона Б, заливали в парафин, приготавливали парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином, изучали в световом микроскопе. В 5 полях зрения подсчитывали количество костных лакун, содержащих и не содержащих остециты. Диаметры лакун и центральных каналов остеонів измерялись с помощью окулярмикрометра МОВ-1-15\*У.4.2 производства ЛОМО. Также определялись зоны костной резорбции и остеогенеза, оценивался их характер. Полученные цифровые данные подвергнуты статистической обработке в компьютерной программе SPSS Version 10 for Windows.

**Результаты исследования** показали, что в центральных каналах

остеонов кости наружной кортикальной пластинки возникает значительное сужение просвета сосудов из-за утолщения их стенок и формирования тромботических масс. Аналогичные изменения выявлены и в сосудах фолькмановских каналов. Сами центральные каналы остеонов были существенно расширены, имели неровные контуры, величины их диаметров (102 измерений) изменялись от 35 до 132 мк. Статистический анализ частот встречаемости величин диаметров показал, что медиана их вариационного ряда равно 76 мк, а по значениям квартилей у 25% каналов диаметры превышали 92 мк. Определение коэффициента вариации и коэффициента асимметрии подтвердило наличие тенденции к их увеличению у обследованных пациентов.

Констатирована гибель части остеоцитов, поскольку при исследовании 898 костных лакун в препаратах пациентов 36% (323) из них не содержали остеоцитов, а в сохраняющихся клетках отмечался пикноз ядер. Диаметры лакун существенно отличались друг от друга и варьировали от 15 до 54 мк. Значение медианы величин диаметров составил 20 мк, а 25% лакун имели ширину 38 и более микрон. Увеличением диаметров костных лакун является признаком возникновения остеоцитарного остеолита.

На поверхности наружной кортикальной пластинки обнаруживаются остеокласты, об их активном функционировании свидетельствует появление плоскостных зон резорбции и резорбционных (гаушиповых) лакун в прилегающих участках костной ткани. В глубоких отделах кортикальной пластинки обширные зоны гладкой резорбции костного матрикса без остеокластов обнаружены вокруг центральных каналов остеонов и фолькмановских каналов, сосуды которых содержали тромбы. В костных трабекулах на фоне их истончения появляются костные лакуны без остеоцитов, гомогенизация матрикса.

Репаративные процессы включали миграцию клеточных элементов, включая остеобласты и фибробласты, в очаги резорбции, образование в них межклеточного вещества соединительной ткани. В последующем лакуны резорбции лишь частично заполнялись пластинчатой костной тканью. В них преимущественно формировалась незрелая волокнистая костная ткань.

Таким образом, хроническая одонтогенная интоксикация вызывает нарушение микроциркуляции в альвеолярной кости, что сопровождается гибелью части остеоцитов, возникновением в ней патологической резорбции различных типов и дезорганизацией репаративного остеогенеза. Основные структурные нарушения определяются появлением многочисленных полостных образований в зонах костной резорбции кортикальной пластинки, что обуславливают ее разрежение (рарефикацию).

### **ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА**

**Ли А.В., Ибатов Н.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Отосклероз - специфическое заболевание, представляющее собой

первичное метаболическое поражение костной капсулы ушного лабиринта, выражающееся особой формой остеодистрофии с преимущественно двусторонним очаговым поражением энхондрального слоя капсулы.

Диагностика отосклероза.

При аудиологическом обследовании при тимпанальной и смешанных формах отосклероза отмечаются отрицательные результаты камертональных проб Ринне и Федеричи. В опыте Вебера звук камертонов С128-С2048 латерализуется в хуже слышащее ухо.

По данным ТПА определяется кондуктивная или смешанная тугоухость двусторонняя или односторонняя. При аудиологическом обследовании часто выявляется так называемый «зубец Кархарта» - ухудшение показателей костной кривой на 5-15 дБ в диапазоне 2-3 кГц. При определении слуховой чувствительности к ультразвуку (УЗВ) по методу Б.М. Сагаловича определяются нормальные пороги восприятия УЗВ. При проведении речевой аудиометрии отмечается 100% разборчивость речи.

При акустической импедансометрии для отосклероза характерна тимпанограмма типа «А» и отсутствие акустического рефлекса.

Для кохлеарной формы отосклероза типична сенсоневральная или смешанная (с преобладанием поражения звуковосприятия) тугоухость. При камертональных исследованиях отмечаются положительные камертональные пробы Ринне и Федеричи. Латерализация звука камертонов С128-С2024 при проведении пробы Вебера в лучше слышащее ухо. При ТПА выявляется пологий или нисходящий тип аудиометрической кривой без костно-воздушного интервала (КВИ) или с его наличием (от 5 до 15 дБ) на отдельные частоты аудиометрической тон-шкалы. Обращает на себя внимания нормальные или несколько пониженные значения порогов слуховой чувствительности к УЗВ, определяемые по методике Б.М.Сагаловича. Латерализация УЗВ направлена в лучше слышащее ухо. При речевой аудиометрии определяется 100% разборчивость речи, если пороги слуха по КП не превышают 30-35 дБ.

При акустической импедансометрии регистрируется тимпанограмма типа «А», как в норме. Однако акустические рефлекс в большинстве случаев не регистрируются. Кроме анализа жалоб пациентов, данных анамнеза заболевания, особенностей отоскопии, результатов аудиологических исследований большую помощь в диагностике заболевания оказывает КТ височных костей. КТ височных костей (шагом 0,3-1 мм) является единственным объективным методом верификации отосклероза, который позволяет выявить локализацию (чувствительность метода 80-95%, специфика – 99,1%), распространённость очагов отосклероза и определить степень активности процесса. Большинство хирургов считает, что КТ височных костей не является обязательным методом исследования при фенестральном распространении очагов отосклероза. Однако для выявления ретрофенестрального распространения очагов, дифференциальной диагностики кохлеарной формы отосклероза и нейросенсорной тугоухости этот метод имеет

большое значение в определении патогномичной терапии.

Таким образом, КТ височных костей выполняется у пациентов с односторонней кондуктивной или смешанной тугоухостью для исключения наличия аномалий развития и особенностей строения височной кости, что может быть одним из объяснений скалярной тугоухости (феномен «третьего окна»), при выраженной двусторонней смешанной тугоухости, у пациентов молодого возраста, в связи с большей вероятностью наличия активного отосклероза и при подозрении на кохлеарную форму отосклероза.

КТ височных костей проводится в аксиальной и коронарной проекциях толщиной среза 0,3-1 мм. Для повышения чувствительности метода многие авторы используют денситометрические исследования, то есть анализируют плотность капсулы лабиринта. При анализе плотности капсулы улитки у больных отосклерозом было выявлено её снижение в сравнении со здоровыми лицами обусловленной деминерализацией кости. Снижение плотности капсулы лабиринта от + 1500 до + 300 ед. Н (в норме + 2000 - +2200 ед. Н - единицы Hounsfield) свидетельствует о начальной или далеко зашедшей её деминерализации.

При фенестральной форме отосклероза, на КТ височных костей, очаги отосклероза наиболее часто визуализируются в области впередиоконной щели, переднего полюса основания стремени, распространяющиеся на переднюю ножку стремени. Плотность зрелых очагов отосклероза в основном составляет от +1000 до +1100 ед. Н. При плотности очагов отоспонгиоза от +500 до +800 ед. Н, можно предположить наличие активного отосклероза. Стоит отметить, что при фенестральной локализации очагов отосклероза или отоспонгиоза, по данным КТ височных костей, вид тугоухости может быть различным (от тимпанальной до смешанной формы).

При смешанных формах, выявленных по КТ височных костей, помимо фенестральной локализации очагов отоспонгиоза или отосклероза, определяются участки пониженной плотности капсулы лабиринта, окружающие улитку, распространяющиеся на область круглого окна, иногда до дна внутреннего слухового прохода.

При кохлеарном отосклерозе, в начальной его стадии в костной капсуле лабиринта, окружающей улитку, выявляются участки пониженной плотности +1500- +1100 ед. Н. При умеренно выраженной активной стадии – в костной капсуле лабиринта, вокруг базального и апикального завитков улитки определяются хорошо видимые на томограммах участки пониженной плотности +1000- +600 ед. Н, часто распространяющиеся на область круглого окна и могут достигать дна внутреннего слухового прохода и горизонтальных полукружных каналов.

На стадии далеко зашедшего кохлеарного отосклероза выявляется деминерализация костной капсулы ушного лабиринта на уровне базального и апикального витков улитки. Также изменения могут достигать преддверия и полукружных каналов. Плотность на этой стадии колеблется от +300 до +1200 ед. Н. На этой стадии развития отосклероза могут определяться явления

костной облитерации структур лабиринта. Наиболее часто явления облитерации по данным КТ височных костей выявляются в базальном завитке улитки и горизонтальном полукружном канале. Также КТ височных костей актуальна для диагностики причин неудовлетворительных результатов стапедопластики. С помощью метода можно определить положение протеза, глубину его погружения в преддверие, некроз длинной ножки наковальни, перилимфатическую фистулу и гранулему окна преддверия. Расширяет возможности метода в определении движения цепи слуховых косточек и появление функциональной мультиспиральной КТ височных костей.

Перспективными в диагностике отосклероза являются фотонноэмиссионная КТ (single photon emission computed tomography), которая демонстрирует чувствительность метода 95,2%, а специфику – приблизительно в 96,7% и магниторезонансная томография (МРТ) височных костей с применением гадолина. Если раньше МРТ головного мозга использовалась только для определения наличия просвета улитки, то в последние годы появились сведения о способности метода определять активные (отоспонгиозные) очаги отосклероза.

У больных отосклерозом при жалобах на головокружения и расстройство равновесия выполняется экстратимпанальная электрокохлеография для исключения гидропса лабиринта. В тоже время отмечается, что гидропс появляется у большинства пациентов при длительности заболевания более 10 лет вследствие нарушения гидродинамики жидкостей лабиринта из-за сдавления их очагами отосклероза или по причине аномалий развития лабиринта.

### ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА ICON В ОРТОДОНТИИ

**Мавлонова М.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[mavlonova.m.94@gmail.com](mailto:mavlonova.m.94@gmail.com)

Индекс ICON является методом комплексной оценки нуждаемости, сложности и результата ортодонтического лечения. Индекс разработан на основе экспертного мнения 97 практикующих ортодонтов из США и ряда стран Европы. Простота и наглядность индекса позволяют пациенту принимать непосредственное участие в определении нуждаемости в лечении, а также демонстрирует приемлемость полученного результата.

**Цель исследования** - обосновать целесообразность применения индекса ICON на ортодонтическом приеме.

**Задачи исследования.** Провести оценку нуждаемости, сложности и результатов ортодонтического лечения на основании индекса ICON в группе пациентов с зубочелюстными аномалиями до и после ортодонтического лечения.

**Материал и методы.** С использованием индекса ICON нами были изучены диагностические модели челюстей 16 пациентов в периоде

постоянного прикуса с зубочелюстными аномалиями до начала ортодонтического лечения и после его окончания. Данные, полученные при изучении гипсовых моделей, регистрировались в индивидуальных картах обследования.

Лечение пациентов проводилось несъемными ортодонтическими аппаратами.

Значение индекса ICON, определенное до ортодонтического лечения, выявляет нуждаемость и степень сложности лечения. Значение ICON, определенное в конце лечения, выявляет приемлемость полученного результата.

Полученные значения индекса ICON интерпретировались следующим образом:

1. Значение  $ICON > 41$  определяет то пороговое значение индекса, при котором проведение лечения является обязательным.

2. Значение  $ICON < 31$  определяет приемлемость полученного результата лечения.

После определения необходимости лечения выявляют степень сложности его проведения. Индекс ICON предлагает 5 степеней сложности: легкая, умеренная, средняя, тяжелая, очень тяжелая.

**Результаты исследования.** В результате изучения диагностических моделей челюстей 16 пациентов с зубочелюстными аномалиями до ортодонтического лечения по методу ICON установлено, что коррекция ЗЧА являлась обязательной для 73,33% обследуемых, их индексные значения были выше порогового ( $>41$  балла). У 26,76% пациентов показатели индекса были ниже порогового значения ( $<41$  балла), т.е. ортодонтическое лечение не являлось для них обязательным.

Среди обследованных пациентов преобладали ситуации умеренной и тяжелой степеней сложности предстоящего ортодонтического лечения - 33,33% и 26,76% случаев соответственно. Реже выявлены тяжелая, средняя и легкая степени сложности ортодонтического лечения - у 20,0; 16,76 и 3,33% обследованных соответственно.

**Вывод.** Метод ICON является простым, доступным, наглядным и быстрым методом обследования пациента (на его проведение требуется в среднем  $1,26 \pm 0,05$  минут). Данные, полученные по методу ICON, позволяют определить как нуждаемость в проведении лечения, так и оценить приемлемость его результата.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА**

**Магруппова И.Д., Арипова Ш.Р., Акрамова Ш., Нурматова Ф.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Плотность - физическая величина, определяемая для однородного вещества его массой в единице объема (величина, обратная удельному объему вещества). Плотность неоднородного вещества- соотношение массы и объема,

когда последний стягивается к точке, в которой измеряется плотность. Отношение плотностей двух веществ при определенных стандартах физических условий, называют относительной плотностью. Для жидких и твердых веществ ее измеряют при температуре  $t$ , как правило, по отношению к плотности дистиллированной воды при  $40\text{ C}$ , для газов по отношению к плотности сухого воздуха или водорода при нормальных условиях ( $T=273,12$ .  $P=1,01 \cdot 10^5$  Па). Плотность веществ обычно уменьшается с ростом температуры (из-за теплового расширения тел) и увеличивается с повышением давления. При переходе из одного агрегатного состояния в другое плотность измеряется скачкообразно.

Механическая прочность и значение плотности зуба обеспечивается за счёт его оптимальной конструкции, в которой имеется высокопрочный тонкий поверхностный слой – эмаль, предохраняющий костную ткань от действия «сосредоточенной», точечной нагрузки, причём прочность эмали обеспечивается на ультра-, микро-, и макроуровне. Костная ткань зуба – дентин имеет более плотную структуру, чем кости скелета. Дентин, покрытый слоем эмали, через дентинно-эмалевую границу воспринимает внешнюю нагрузку на зуб, образуя с эмалью композитную многослойную гетерогенную структуру, являющуюся демпфером при нагрузке на эмаль.

**Цель и задачи** - исследовать механические свойства и функции зубов, а также физические основы определения плотности зуба. Произвести сравнительную оценку различных представителей зубов.

**Материал и методы** - технические весы, набор разновесов, проволока для подвешивания зуба, подставка для установки стакана с жидкостью, стакан с дистиллированной водой, мерный цилиндр, зубы взрослого человека, молочный зуб ребенка, зуб лошади, метод гидростатического взвешивания.

**Метод исследования.** На всякое тело, погруженное в жидкость, действует со стороны жидкости подъемная сила, направленная вверх и приложенная к центру тяжести погруженного тела. Величина этой силы равна весу вытесненной жидкости. В этой формулировке, хотя и не в очень явной форме, предполагается наличие тяготения, так как существование выталкивающей силы обусловлено разностью статистических давлений в жидкости. Увеличение плотности жидкости приводит к увеличению выталкивающей силы, а, следовательно, и к уменьшению веса тела, погруженного в жидкость. Если тело погружено в жидкость не полностью, то перемещение тела в глубь жидкости приводит к увеличению выталкивающей силы. Метод гидростатического взвешивания заключается в следующем. Плотность твердого тела определяют его двукратным взвешиванием - сначала в воздухе, затем в жидкости, плотность которой известна (дистиллированная вода). При первом взвешивании определяют массу тела, по разности результатов обоих взвешиваний - его объем. При измерении плотности жидкости взвешивают в ней какое-либо тело, масса и объем которого известны. Гидростатическое взвешивание в зависимости от требуемой плотности выполняют на технических, аналитических или образцовых весах. Так как, сила

Архимеда равна весу вытесненной жидкости, то, зная плотность жидкости при температуре опыта (из таблиц), можно определить ее объем, который, в свою очередь, равен объему полностью погруженного тела. Первоначально взвешивают проволочку для подвешивания зуба. Затем с помощью проволочки подвешивают поочередно исследуемые зубы к коромыслу весов, определяют массу и вычитают из него массу проволочки. Устанавливают над чашкой весов подставку со стаканом с дистиллированной водой и опускают в неё подвешенный зуб. Далее в ходе исследования необходимо определить массу разновесок, которые непосредственно уравнивают тело в воде и вычитываем массу проволочки. Для вычисления плотности исследуемого зуба необходимо воспользоваться формулой:  $\rho_3 = \rho_v \frac{m_1}{m_1 - m_2}$ , где  $m_1$  – масса зуба в воздухе,  $m_2$  – масса зуба в воде,  $\rho_v$  – плотность воды при данной температуре. Вывод этой формулы даётся ниже. Очевидно, что для определения плотностей и масс необходимо воспользоваться законом Архимеда, так как единственная известная величина, имеющая отношение к массе - плотность воды. По закону Архимеда  $(m_1 - m_2)g = \rho_v Vg$  (1), где  $V$  – объем зуба равен:  $V = \frac{m_1}{\rho_3}$  (2), если мы подставим в (1) то в итоге имеем  $(m_1 - m_2)g = \rho_v \frac{m_1}{\rho_3}g$  откуда получаем  $\rho_3 = \rho_v \frac{m_1}{m_1 - m_2}$ . Наливают в мерный цилиндр до отметки «10» дистиллированную воду. Если опустить поочередно зубы в цилиндр и каждый раз определить объём воды, вытесненной зубом, для чего вычесть из полученных значений объёма 10 мл. Вычисление плотности исследуемого зуба по формуле  $\rho_3 = \frac{m}{V}$ . Из этой формулы  $V$  – объём, равный объёму вытесненной воды. При окончательной обработке был учтён тот факт, при котором погрешности измерений являются приборными. Погрешность при взвешивании следует принять 0,005 г. плотность воды взять с точностью 0,1 г/см<sup>3</sup>, погрешность при определении объёма – 0,1 мл. Учитывая различие состава пищи в разные возрастные периоды, представляется интересным сравнить плотность зуба взрослого человека с аналогичным показателем молочного зуба ребёнка. С этих позиций актуально сопоставление плотности зуба различных представителей, например, человека и лошади.

**Результаты исследования.** Из вышеуказанного нами было установлено, что такие параметры как плотность является определяющей для ряда представителей зубов. В то же время в силу неоднородности строения зуба говорить об этих параметрах можно лишь в усредненном смысле.

**Заключение и выводы.** На основании нами проведенных исследований, можно установить, что знание физических и морфофункциональных свойств твердых тканей зубов позволяет судить о способности зубочелюстной системы воспринимать нагрузки и при этом не разрушаться. Качественная оценка результатов исследования плотности зуба показала их различия, что обусловлено разными морфофункциональными свойствами, а именно ориентированием белково-минерального каркаса зуба различных представителей в продольном направлении в соответствии с нагрузкой,

необходимой для пережёвывания пищи.

Износостойкость рабочей поверхности твёрдых тканей зуба, а именно прочность и плотность, тесно связаны. Значение физических и морфофункциональных свойств твёрдых тканей зуба позволяет глубже понять механизмы их работы, а также проведения новых исследований в части современной стоматологии, которые бы позволили существенно расширить показания к применению адгезивных систем реставрационной методики в стоматологии. Так как композитные системы с меньшей полимеризационной усадкой, гораздо эффективны, учитываются такие показатели, как пластичность, прочность на истирание, сжатие, разрыв должны совершенствоваться к природным показателям естественных структур зуба.

**БАРКАМОЛ ИНСОННИ ТАРБИЯЛАШДА  
ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯНИНГ ЎРНИ  
Мадаминаова Г.М.**

Тошкент давлат стоматология институти

Мустақил Ўзбекистонимизда спорт соҳасига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Болалар ва ўсмирларни жисмоний жиҳатдан баркамол қилиб тарбиялаш давлат дастурининг асосий мазмунига айланмоқда. Чунки, келажак авлодлар тақдири бугунги соғлом кишиларимизнинг маънавий ва жисмоний баркамоллиги билан боғлиқдир. Бу борада мамлакатимизда ёш авлоднинг жисмоний ва маънавий соғломлигини мустаҳкамлаш, фарзандларимизнинг соғлом турмуш тарзини таъминлаш, уларда спортчи муҳаббат туйғуларини кучайтириш юзасидан кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда.

Болалар спортининг ривожига келажак ёшларнинг жисмонан, руҳан соғлом тарбияланишининг гаровидир. Бу эса фарзандларимизнинг келажакда ҳар қандай замонавий технологияларга асосланган билимларни ўзлаштиришда қаршилиқларга учрамаслигини таъминлайди. Чунки биз инсоният тарихида унутилмас бурилиш палласи илм-фан, техника ва технология тараққий этган ХХI-асрда яшамоқдамиз, қолаверса, юртимизда ҳуқуқий демократик давлат ҳамда фуқаролик жамиятни барпо этиш жараёни кечмоқда. Дунё ҳамжамияти билан турли йўналишларда ҳамкорлик қилиш олдимизда турган иқтисодий ва ижтимоий сиёсий масалаларни ҳал этиш ҳамда жамиятимизни маънавий-маърифий жиҳатдан такомиллаштириш орқали халқимиз фаравонлигини таъминлаш, фуқароларимизнинг, оила ва авлоднинг ҳар томонлама баркамол (ҳам жисмонан, ҳам маънавий жиҳатдан соғлом), доно, илғор фикрли ва заковатли бўлишига интилоқдамиз. Шу ўринда ёшлар ва ўсмирлар ўртасида соғлом турмуш тарзини яратишда жисмоний тарбия ва спортни юксаклигини таъкидлаш жоиздир.

Кўп йиллик тарихга эга бўлган турон заминида яшаб келётган аждодларимиз ота-боболаримиз ҳам асрлар давомида жисмоний тарбия спорт ўйинлари билан шуғулланиб келишган. Буни биз халқ оғзаки ижодида “Алпомиш”, “Гўр ўғли”, “Авазбек” дostonларидан биламиз. Шу боис

аждодларимиз ҳам жисмонан бақувват, руҳан соғлом фарзандларни ўстиришган ва улардан халқ қаҳрамонлари миф ва афсоналар етишиб чиққан. Бугунги кунда ҳам ёшларимизни шундай етук шахс яъни комил инсон тарбиясида жисмоний тарбия ва спортнинг ўрни хусусида изланишлар олиб борилмоқда. Таълим тизимида, мактабгача таълим муассасаларида, ўрта махсус мактабларида бу борада самарали фаолиятлар олиб борилмоқда.

Бугунги кун мутахассисларнинг илмий таҳлиллари натижасида назарий-ташкилий билим ва амалиётни ўзлаштириш босқичларини, қуйидаги технологик тартибда амалга оширилиши тафсия этилмоқда.

1. Ҳар бир одамнинг ўз саломатлигини мустаҳкамлашида шахсан ўзи маъсул эканлигини жисмоний маданият таълими орқали англаб олишини таъминлаш.

2. Ҳозирги замонда экологик бузилишлар, ташқи муҳитнинг ифлосланиши, табиий ва технологик ҳалокатларнинг ўсиши, инсон жисмоний саломатлигининг олдига янгича талабларни қўяётгани ҳақида билимга эга бўлаётганини таъминлаш.

3. Жисмоний тарбия ва спортни мамлакатда ривожлантириш, инсон саломатлигини янада мустаҳкамлашга қаратилган давлат раҳбарияти томонидан қабул қилинаётган қонун, фармон, қарорлардан ўз вақтида хабардор бўлиш, уларга қўйилаётган талабларни мамлакатда истиқомат қилаётган ҳар бир фуқаро ўзи учун белгилаб берилган тегишли кўрсатмаларни бажаришни таъминлаш ўзининг бурчи эканлигини билиш.

4. Маълумки, ҳар бир инсон уч хил озиқланишга доимо муҳтож. Бу моддий, маънавий ва жисмоний озиқланишлардир. Шулардан жисмоний озиқланишнинг ҳар бир киши ўзига керакли даражасини ўзининг кундалик ҳаётини тажрибасидан келиб чиқиб амалга оширишни таъминловчи билимга эга бўлиш.

5. Ҳар бир инсон ўзининг жисмоний имкониятларини билиши, унинг спорт машқи ва мусобақалари шароитида юксак натижани намойиш этишга, тайёрлашга оид илмий-назарий-амалий билимларга эга бўлиш.

6. Ҳар бир киши ўзининг турмуш-тарзи шароитида қайси жисмоний ҳаракат амалларидан қандай фойдаланганда ўзини жисмоний ривож ва тайёргарлигига қай даражада самара бериши ҳақидаги билим ва тажрибаларига эга бўлиш.

7. Ҳар бир одам ўзи яшаётган ҳудудида вилоят, мамлакат, қитъа, жаҳон миқёсидаги жисмоний тарбия ва спорт ҳақидаги барча тегишли маълумотлардан хабардор бўлиб туриши жисмоний маданият таълими технологиясини юқоридаги тартибда амалга ошириш, одамларнинг жисмоний маданиятини шакллантиришда асосий омиллардан бири бўлиб хизмат қилади.

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУТИЛИРУЮЩЕГО  
АРТРИТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ**

**Мажидов Х.Т., Тумасова М.Ю., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы серонегативных спондилоартритов, обычно ассоциированное с псориазом.

Для ПсА характерно асимметричное дву- или одностороннее поражение суставов верхних и нижних конечностей, осевого скелета, крестцово-подвздошных суставов, а также мест прикрепления связок к костям. Наиболее часто патологические изменения выявляются в проксимальных и дистальных межфаланговых (ДМФ) суставах кистей и стоп, пястно-фаланговых (ПЯФ) и плюснефаланговых (ПЛФ), крестцово-подвздошных суставах и позвоночнике. Встречаются изменения в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных (ЛЗ) суставах, а также поражение тазобедренных и плечевых суставов. Артриты при ПсА сопровождаются околосуставным утолщением мягких тканей, но в некоторых случаях заболевание может манифестировать диффузным утолщением мягких тканей пальцев кистей и дистальных отделов стоп с характерной “сосиско-образной” деформацией пальцев. Отсутствие околосуставного остеопороза при ПсА – важный симптом, отличающий его от артритов при других ревматических заболеваниях. В то же время околосуставной остеопороз может определяться в пораженных суставах, и наличие этого симптома не исключает ПсА. При ПсА встречается как сужение, так и расширение суставной щели, при этом последнее чаще выявляется в мелких суставах кистей и дистальных отделов стоп. Эрозии вначале появляются в краевых отделах эпифизов костей, переходя на центральные отделы суставной поверхности. Часто результатом нейротрофических нарушений являются акроостеолит ногтевых бугристых, внутрисуставной остеолит эпифизов костей и деформации суставов по типу “карандаш в колпачке”. В случаях, когда преобладают выраженные деструктивные изменения в суставах в сочетании с вышеописанными деформациями костей, часто используется термин “мутилирующий артрит”. Костные пролиферации – отличительная черта ПсА. Костные пролиферации обнаруживаются на краях суставных поверхностей, кроме того, выявляются метафизарные периоститы. В действительности костные пролиферации дистальных фаланг могут значительно повышать плотность костной ткани (“фаланга слоновой кости”). Внесуставная костная пролиферация по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) – рентгенологический критерий ПсА CASPAR.

Внутрисуставные костные анкилозы, особенно в проксимальных суставах и ДМФ кистей и стоп, являются частыми находками и относятся к патогномичным симптомам ПсА при исключении травмы и гнойного артрита в пораженном суставе в анамнезе.

Рентгенологические признаки, помогающие отличить ПсА от других

воспалительных ревматических заболеваний суставов: 1) асимметричность поражения суставов кистей и дистальных отделов стоп; 2) артрит на рентгенограммах без околосуставного остеопороза; 3) изолированное поражение ДМФ кистей при отсутствии изменений в других мелких суставах кистей; 4) осевое поражение трех суставов одного пальца; 5) поперечное поражение суставов кистей одного уровня (одно- или двустороннее); 6) деструкции концевых фаланг (acroosteolysis); 7) концевое сужение дистальных эпифизов фаланг пальцев рук и пястных костей; 8) чашеобразная деформация проксимальной части фаланг пальцев кистей вместе с концевым сужением дистальных эпифизов – симптом “карандаш в колпачке”; 9) костные анкилозы, особенно проксимальных суставов и ДМФ кистей; 10) множественный остеолит и деструкции эпифизов костей с разнонаправленными деформациями суставов (мутилирующий артрит); 11) воспалительные изменения в крестцово-подвздошных суставах – сакроилит (двусторонние симметричные и асимметричные или односторонние изменения; возможно отсутствие сакроилита), характерные для всей группы спондилоартритов; 12) типичные изменения в позвоночнике – асимметричные синдесмофиты и паравертебральный оссификат.

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

**Мамадиёрова А.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[mamadiyoroवादolat@gmail.com](mailto:mamadiyoroवादolat@gmail.com)

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

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

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

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования и применения,

биосовместимых и в то же время одонтотропных материалов было отмечено, что трикальцийсиликатный цемент, не разрушает клетки пульпы, а наоборот обеспечивает условия для дальнейшего формирования твердотканного барьера и может использоваться для защиты пульпы в постоянных зубах с несформированными корнями. Исходя из этого, хирургическое вмешательство в незрелой пульпе не сопровождалось постоперативным дискомфортом. Соответственно, регенеративные свойства пульпы постоянных зубов с несформированными корнями выявились быстро (10-14 дней), о чем свидетельствует дентинный мостик на рентгенограмме.

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

1. При лечении обратимых форм пульпита постоянных зубов с несформированными корнями применяется трикальцийагрегат, который оказывает выраженное влияние на физиологические процессы апексогенеза и апексофикации за достаточно короткий срок-10-14 дней.

2. Нами установлено, что покрытие незрелой пульпы трикальцийагрегатным цементом, обеспечивает высокий уровень антисептики (асептическое воспаление). В результате происходит дифференцировка фибробластов и клеток мезенхимы в одонтобласты. В дальнейшем образуются коллагеновые волокна, которые в последствие минерализуются в фибродентин.

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

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Мамадиёрова А. Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[mamadiyoroवादolat@gmail.com](mailto:mamadiyoroवादolat@gmail.com)

Лечение кариеса зубов и его осложнений является сложной психологической и практической задачей как для ребенка и его родителей, так и для врачей-стоматологов. Поэтому наиболее важно и целесообразно выявление кариозных поражений на ранних стадиях, при лечении которых используются нехирургические методы. Ранняя диагностика процесса деминерализации эмали позволяет применить методы, способствующие реминерализации. Терапия должна быть комплексной и включать как общие, так и местные мероприятия, которые будут, в первую очередь, направлены на снижение уровня кариесогенной микрофлоры и улучшение гигиены полости рта ребенка. Общие мероприятия предполагают изменение поведения родителей ребенка в отношении стоматологического здоровья в сторону улучшения. Местные мероприятия должны быть направлены на приостановление развития

кариозного процесса, герметизацию или восстановление твердых тканей зубов.

В эволюционном плане зубопротезирование развивалось от удаления зубов к их пломбированию с предварительным иссечением пораженных тканей, что само по себе не останавливает развитие кариозного процесса в полости рта. Применение постулатов современной концепции кариеса зубов позволило разработать методы, которые не только способствуют предотвращению возникновения заболевания, но и позволяют приостанавливать кариозные поражения на ранних стадиях развития без оперативного вмешательства. К методам лечения кариеса зубов на ранних стадиях относят минимальную инвазию, превентивное, неоперативное и интерцептивное лечение. Главным приоритетом в лечении осложнений кариеса постоянных зубов с несформированными корнями является сохранение пульпы жизнеспособной для завершения апексогенеза. На сегодняшний день особый интерес вызывает материал, который представлен соединением трикальцийагрегата. С биологической точки зрения он имеет прекрасную совместимость и способен вызвать отложения реактивного дентина за счет стимулирования активности одонтобластов, а также репаративного дентина – за счет дифференцировки клеток.

**Цель исследования** - оценить эффективность лечения кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

**Материалы и методы.** Лечение зубов проведено 25 детям в возрасте от 12 до 36 месяцев в трех группах.

В группе 1 (n=14) проводилась терапевтическая герметизация временных моляров стеклоиономерным цементом; в группе 2 (n=14) – домашние аппликации на зубы 0,05% раствора хлоргексидина 1 раз в день по схеме; в группе 3 (n=4) – ежедневные аппликации кальций-фосфатсодержащего геля. Наблюдение длилось 1 года

**Результаты и их обсуждение.** Проведение терапевтической герметизации зубов стеклоиономерным цементом позволяет снизить риск прогрессирования кариеса в меловидных фиссурах в 3,6 раза, в пигментированных фиссурах – в 20 раз (ОШ=19,95) по сравнению с кальций-фосфатсодержащим гелем в течение трех лет. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий курса аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина предотвращает развитие начальных кариозных поражений на гладких поверхностях временных зубов в 2,25 раза выше по сравнению только с кальций-фосфатсодержащим гелем за 1 год.

**Выводы.** Проведение терапевтической герметизации моляров и аппликации 0,05% раствора хлоргексидина значительно эффективнее в приостановлении кариозных поражений без образования полости на окклюзионных и гладких поверхностях соответственно по сравнению с кальций-фосфатсодержащим гелем.

**ДИНАМИКА УРОВНЯ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ**

**Мамадиярова Д.У.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Введение.** На сегодняшний день остаются без должного внимания исследователей социально-психологические составляющие профессиональной деятельности врачей общей практики, её стрессогенность. Специалисты различных отраслей осуществляют попытки наполнить смыслом само понятие врач общей практики и на этой основе определить его главные функции, проблемные аспекты. Однако, как показывает практика, наблюдается отсутствие единого подхода к данной проблеме.

**Цель исследования** - определить динамика уровня проявления нервно-психического напряжения у будущих врачей общей практики до и после проведения программы тренинговых занятий.

**Материал и методы исследования.** В целях исследования выявлено динамика уровня проявления нервно-психического напряжения у будущих врачей общей практики, было организовано и проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 98 будущих врачей общей практики, третьего, четвертого и пятого курса обучения, как женского, так и мужского пола. Для достижения цели позволили опросник определения нервно-психического напряжения Т.А.Немчина.

**Результате и обсуждение.** Проведенный анализ результатов первого и второго психодиагностического обследования показал, что по итогам проведения программы тренинговых занятий у будущих врачей общей практики экспериментальной группы (n=98) существенно улучшилась выраженность ранее выделенного комплекса индивидуально-психологических особенностей интерпретированного как группа личностных детерминантов профессионального стресса. Так, количество респондентов с высоким уровнем проявления нервно-психического напряжения (диагностированного с помощью Опросника определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина) снизилось с 50 % (49 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 8,2 % (8 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Соответственно, будущих врачей общей практики со средним и низким уровнем проявления нервно-психического напряжения повысилось с 50 % (49 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 91,8 % (90 чел. - после проведения программы тренинговых занятий)

**Вывод.** В результате, у будущих врачей общей практики снизился уровень проявление нервно-психического напряжения

**СОРБЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ  
ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Маматкулов Х.А Эшбадалов., Х.Ю., Тешабоев М.Г.**

Андижанский государственный медицинский институт

Среди заболеваний челюстно-лицевой области острые гнойно-воспалительные процессы составляют от 40% до 60%, а периоститы составляют от 5 до 15%. Периоститы являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают до 15%. Несмотря на успехи в области их лечения, периоститы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдается осложнения угрожающие жизни. В последнее время в связи с часто встречающимися осложненными формами периоститов ЧЛО, методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

Под нашим наблюдением находилось 58 больных с периоститами ЧЛО, поступившие на стационарное лечение на 2-5 сутки заболевания. Причем больные с периоститами поступили на 4-5 день от начала заболевания. Из 58 больных с периоститами ЧЛО. Среди всего контингента больных было 27 женщин и 31 мужчин, в возрасте от 16 до 45 лет. Одонтогенный периостит практически не встречается. Однако бывают случаи, когда он развивается из-за несвоевременного лечения заболеваний зубов. Развитию периоститов в основном, послужило несвоевременное обращение к стоматологу. При поступлении больные предъявляли жалобы на наличие воспалительного процесса на лице, где отмечались сильные боли, усиливающиеся при дотрагивании. Кроме того, основной контингент больных отмечали нарушения сна и общую слабость, головные боли и повышение температуры тела на ночь до 38°C. Клиническое проявление периоститов протекало стремительно в силу особенностей анатомии зубов. Симптомы выражены асимметричным отеком, увеличением регионарных лимфатических узлов. Воспаленная надкостница болезненна при пальпации. Коронка зуба поражена кариесом. Он может проявляться безболезненной или несущественно болезненной деформацией кости, увеличением ее объема. Периодически воспаляются ткани, окружающие пораженную зону. Методика заключалась в следующем: после вскрытия гнойного очага в дно раны оставлена в виде дренажа волокнистый сорбент, слизистую оболочку вокруг раны обрабатывали антисептическими растворами. Известно, что местное лечение периоститов ЧЛО должно способствовать ограничению и быстрому разрешению воспалительного процесса, отторжению некротической массы.

Анализ полученных данных микробиологических тестов установил, что в 77,3% случаев из воспалительного экссудата высевались ассоциации микрофлоры, представленные как аэробными (наиболее часто стрептококками и стафилококками), так и анаэробными микроорганизмами (преимущественно превотеллами, вейлонеллами и бактероидами). В 13,6% случаев выделялись

только аэробные микроорганизмы (стрептококки, стафилококки и энтерококки). В остальных 9,1% случаев - только анаэробная флора. Удельный вес дрожжеподобных грибов рода *Candida* не превышал 4,4% от общего количества исследований. При оценке уровня суммарной бактериальной обсемененности раневого отделяемого отсутствие признаков микробного роста или значительное снижение концентрации микроорганизмов ниже  $10^4$  КОЕ/мл в ране при повторном обследовании на 7-е сутки определялось только у 22% больных контрольной группы, в 76% случаев - у первой группы и в 65% - во второй. Представленные данные позволяют сравнивать результаты лечения больных с применением дренирующих сорбентов на основе частично поливинилового спирта и альгината кальция с результатами традиционного лечения гнойных ран без применения сорбентов. Элиминация микроорганизмов из раны в наиболее короткие сроки происходила в первой группе больных, где применялась местно применяли ВПС. Результаты лечения показали, что у 30 больных основной группы, при местном применении сорбентов в комплексном лечении, значительно быстрее ликвидировались общие и местные проявления заболевания, чем в контрольной группе больных. В первые два дня после местного применения ВПС при периоститах наблюдались значительное уменьшение отеков и болей, и ограничивалось распространение воспалительного процесса. Особенно отмечалось улучшение общего состояния и прекращение головных болей. Выше указанные улучшения, после применения ВПС, можно объяснить их свойством сорбировать микробы и их токсины на своей поверхности, что обуславливает резкое ограничение их поступления в организм. В тоже время в контрольной группе больных улучшение выше указанных местных и общих симптомов заболевания наблюдалось позже, то есть спустя двое суток и более. В группах больных, где применяли местно повязки с ВПС, прекращение гноеотделения с очищением раны от некротических тканей наступало на 2-3 сутки. Длительность пребывания больных с периоститами ЧЛО в стационаре у основной группы составляло  $4+0,4$  дня, а в контрольной группе  $-6+0,3$  дня. Нами, при местном применении ВПС, каких либо признаков местного раздражения кожи не наблюдалось.

Таким образом, применение ВПС в комплексном лечении больных с периоститами ЧЛО является патогенетическое обоснованным и позволяет значительно сократить сроки и лечения, повышение его эффективности и уменьшение риска развития осложнений в виде сепсиса и др.

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ЛОР-ОРГАНОВ**

**Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х.Ю., Парпиев А.Л.,  
Исмоилов Х.А., Комилов У.М.**

Андижанский государственный медицинский институт

По литературным данным причина возникновения заболеваний гайморитов составляет 65-70% риногенного и 30-35% одонтогенного происхождения. Известно, что в силу анатомо-физиологических особенностей строения и функционирования головы и шеи, а также их взаимосвязь с ЛОР-органами, гнойно-воспалительные заболевания этой области встречаются часто и имеют большой удельный вес в структуре гнойно-воспалительных заболеваний. В литературе сведения о роли анаэробов в развитии гнойно-воспалительных заболеваний и челюстно-лицевой области ЛОР-органов встречаются редко. Также необходимо отметить, что среди них содержится большая группа микросимбиотов, являющихся нормальной аутофлорой с разной степенью патогенности, имеющие возможность из полости рта проникать в ЛОР-органы и при этом вызывать развитие гнойно-воспалительных процессов одонтогенного происхождения при периоститах, абсцессах, флегмонах и остеомиелитах. Чаще всего основными возбудителями являются гнойные кокки (стафилококки, стрептококки, стоматококки, грамотрицательные палочки) и энтеробактерии (кишечная палочка, протей и др.), однако сведений о роли аспорогенных анаэробов нет.

Больной А., 28 лет, шофер. 18 января 2021 года поступил в тяжелом состоянии в областного многопрофильного медицинского центра г.Андижана по поводу одонтогенного хронического гнойного гемисинусита в стадии обострения. Из анамнеза заболевание впервые было выявлено 3 года назад и носило хронический характер.

В последние 20 дней наблюдалось ухудшение состояния, причину которого больной связывает с наличием патологически измененного пятого зуба. При этом жалобы были на сильные головные боли в области лба, правого глаза и подглазничной области с повышением температуры тела до 39-40°, сопровождающаяся потливостью и общей слабостью, недомоганием, снижением аппетита, отмечалась заложенность носа и гнойно-слизистые выделения из правой половины носа. Со слов больного болезнь началась остро, сопровождалась сильной головной болью. Больной обратился к нейрохирургу и окулисту. После обследования больной был доставлен в областного многопрофильного медицинского центра г. Андижана в ЛОР отделение.

Учитывая анамнез, клинические, объективные и рентгенологические данные, а также результаты пункции гайморовой пазухи установлен клинический диагноз: правосторонний гнойный гемисинусит одонтогенного происхождения. Произведена операция гайморо- и фронтотомия с наложением трансэтмоидального соустья. Во время операции установлено, что слизистая

оболочка гиперплазирована, полипозно изменена, из гайморовой и лобной пазух получен жидкий гной со зловонным запахом. Обнаружен дефект орбитальной стенки размером 0,5x0,5 см., связанный с наличием гноя в гайморовой пазухе. Учитывая вышеизложенное, мы рекомендуем и призываем практических врачей челюстно-лицевой хирургов и оториноларингологов более тщательно подходить к сбору первичного анамнеза с целью выявления связи между ЛОР-органами и патологией полости рта, в частности, гнойно-воспалительных заболеваний, вызываемых микросимбионтами полости рта.

### **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х.Ю.**

Андижанский государственный медицинский институт

Увеличилось количество заболеваний с тяжелым клиническим течением, развитием различных осложнений (остеомиелиты, тромбозы).

В проведенном исследовании изучали характер микрофлоры, выделенной при обследовании 95 больных с различными проявлениями одонтогенной инфекции: периоститы, флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области; остеомиелит, актиномикоз, воспаление околоушных слюнных желез и гингивит. Для бактериологических исследований использовали гной и раневое отделяемое, в отдельных случаях при подозрении на септицемию исследовали кровь. Идентификация выделяемых возбудителей проводилась по общепринятым схемам с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам различных групп.

Установлено, что при одонтогенной инфекции основную этиологическую роль играли стафилококки, преимущественно за счет золотистых стафилококков; стрептококки составили 42,1±5,0%, при равном выделении зеленящих стрептококков и энтерококков; грамотрицательные бактерии обнаружены в 12,7±3,2%, клостридии - в 5,3±2,2%; актиномицеты обнаруживали довольно редко, условно-патогенные грибы рода Кандида высеивали в 8,4±2,8%. Различные ассоциации микроорганизмов в отделяемом раны и гное составили 32,6±4,8%.

При изучении чувствительности выделяемой микрофлоры к антибиотикам обнаружено, что золотистые стафилококки были устойчивы к пенициллину, левомецетину, стрептомицину, мономицину, канамицину, ристомицину, тетраолеану, тетрациклину (50-74%). Эпидермальные стафилококки сохраняли устойчивость к пенициллину, левомецетину, стрептомицину, ристомицину, тетраолеану, тетрациклину и морфоциклину (61-76%). Зеленящие стрептококки, резистентные к пенициллину, мономицину, стрептомицину и левомецетину выделяли в 50-75% случаев. Энтерококки были резистентны к большинству изучаемых антибиотиков (50-94,1%). Грамотрицательные бактерии, устойчивые ко всем антибиотикам, выявляли в 50-100%. Клостридии сохраняли чувствительность к диклоксациллину,

канамицину и гентамицину (100 %).

Таким образом, основную этиологическую роль в развитии и поддержании воспалительного процесса при одонтогенной инфекции, по нашим данным, играют золотистые стафилококки и стрептококки в различных сочетаниях. Большинство изучаемых возбудителей были резистентны к широко применяемым антибиотикам и сохраняли чувствительность к некоторым полусинтетическим пенициллинам и препаратам резерва.

### МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Маматкулова М.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Актуальность проблемы определяется не только частотой абсцессов и флегмон ЧЛО у детей, но и изменением их клинического течения. Успехи современной медицины, достигнутые в последние годы в борьбе с гнойной инфекцией, не исключают поиск новых, более эффективных методов местного лечения. В комплексном лечении одонтогенной инфекции наряду с вскрытием и дренированием гнойного очага используется местное применение лекарственных форм в виде мазей. Недостатком различных мазевых композиций является их гидрофобная основа, которая ухудшает возможность очищения раны и ее заживление. Воспалительный процесс мягких тканей челюстно-лицевой области в детском возрасте часто протекает по типу гиперэргической реакции. С учетом этого создание новых мазевых средств, обладающих выраженными антибактериальными и антиоксидантными свойствами и пролонгированным лечебным действием, является актуальной задачей гнойной хирургии.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 74 ребенка, проходивших лечение по поводу абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области в клинике ТГСИ отделения детской челюстно-лицевой хирургии. Пациенты были разделены на 2 группы: основную, в которую входили 34 ребенка с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области, получающие лечение с помощью мази с фурациллином, лидокаином и дибунолом, и контрольную (40 пациентов), при местном лечении которых использовалась мазь Левомеколь.

**Результаты.** Течение раневого процесса у больных обеих групп сопровождалось отеком в области послеоперационной раны, который купировался в 1,2 раза быстрее в основной группе ( $p < 0,01$ ). Гиперемия в основной группе сохранялась до 3-х суток, в контрольной - на протяжении  $3,9 \pm 0,2$  суток ( $p < 0,01$ ). Нормализация температуры после оперативного вмешательства в основной группе происходила на одни сутки раньше (на  $4,3 \pm 0,8$  суток), уменьшение выраженности болевого синдрома - после 3 суток. Нормализация показателей в общем анализе крови в основной группе происходила быстрее, заживление послеоперационной раны - к  $7,7 \pm 0,2$  суткам,

в контрольной - к  $8,8 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ). Положительная картина наблюдалась и в динамике течения раневого процесса.

**Выводы.** Таким образом, предложенный мазевой состав обеспечивает выраженное пролонгированное действие лекарственных средств, предотвращает побочные действия, создает высокую концентрацию препарата за кратковременный срок, обладает осмотической активностью, улучшает дренирующие условия полости и, как следствие, ведет к противовоспалительному, противомикробному, анестезирующему действию, удобен и гигиеничен в применении.

## ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ЭКСТРАПИРАМИДАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ КЛИНИКО- ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Маматова Ш.А., Бабашева Д., Раимова М.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Цереброваскуляр касалликлар бутун жaxon буйича муҳим тиббий-ижтимоий муаммо хисобланади. Уладан кейин кўплаб турли хил асоратлар ривожланадики, шулардан бири экстрапирамидал бузилишлардир. Экстрапирамидал бузилишлар клиник кўринишларининг хилма-хиллиги, патологик жараённинг турли тузилмаларда жойлашганлиги, даволашда ёндашувнинг ўзига хослиги билан ажралиб туради. Статистик маълумотлар шундан далолат берадики, экстрапирамидал бузилишлар бошқа ўчоқли бузилишлардан фарқли ўлароқ, оғирроқ кечиши ва оқибатининг салбийлиги билан фарқланади.

**Тадқиқот мақсади** - бош миёда қон айланишининг сурункали ва ўткир бузилиши бўлган беморларда ривожланган экстрапирамидал бузилишларнинг клиник турлари ва хусусиятларини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Цереброваскуляр касалликларда ривожланган экстрапирамидал бузилишлар билан 40 та бемор текширилди. Улар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳда дисциркулятор энцефалопатияларда кузатилган ЭПБ билан, иккинчи гуруҳда эса церебрал инсултлардан кейин ривожланган ЭПБ билан беморлар танлаб олинди. Улардан 23та бемор аёл, 17 та бемор эркак, беморларнинг ёши 39-83 ёш орасида (ўртача ёш  $62,1 \pm 5,8$ ). 26 (65%) та беморда дисциркулятор энцефалопатиянинг турли босқичларида ривожланган бўлса, беморларнинг 14 (35%) тасида церебрал инсулт ўтказгандан кейин экстрапирамидал бузилишлар ривожланган. Барча беморларга экстрапирамидал бузилишларни аниқлашда қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: неврологик статус, анамнез маълумотлари, нейровизуализацион усуллардан бош миёа МРТ текшируви, экстрапирамидал белгилар шкаласи ESRS (Extrapyramidal Rating Scale), UPDRS шкаласи (Unified Parkinson's Disease Rating Scale), MMSE (Mini-Mental State Examination), хидлов функциясини текшириш, CRST шкаласи (Clinical Rating Scale for Tremor, 1993).

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ЦВК

нинг коморбид омиллари гипертония касаллиги (91,7%), бош мия қон томирлари атеросклерози (41,2%), қандли диабет (39.5%) ва уларнинг комбинацияси ташкил этди. Улар ЦВК да экстрапирамидал бузилишлар ривожланишида ахамиятга эга. Цереброваскуляр касалликларда экстрапирамидал бузилишларнинг нозологик шакллари 1-жадвалда келтирилган.

Тремор 22,5% ҳолларда кузатилиб, кўпинча дисциркулятор энцефалопатия дастлабки босқичларида ёки инсултнинг кечки тикланиш даврида ривожланади. Унинг юзага келиши кўп ҳолларда таламус ёки денто-рубро-таламик ҳамда нигростриар йўллариининг зарарланиши ҳисобланади.

1-жадвал.

**Экстрапирамидал бузилишларнинг нозологик шакллари**

Кўрсаткичлар	Экстрапирамидал бузилиш номи				
	Тремор	Васкуляр паркинсонизм	Хорея	Дистония	Безовта оёқлар синдроми
Ўртача ёш	67±4	56±3	48±4	71±5	49±3
Жинси Эркак/аёл	2/7	11/6	1/3	1/2	2/5
Дисциркулятор энцефалопатияларда ривожланган ЭПБ	5	10	2	2	4
Церебрал инсултлардан кейин ривожланган ЭПБ	4	7	2	1	3

Кўплаб базал ганглийлар зарарланиши ҳамда пешона соҳасидаги лакунар ўчоқларнинг лейкокеоз билан кечишида, ички капсула зарарланганда васкуляр паркинсонизм ривожланди (42,5%). Патологик ўчоқ қора субстанцияда жойлашса, васкуляр паркинсонизм клиникаси Паркинсон касаллиги клиникасига жудаям ухшаш бўлади, фақат касалликнинг ўткир бошланиши, паркинсонизм белгилари билан пирамидал белгиларнинг биргаликда келиши (пай ва периостал рефлексларнинг ошиши, Бабинский патологик рефлексининг чакирилиши ва ҳк.), яққол когнитив бузилишлар, баъзида псевдобулбар фалажликларнинг учраши билан фарқланади.

Хорея инсултдан кейинги энг эрта учрайдиган дискинезиялардан бири бўлиб, асосан инсултнинг ўткир ва ўткир ости даврида ривожланди. Кўпроқ кекса аёлларда (10%) кузатилди. Нейровизуализацион текширув натижалари шуни кўрсатадики, хореик гиперкинезлар лакунар ўчоқлар ўрта ва орқа мия артериялари ҳавзаларида яъни таламус, субталамик ядро, стриатум зарарланганда кўпроқ кузатилди.

ЦВК да дистония одатда зарарланиш ўчоғидан қарама қарши томонда ривожланади. Кўпинча у пўстлоқ ёки таламус, кам ҳолларда оқимтир шар зарарланганда кузатилади. Бизнинг тадқиқотимизда краниал ва цервикал дистония 3 та беморда (7,5%) кузатилиб, зарарланиш ўчоғи мия кўприги ва мияча зарарланганда кузатилди.

Безовта оёқлар синдроми (17,5%) ЦВК қандли диабет ёки метаболик синдром билан кечганда кузатилиб, невровизуализацияда зарарланиш ўчоқлари базал ганглийлар, лентикуляр ядро ва пешона сохасида жойлашганлигини кўриш мумкин.

Миоклония кўпинча таламус ва субталамик ядроларнинг биргаликда зарарланишида кузатилиб, бизнинг тадқиқотимиз давомида кузатилмади.

**Хулоса.** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, бизнинг ва биздан олдин чоп қилинган ишларининг натижаларига мувофиқ, цереброваскуляр касалликларда бош миёда қон айланишининг сурункали хам ўткир бузилишларининг деярли барча даврларида турли хил экстрапирамидал бузилишлар кузатилиши мумкин. Улар гиперкинетик ёки гипокинетик шаклларда учрайди, бу экстрапирамидал бузилишларнинг ривожланиши кўпроқ базал ганглиялар ва таламуснинг зарарланиши билан боғлиқ. Биз ушбу тадқиқот ишини келажакда янада кенгайтирилган ва чуқурроқ ўрганишни режалаштирдик.

### **ЗАЩИТНЫЕ СРЕДСТВА – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ COVID-19**

**Маннанов Ж.Ж., Мусурманов Ф.И., Абдуллажонова Ш.Ж.**

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Самаркандский государственный медицинский университет,

Ташкентская медицинская академия

[dr.fazliddin89@gmail.com](mailto:dr.fazliddin89@gmail.com)

**Введение.** Пациенты с острыми и хроническими гнойно-воспалительными процессами (ОХГВП) челюстно-лицевой области (ЧЛО) составляют от 40 до 60% нуждающихся в хирургической стоматологической помощи. Около 50% пациентов, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛО), - это пациенты с воспалительными процессами лица. Рост числа медленно действующих гипореактивных форм воспаления в последние годы и приводящий к ним к местным и общим осложнениям определяют актуальность улучшения профилактики, диагностики и лечения воспалительных процессов. Ряд авторов признают, что растет число быстро распространяющихся, гиперергических, вызывающих опасные для жизни осложнения у пациентов. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. Основными входными воротами COVID-19 является челюстно-лицевая область. Коронавирусная инфекция представляет максимально высокую опасность для врача хирурга-стоматолога, при специфике работы риск заражения врача при лечении больного коронавирусом равен 99,99%. Поэтому, учитывая современное состояние науки, актуальной проблемой является новый подход к этиопатогенетическому лечению гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Научных данных освещающих особенности поражения вирусом чло и оказание хирургической стоматологической помощи в условиях пандемии освещены скудно.

**Цель работы** - разработать перечень действий по оказанию неотложной хирургической стоматологической помощи в условиях пандемии COVID-19.

**Результаты.** Больным с заболеваниями, которым необходимо оказать срочную специализированную стационарную помощь в условиях пандемии коронавируса относятся периоститы, абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств шеи и лица, остеомиелиты челюстей, сепсис, септикопиемия, паротиты эпидемического и неэпидемического характера, острые колики слюнокаменной болезни, неodontогенные гнойные заболевания лица и шеи: фурункул, карбункул, лимфаденит, аденофлегмона, рожистое воспаление, нома, специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, травмы(сочетанные) челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области, различные варианты затруднения проходимости дыхательных путей (асфиксии), невралгии и невриты челюстно-лицевой области.

У больных с флегмонами челюстно-лицевой области в сочетании метаболическими синдромами из-за анатомического строения и сильно развитой лимфатической системы гнойные и воспалительные изменения распространяются в ней крайне быстро. Флегмоны этих областях характеризуются быстрым распространением и являются угрожающим жизни состоянием, а при несвоевременном лечении и диагностике могут привести к летальному исходу. Итогом исследований станет определение значимости фактора скорости тромбообразования в тяжести течения заболевания и выживаемости больных COVID-19. Уже сейчас скорость тромбообразования признана одной из самых значимых показателей для прогнозирования исхода больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Исследование позволит сделать статистически надежные выводы и предложить новый протокол лечения больных COVID-19.

Медицинскому персоналу необходимо знать при оказании хирургической стоматологической помощи особенности индивидуальной защиты при COVID-19, как правило мытья рук, одевания и снятия защитных перчаток, масок, экранов и защитной одежды, которые позволяют не заразиться коронавирусной инфекцией медицинскому работнику при условиях пандемии COVID-19.

**Вывод.** Под категорию экстренной помощи попадают пациенты травмой челюстно-лицевой области, требующей оперативного лечения, воспалительно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области, длительным кровотечением и болью, которая не может быть устранена безрецептурными препаратами. Правильное использование личных средств защиты и предложенной рекомендации при оказании неотложной хирургической стоматологической помощи приводит к уменьшению риска заражения пациентов и самого специалиста, а также является неспецифической профилактикой заражения в условиях пандемии COVID-19. Знание клинических проявлений новой коронавирусной инфекции и методов

профилактики заражения больных и медицинского персонала необходимо для каждого стоматолога и челюстно-лицевого хирурга для предупреждения новых эпизодов распространения и оказания качественной медицинской помощи.

**ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ  
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НА ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО И  
ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА**

**Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Исмоилова Р.А.**  
Областная стоматологическая поликлиника г. Андижан

Среди пациентов, обратившихся за неотложной стоматологической помощью, больные острым или обострившимся хроническим периодонтитом составляют 75%. Помимо болевого синдрома, характерного для этого заболевания, наличие очага одонтогенной инфекции представляет опасность для тканей, органов полости рта и организма в целом за счет прогрессирующего пополнения микробного пейзажа ротовой жидкости, патогенами, бактериотоксинами. Повышение качества лечения больных периодонтитом по-прежнему является актуальной задачей.

За период (2016-2018 гг.) нами были обследованы 425 больных (из них женщин - 275, мужчин - 150) в возрасте от 17 до 65 лет. Из них с острыми формами периодонтита было 315 больных, с хроническим течением – 110 больных.

При острых периодонтитах после создания оттока для экссудата путем трепанации зуба (обычно под инфильтрационной или проводниковой анестезией 2%-ным раствором лидокаина с добавлением 0,1%-ного адреналина) для снятия острых болей и отечности окружающих мягких тканей проводили внутриротовую дарсонвализацию по переходной складке (в течении 5-7 минут) в комплексе с УВЧ-терапией (с продолжительностью 10-12 минут), и в единичных случаях дополнительно производилось облучение лампой соллюкс (с продолжительностью 15-20 минут). Кроме того, больным назначали теплые содовые ванночки. Комплексное физиолечение позволило в кратчайшие сроки (обычно за 1-2 дня) ликвидировать острые воспалительные процессы в периодонте. Следовательно, физические методы лечения в комплексе с другими методами при острых периодонтитах являются достаточно эффективными.

При хронических верхушечных периодонтитах в зубах с непроходимыми корневыми каналами мы применяли метод электрофореза корневых каналов с 5%-ной настойкой йода и йодистого калия.

Этой методики физиолечения проведена 74 больных (103 зуба) в возрасте от 17 до 62 лет. С хроническим фиброзным периодонтитом количество зубов составило 21 зуб (2 резца, 2 клыка, 8 премоляра и 9 моляров), с хроническим гранулематозным периодонтитом - 9 зубов (6 моляров верхней и 3 моляров нижней челюстей); с хроническим гранулирующим периодонтитом - 27 зубов (9 премоляров и 6 моляров верхней челюсти и 12 моляров нижней челюсти).

Количество и продолжительность процедур индивидуально подбирались в зависимости от формы воспалительного процесса в периодонте. Так, при хроническом фиброзном периодонтите в зубах, не выдерживающих герметизма, производилось в среднем от 1 до 4 процедур, а при гранулирующем и гранулематозном - от 6 до 10 процедур. После проведенного физиолечения электрофорезом зубы были запломбированы.

Следовательно, электрофорез корневых каналов является наиболее эффективным методом физиолечения хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами, а также в зубах, не выдерживающих герметизма.

### **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕМОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ И В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Исмоилова Р.А.**

Областная стоматологическая поликлиника г.Андижан

Направления развития практической физиотерапии и физиотерапевтической службы в особенности определяются, прежде всего, общими тенденциями медицины и перспективными задачами здравоохранения. Проблема повышения качества медицинской помощи является важнейшей научно-практической задачей, решение которой невозможно без активного научного поиска новых путей обеспечения эффективности функционирования служб учреждений здравоохранения. При этом вопросы обеспечения качества медицинского обслуживания представляют многогранную и сложную проблему.

Обращаемости стоматологических больных за период 2016-2018гг. За данный период времени обратилось 1755 больных с стоматологическими нозологиями, которым было произведено 2406 физиотерапевтических процедур (электроодонтодиагностика, электрофорез).

Из физических методов исследования наиболее широкое распространение получила электроодонтодиагностика.

Электроодонтодиагностика была проведена 420 больным (из них с кариесом - 138 больных, с пульпитами - 148, с периодонтитами - 95, с остеомиелитом - 3, с переломами челюстей - 2, с переломами корней зубов -25, с кистами челюстей - 9).

У 107 больных с различными формами хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами физиолечения включало электрофорез корневых каналов 5%-ной настойкой йода. Электрофорез корневых каналов 10%-ной настойкой йода с целью некротизации пульпы в непроходимых корневых каналах - у 416 больных (426 зубов) с различными формами пульпитов.

При острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяли УВЧ-терапию: при острых периодонтитах у 236 больных (451

процедура), после апикальной терапии у 146 больных (331-процедур), при альвеолитах у 52 больных (135 процедур), гнойных формах пародонтита у 45 больных (148 процедуры), артритах у 18 больных (49 процедур) и т. д.

Как обезболивающее средство успешно применяли дарсонвализацию: при остром периодонтите у 75 больных (143 процедур), после апикальной терапии у 204 больных (326 процедуры), при различных формах пародонтита у 87 больных (232 процедуры) и т. д.

При хронических воспалительных процессах (хронические артриты височно-челюстного сустава, остаточные явления острых воспалительных процессов, луночковые невриты, сиалоденит, сиалодохит) и невралгии тройничного нерва применяли стабильную гальванизацию.

Стабильную гальванизацию в сочетании с дарсонвализацией проводили 21 больным с невралгией тройничного нерва получили положительный эффект за короткий промежуток времени и достигли снижения болевых ощущений.

Наш опыт показывает, что физические методы диагностики и лечения являются неотъемлемой составной частью в комплексном лечении стоматологических больных и поэтому должны широко внедряться в практическую стоматологию.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛТРОМБОСЕПИНА НА ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**Манукян А.О., Фаттаева Д., Холиков А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель исследования** - изучение эффективности препарата альтромбосепина на клинико-иммунологических особенностях течения одонтогенного гайморита.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач обследованы 66 больных с хроническим одонтогенным гайморитом (ХОГ) в возрасте от 24 до 50 лет, которых разделили на 2 группы: 1-ую группу составили 20 больных ХОГ, в которой не применялся препарат, было лечение стандарта ВОЗ (2016); 2-ую группу - 46 больных ХОГ (23 - легкой и 23 - средней степени тяжести) без установленной патологии внутренних органов.

**Результаты исследований** показывают значительный эффект в группе А у больных, по сравнению с группой без препарата. Цитологическим анализом определяли повышение количества нейтрофилов, моноцитов и относительного содержания Т-лимфоцитов, который коррелирует с уменьшением количества эпителиоподобных клеток в количественном составе жидкости верхнечелюстного синуса (ВЧП). Также нужно отметить значительную эффективность комплексных режимов терапии во 2-ой группе, это отражается в повышении активности факторов местной иммунной защиты. Эти маркеры косвенно демонстрируют уменьшение тяжести микробной контаминации ткани и воспалительного очага в пораженном участке верхнечелюстного синуса. Положительные цитологические

сдвиги параллельны улучшению клинических симптомов заболевания, увеличению респираторной проходимости, повышению толерантности к физической нагрузке и улучшению качества жизни больных.

Установили позитивную динамику клинических симптомов обострения в группе Алтромбосепин: неприятные ощущения и боль в носу и околоносовой области, головные боли (ГБ) у 15 пациентов; заложенность носа - ЗН у 25 пациентов; насморк (Нк) у 32 пациентов; прозрачные выделения из носа у 27 больных, также наблюдается боли в горле у 15, общая слабость у 44 и утомляемость у 45 больных. При проведении сравнительного анализа сдвигов в динамике терапии между группами определяется более значимые положительные показатели клинического тестирования в группе РТ+Ал, чем в группе ОТ+Ал ( $p < 0,05$  - достоверность различия с исходными показателями). Также определено, что улучшение клинической симптоматики поражений пародонтальной ткани и ВЧП параллельны с тяжестью, стажем респираторной патологии.

**Выводы.** При проведении терапии в комбинации препарата алтромбосепином у больных ХОГ, наблюдается соответственно: достоверное уменьшение АЧТВ на 5,7 и 4,3%, и увеличение  $V_{\max}$  на 8,6 и 6,1%, уровня Ig G на 10,6 и 8,1% и уровни физической активности больных на 16 и 14,2% ( $p < 0,05$ ).

### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИЗМЕНЧИВОСТИ КОСТНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

**Матмуратов Р.И., Бабаханов Г.К.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Цель исследования** – выявить наличие деформации костной части перегородки носа у детей и определить периоды роста и покоя ее параметров.

**Материалы и методы исследования.** Проведена краниометрия 24 детских черепов без половой принадлежности, формирующих краниологическую коллекцию кафедры анатомии, патологической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института (под руководством Исаевой Н.З.), относящихся к 3 различным возрастным периодам детства, I период – 4-7 лет ( $n=13$ ); II период – 8-12 лет ( $n=7$ ); III период – 13-16 лет ( $n=4$ ). Измерения на черепах производили малым толстотным циркулем, техническим штангенциркулем, металлической линейкой следующих структур полости носа: длина перегородки носа – расстояние от назоспинальной точки до хормиона ( $ns - h_0$ ); наличие девиации – расстояние от перегородки носа до срединной плоскости в правую или левую сторону.

**Результаты и их обсуждение.** Нами было выявлено, что длина перегородки носа с возрастом увеличивается неравномерно. В 4-7 и 13-16 лет (6,5; 5,9 и 14,3 %), длина ее увеличивается на 2,9 мм ( $47,7 \pm 0,8$  мм;  $p < 0,05$ ), в 4-7 лет – на 2,8 мм ( $50,5 \pm 1,2$  мм;  $p < 0,05$ ), в 13-16 лет – на 7,4 мм ( $59,0 \pm 3,0$  мм;  $p < 0,05$ ). В 8-12 лет рост замедляется ( $51,6 \pm 2,0$  мм;  $p > 0,05$ ). Обнаружено достоверное увеличение длины по сравнению с 4 до 16 лет, после 16 лет длина перегородки носа не увеличивается, сохраняя стабильные значения. В наших

исследованиях выявлено, что после 7 лет рост перегородки замедляется. Искривление перегородки носа характеризует анатомическое изменение ее строения и положения, вызывающие стойкое нарушение функции носа. Опираясь на литературные данные выявлено, что в раннем детстве перпендикулярная пластинка решетчатой кости растет быстрее, чем сошник и хрящ перегородки носа. Неравномерный рост отдельных структур перегородки носа приводит к различным ее деформациям в виде девиаций, шипов и гребней. Девиация перегородки нами определена в каждой возрастной группе, но частота ее встречаемости возрастала по мере роста ребенка. Самый высокий процент девиаций приходится на юношеский возраст (80%). В общей группе детских черепов левостороннее искривление перегородки носа встретилось в 17% случаев, правостороннее – в 14% и в 69% случаев перегородка не имела искривлений.

**Заключение.** Таким образом, рост перегородки носа происходит неравномерно: периоды интенсивного роста чередуются с периодами его замедления. Для длины перегородки носа определено два периода интенсивного роста – до 7 лет жизни ребенка и в 13-16 лет, для задней ее части один период – 8-12 лет. Другие возрастные периоды детства характеризуются замедлением роста перегородки носа, достигая к 16 годам наибольшей стабильности. В юношеском возрасте девиации носовой перегородки – максимальная частота встречаемости, с левосторонним преобладанием. Полученные краниометрические данные о росте и формировании перегородки носа у детей дают возможность рекомендовать их для разработки резекционных хирургических вмешательств оториноларингологами у детей старше 16 лет.

### ПАРАМЕТРЫ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Матмуродова М.Г., Изомиддинова М.К., Ахмеджанова Н.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** У пациентов с вторичным пиелонефритом сохраняется высокий риск развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и снижение качества жизни уже в детском возрасте.

**Целью исследования** явилось оценить влияние региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ) и витамина А на некоторые показатели парциальных функций почек при хроническом вторичном необструктивном пиелонефрите (ХВНПН) у детей.

**Материалы и методы.** Было обследовано 40 детей, больных ХВНПН в возрасте от 4 до 14 лет. Больные были условно разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 14 больных, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток, обычно ампициллин в/м, после получения результатов бактериологического исследования-антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя).

2-я группа – из 11 больных, которым антибиотики вводились лимфотропным способом, а 3-я – из 15 больных, получавших РЛАТ в комплексе с канефроном. Материалом для исследования функционального состояния почек (ФСП) служила периферическая кровь, взятая из локтевой вены и моча, взятая утром у больных на фоне обострения хронического рецидивирующего процесса и в период ремиссии. Функции почек оценивались по клиренсу эндогенного креатинина, осмолярности мочи, суточной экскреции оксалатов.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительная оценка показателей ФСП, проведённых после лечения, у детей с ХВНПН в зависимости от способа лечения показала различные изменения показателей парциальных функций почек. Так, у детей с ХВНПН, получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара уровень СКФ практически не изменялся ( $P_1 > 0,1$ ). Соответственно, не отмечалось повышения осмолярности мочи ( $P_1 < 0,1$ ). Традиционная терапия не оказывала влияния и на содержание оксалатурии ( $P_1 > 0,1$ ). Позитивных изменений суточного диуреза также не отмечалось ( $P_1 > 0,1$ ). Более положительные сдвиги в ФСП больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное повышение показателей клиренса по эндогенному креатинину ( $P_1 < 0,001$ ), осмолярности мочи ( $P_1 < 0,001$ ). Больные 3-й группы получали витамин А помимо РЛАТ. Мы наблюдали положительную динамику всех изучаемых показателей ФСП в этой группе.

Так, показатели клиренса по эндогенному креатинину, осмолярности мочи не только достоверно улучшились по отношению к соответствующим показателям до лечения и к показателям после общепринятого лечения ( $P_1 < 0,001$ ,  $P_2 < 0,001$ ), но и достигли уровня здоровых детей ( $P > 0,1$ ). В данной группе нами было также выявлено значительное улучшение показателей суточного диуреза ( $P_1 < 0,001$ ,  $P_2 < 0,01$ ), оксалатурии ( $P_1 < 0,001$ ,  $P_2 < 0,05$ ), которые также приблизились к нормативам после комплексного лечения ( $P > 0,1$ ).

Результаты наших исследований показали, что после проведения общепринятого лечения не отмечалось положительной динамики изучаемых показателей ФСП. Используя РЛАТ, мы выявляли достоверное улучшение всех изучаемых показателей ФСП, значительное снижение уровня оксалатурии.

**Заключение.** Наконец, используя комплекс РЛАТ и витамин А, удалось достичь наилучших результатов: восстановление ряда изучаемых показателей (суточного диуреза, оксалатурии) и значительное улучшение основных (СКФ, осмолярность мочи). Всё это позволяет предполагать высокую эффективность предложенных методов терапии при ХВНПН у детей (РЛАТ и РЛАТ + витамин А) в отношении ФСП.

**ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСНОЙ  
ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ  
ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С  
ВИРУСОМ SARS-COV2**

**Матрзаева Ш.Г., Ливерко И.В.**  
Ташкентская медицинская академия

**Цель работы** – проанализировать эффективность внутривенной озонотерапии у пациентов с длительным течением COVID-19, которые перенесли негоспитальную полисегментарную пневмонию, ассоциированную с вирусом SARS-CoV2.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 42 пациента в возрасте 41-82 года, которые на фоне длительного течения COVID-19 проходили реабилитацию после негоспитальной полисегментарной пневмонии, ассоциированной с вирусом SARS-CoV2. У пациентов оценивали субъективные (опрос по шкалам G. Borg, PCFS) и объективные (сатурация кислорода, С-реактивный белок, ферритин, D-димер, мочевины и креатинин, тест 6-минутной ходьбы) показатели в динамике. Все больные получали медикаментозное лечение, на фоне которого пациентам основной группы (n=21) проводили комбинированную внутривенную озонотерапию: введение 200 мл озонированного 0,9% раствора NaCl с концентрацией 20 мг/мл, через день чередовали с большой аутогемотерапией (100 мл озонированного 0,9% раствора NaCl с концентрацией 30 мг/мл, насыщенного 100 мл крови пациента), 10 процедур на курс лечения.

**Результаты.** Комплексный подход к лечению длительного течения COVID-19 и реабилитации больных после негоспитальной полисегментарной пневмонии, ассоциированной с вирусом SARS-CoV2, с использованием внутривенной озонотерапии показал достоверную эффективность по объективным и субъективным данным ( $p < 0,01$ ). Конечных точек исследования (отсутствие одышки, нормализация биохимических маркеров крови и уровня сатурации кислорода, восстановление толерантности к физическим нагрузкам) достигли вдвое больше пациентов основной группы (n=18), чем контрольной (n = 9).

**Выводы.** Использование комбинированной внутривенной озонотерапии (чередование введения озонированного физиологического раствора и озонированного физиологического раствора, насыщенного кровью пациента) в программе реабилитации больных после перенесённой негоспитальной полисегментарной пневмонии, ассоциированной с вирусом SARS-CoV2, является патогенетически обоснованным, эффективным и экономически выгодным дополнением комплексных методов восстановления состояния здоровья пациентов.

**СУБКЛЕТОЧНАЯ ЦИТОДИАГНОСТИКА КАРЦИНОМ ПОЛОСТИ РТА**

**Матсопоев Д.О., Дадамов А.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Новообразования полости рта – одна из актуальных проблем онкостоматологии. По данным разных источников карциномы полости рта составляют 3-4% от общего числа всех злокачественных новообразований. При этом опухоли данной локализации имеют особо агрессивное течение, характеризуются быстрым поражением регионарных лимфатических узлов, склонностью к частому рецидивированию. Термин «рак полости рта» охватывает все злокачественные новообразования, которые могут возникнуть в ротовой полости и в 90% случаев цитологически представлены плоскоклеточным раком с преимущественно лимфогенным метастазированием. Выполнено множество исследований по изучению этиологии рака полости рта, при этом особое внимание уделено экзогенным и эндогенным канцерогенным факторам.

Всемирная Федерация Стоматологов (FDI) признает рак полости рта одним из главных врагов здоровья человечества и связывает рост патологии с популяризацией курения, ростом употребления алкоголя, жеванием бетеля, рекламой нетрадиционных сексуальных отношений, приводящих к вирусному (в первую очередь HPV) поражению слизистых контактным путем. При клиническом обследовании больных важными являются сбор анамнеза, осмотр и пальпация заинтересованного участка и зон регионарного метастазирования. Исследования показывают, что рак на слизистой чаще возникает в нижней части ротовой полости, на вентральном и боковом участках языка, на мягком небе; т. е. в малодоступных для рутинного визуального осмотра участках.

Несмотря на значительный прогресс в методах диагностики опухолей, ранняя диагностика предрака и рака полости рта и сегодня сопряжена с определенными сложностями. Известно, что начальные стадии карцином полости рта в 50% случаев протекают бессимптомно, в результате чего уже при первом обращении больного к врачу часто констатируется 2-3 стадия болезни. Основной причиной обращения пациента к врачу, как сообщают многие источники, является боль в области возникшего образования. В целом, поздние стадии карцином полости рта при самом современном лечении имеют неудовлетворительный прогноз, а потому важно выявить патологию на самых ранних стадиях болезни, желательно на стадии предрака.. Просматривая отчеты онкологических клиник и диспансеров, предрак, как диагноз, в реестре заболеваний (диагнозов) практически не встречается. Анализ цитологического материала объясняет это сложно улавливаемыми различиями между злокачественными и предраковыми клетками, и такая точка зрения, не без основания, поддерживается экспертами ВОЗ. В онкологии принимается допущение, по которому, мягко говоря, диагностика новообразования не всегда является достоверной и в таких случаях предпочтение отдается злокачественному диагнозу. Однако в онкологии широко известно

словосочетание «рак без предрака не бывает».

Как показали наши клинические наблюдения, предраковое состояние следует рассматривать сравнительно благоприятным этапом для хирургического вмешательства с большими гарантиями на безрецидивный исход и выздоровление. Тем не менее, устранив причину, вызвавшую предрак, далеко не всегда удается остановить рост и малигнизацию. Определенные успехи в этом направлении за последние десятилетия сделаны в области онкогинекологии. Используя скрининговый подход, системный цитологический анализ позволяет выявить направленность количественных и качественных изменений в дифференцировке эпителиальных клеток. Цитологическое исследование процессов дифференцировки эпителиоцитов и характера экспрессии цитокератинов с учетом регионарной специфики эпителия для отдельных участков полости рта, имеет важное диагностическое значение. Нарушение этих процессов является признаком патологических изменений и чаще всего свидетельствует о начинающемся опухолевом росте.

**Цель** настоящего исследования: повысить достоверность цитологической диагностики новообразований полости рта. Материалы получены на базе клиник ТГСИ и Ташкентского областного онкологического диспансера. Постоянная регенерация слизистой оболочки полости рта обеспечивает его защиту благодаря постоянной замене и удалению «отработанных» клеток наружного слоя. Толщина эпителиального пласта в разных участках варьирует. Около 50% всей площади полости рта выстлано ороговевающим эпителием, 30% - неороговевающим и около 20% приходится на долю зубов.

**Полученные результаты.** Склонность к ороговению обнаруживается в отделах, испытывающих повышенную механическую нагрузку: в эпителии твердого нёба, десен. Неороговевающий эпителий характерен для выстилающей слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, на верхней поверхности языка. Эпителиальные клетки (кератиноциты) в норме образуют кератин в поверхностных слоях многослойного ороговевающего эпителия. Однако при различных экстремальных состояниях - при механическом, химическом воздействии, чрезмерном травмировании слизистой оболочки рта, кератин может появляться и в неороговевающем эпителии.

В многослойном плоском неороговевающем эпителии различают 4 слоя (и вида) клеток: базальные, парабазальные, промежуточные (шиповидные) и поверхностные (слой плоских клеток). Базальный слой представлен призматическими или кубическими клетками, располагающимися на базальной мембране и клетки представлены, как правило, в один ряд. В базальном слое локализуются стволовые эпителиальные клетки, способные к митотическому делению. За счет вновь образованных клеток, вступающих в дифференцировку, происходит смена эпителиоцитов вышележащих слоев эпителия. Промежуточный слой формирует основную массу многослойного плоского неороговевающего эпителия. Он состоит из 4-10 слоев шиповидных клеток (к старости количество слоев снижается до 3-4) округлой или полигональной формы, теряющих способность к митозу. Поверхностный слой образован

плоскими клетками, которые замещаются в процессе дифференцировки и клеточного обновления. Созревание клеток сопровождается их миграцией к поверхности эпителиального пласта.

Все, приведенные выше сведения по дифференцировке клеток многослойного плоского эпителия полости рта в норме, необходимы для грамотной трактовки и постановки достоверного заключения при описании цитологических препаратов с подозрением на карциному полости рта. В препарате могут присутствовать 3 вида клеток: парабазальные, промежуточные (шиповидные) и поверхностные (плоские). Однако количественное соотношение названных видов клеток на единицу площади препарата (подсчет ведется в 5-7 участках препарата) может свидетельствовать о напряжении механизма дифференцировки эпителиальных клеток. Так, появление в препарате большого количества промежуточных и, особенно, парабазальных клеток, будет свидетельствовать о нарушении процесса дифференцировки и истощении регенеративной способности базального слоя.

Окрашивание включает использование основного красителя - гематоксилина, окрашивающего клеточные структуры ярко-синим цветом (это базофильные структуры - нуклеиновые кислоты (ДНК и РНК), клеточные ядра, хроматин, рибосомы и богатые белком участки цитоплазмы), и спиртового кислого красителя эозина, окрашивающего эозинофильные структуры цитоплазмы красно-розовым.

Важным показателем функционального состояния клетки служит хроматин, а именно соотношение его форм в ядре. Он рассеян в нуклеоплазме ядра и является интерфазной формой существования хромосом (см. рисунок). Хроматин в конденсированном (сконцентрированном) состоянии хорошо окрашивается базофильными красителями (в онкологии это, как правило, гематоксилин и эозин) и выявляется при световой микроскопии в виде скопления гранул или глыбок.

Хроматин в неделящейся клетке соответствует хромосомам и состоит из комплекса белков, включая ДНК. При цитологическом описании препарата различают, как правило, два варианта состояния хроматина – эухроматин и гетерохроматин.

Эухроматин соответствует деспирализованным участкам хромосом, которые открыты для транскрипции и свидетельствуют об активном состоянии клетки в плане ее деления. Эти участки не окрашиваются и при световой микроскопии и оказываются невидимыми.

Гетерохроматин – соответствует конденсированным(спирализованным) состояниям хромосом, свидетельствуя о нахождении клетки в относительно спокойной (интерфазной) стадии, не стремящейся к делению, что больше характерно для «нормального» митоза. Такая клетка недоступна для транскрипции и свидетельствует о ее неактивном состоянии.

Одним из структур ядра интерфазной клетки является ядрышко (их может быть несколько). Ядрышко занимает одно из центральных мест в синтезе белка клеткой, отражает уровень функциональной активности клетки, как в

нормальных условиях, так и при экстремальных и патологических состояниях. Ряд авторов считают, что количество ядрышек может быть показателем скорости дифференцирования клетки. Отмечена высокая корреляция между объемом ядрышек в клетках и их митотической активностью. При угнетении синтеза РНК в клетке снижается количество ядрышек в ней, они уменьшаются в размерах и уплотняются.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что для достоверного цитологического заключения о характере роста опухоли необходимо установить не только количественное соотношение отдельных видов эпителиальных клеток в препарате, но и описать структурную характеристику хроматина (соотношение эухроматина к гетерохроматину), а также количество, размеры и консистенцию ядрышек в ядре клетки. Все перечисленные характеристики имеют прямое отношение к функциональному состоянию клетки, а завышенные их показатели будут свидетельствовать о переходе клетки на более высокий уровень энергообмена, что является характерным для злокачественного роста.

### **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ**

**Матчин А.А., Ткачев В.В., Лычагина А.А.**

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава России

[k\\_stomat@orgma.ru](mailto:k_stomat@orgma.ru)

Работа основана на анализе данных, представленные в статистических справочниках «Злокачественные новообразования в России» и на соответствующем сайте НМИЦ радиологии им. П.А.Герцена, а также Федерального статистического агентства (Росстат). Заболеваемость и смертность представлена в виде стандартизованных по мировому стандартному населению показателей на 100 000. Использовалась Международная классификация болезней десятого пересмотра.

В 2019 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований (в том числе 291 497 и 348 894 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2018 г. составил 2,5%.

«Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) на 100 000 населения России составил 436,0 (доверительный интервал 435,3-437,4), прирост за 10-летний период - 29,7%.

Аналогичная закономерность прослеживается при анализе заболеваемости ЗНО полости рта и глотки. «Грубый» показатель ЗНО полости рта (C01-09) и глотки (C10-13) на 100 000 населения России за период с 2011 по 2019 год увеличился с 8,4 до 10,8, что в абсолютных цифрах соответственно составило 12064 и 15793 человек с впервые в жизни установленным диагнозом рака (табл. 1).

Таблица 1

**Абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов злокачественного новообразования в России в 2009-2019 гг.**

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Мужчины</b>											
Полость рта	5236	5251	5469	5448	5728	6058	6268	6427	6459	6723	6537
Глотка	3929	3925	3782	4004	4057	4320	4658	4647	4666	4956	5003
<b>Женщины</b>											
Полость рта	1973	2106	2205	2231	2242	2370	2693	2826	2828	3016	3278
Глотка	642	644	608	645	657	712	749	784	852	863	975

Таблица 2

**Динамика показателей заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями в 2009-2019 гг.**

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Оба пола («грубые» показатели на 100 000 населения)</b>											
Полость рта	5,08	5,18	5,37	5,36	5,55	5,77	6,12	6,31	6,32	6,63	6,7
Глотка	3,22	3,22	3,07	3,25	3,28	3,44	3,69	3,70	3,76	3,96	4,08
<b>Оба пола (стандартизованные показатели на 100 000 населения, мировой стандарт)</b>											
Полость рта	3,45	3,49	3,52	3,49	3,59	3,67	3,86	3,96	3,95	4,11	4,12
Глотка	2,26	2,21	2,05	2,15	2,15	2,24	2,37	2,37	2,40	2,50	2,58

Вместе с тем, данные официальной статистики свидетельствуют, что около 70% больных раком органов полости рта и глотки в России начинают лечение при наличии местнораспространенных поражений (табл.3).

Таблица 3

**Количество больных с впервые установленным диагнозом рак полости рта и глотки в I-II, III и IV стадиях заболевания, %**

Годы	Стадии		
	I-II	III	IV
2011	26,4	39,3	33,8
2015	27,8	34,8	36,5
2020	26,2	29,5	42,1

В сложившейся ситуации единственным вариантом радикального пособия у этой категории больных является проведение комбинированного либо комплексного лечения, основным этапом которого является

хирургическое вмешательство, при этом стойкого излечения можно добиться лишь при выполнении исключительно трудоемких расширенно-комбинированных операций. Однако даже такие оперативные вмешательства порой оказываются нерадикальными.

После выполнения расширенно-комбинированных операций при местнораспространенных опухолях органов полости рта и глотки у больных нарушаются артикуляция челюсти, слюноотделение, затрудняется жевание, формирование пищевого комка, глотание. Возникают дефекты и деформации челюстно-лицевой области, погрешности звукопроизношения, речевой ритмики. В связи со всем вышеперечисленным затрудняется акустическое восприятие речи пациента. У пациентов изменяется привычный образ жизни, меняется мотивация, ценностные ориентации и, наряду с проблемой «как долго прожил больной после лечения», возникает новая проблема – «как он прожил эти годы».

У радикально прооперированных больных имеется очевидная необходимость проведения коррекций возникших нарушений с помощью сложного комплекса реабилитационных мероприятий, проведение которых позволяет ускорить ресоциализацию больных в семье и обществе. Поэтому медицинская и социальная реабилитация больных, перенесших обширное хирургическое вмешательство, должны быть составной частью лечения онкологического пациента. Данные литературы и наши многолетние наблюдения свидетельствуют, что программа реабилитационных мероприятий должна разрабатываться индивидуально для каждого больного в зависимости от метода лечения, объема оперативного вмешательства, состояния психики, возраста, трудовой направленности. По нашему мнению, комплекс средств для восстановительной терапии должен включать: лечебную физкультуру, гидрокинезотерапию, психотерапию, медикаментозное лечение, рациональное диетическое питание, климатотерапия.

Таким образом, изучение динамики заболеваемости ЗНО позволяет оценить эффективность противораковой борьбы, что в определенной степени может способствовать улучшению демографической ситуации в России. Однако снижение смертности от ЗНО может быть достигнуто лишь в результате выполнения комплексной научно обоснованной целевой программы, включающей первичную профилактику, скрининг, лечение и реабилитацию онкологических больных.

### **ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Махкамов З.Х., Эшбадалов Х.Ю.**

Андижанский государственный медицинский институт

Переломы нижней челюсти составляют свыше 70% от общего числа переломов и повреждений костей лицевого скелета. В 85-90% случаев их лечение сопровождается иммобилизацией отломков ортопедическими

методами, при которых ухудшаются процессы микроциркуляции в тканях пародонта, отсутствует функциональная нагрузка, затрудняется очистка полости рта, появляются обильные зубные отложения. Все эти факторы неблагоприятно влияют на ткани пародонта и процессы заживления костной ткани.

В динамике обследовано 60 больных с переломами нижней челюсти. Проведено сравнительное исследование этих больных с аналогичной возрастной группой лиц (40 человек), являющийся контролем. При этом были использованы клинико-рент-генологические методы, изучена микроциркуляция тканей пародонта и проведено микробиологическое исследование.

У больных с переломами нижней челюсти в период ношения шин и после их снятия в 3 раза чаще проявляется гиперемия и отек тканей десны, более чем в 2 раза увеличивается кровоточивость и гноетечение из зубодесневых карманов. У 7% больных появляется временная расшатанность зубов. Обильные зубные отложения зарегистрированы у 100% больных, а в контрольной группе - у 48%. Наряду с этим индекс РМА увеличивается на 0,5 ед., средняя глубина зубодесневых карманов - на 0,4 мм, а индекс гигиены полости рта возрастает на 50%. Значительно уменьшается стойкость капилляров десны, появляются гингивиты и пародонтиты, а при наличии стадии пародонтоза отмечаются его обострения.

Микробиологическое исследование показало, что в период иммобилизации отломков шинированием челюстей из полости рта исчезают некоторые сапрофитные микроорганизмы, а количество других микроорганизмов, активно поддерживающих патологические процессы в пародонте (гемолитические стрептококки, дрожжевые грибы, кишечная палочка и др.), значительно возрастает (в 2-3 раза), появляются золотистые стафилококки и катаральные микрококки. Все вышеперечисленные материалы свидетельствуют о необходимости проведения специальных лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента больных. С этой целью разработаны и апробированы гигиенические средства (зубная паста и полоскание) с повышенными очищающими и лечебными свойствами, а также мероприятия, способствующие улучшению микроциркуляции тканей пародонта. Применение комплекса указанных мероприятий приводит к снижению осложненных форм переломов нижней челюсти, благоприятно влияет на процессы регенерации костной ткани, способствует предупреждению заболеваний пародонта

**ПОНЯТИЕ О ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ СЕГМЕНТАХ. ПРИКУС:  
РАЗНОВИДНОСТИ, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ  
Махамов К.Р., Муродов Ш.О., Назарова М.Х.,  
Солеева Ш.А., Хайдарова Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель** - разбор общего понятия о зубочелюстных сегментах, частное

изучение каждого сегмента. Изучение прикуса, аномалий развития, разновидности и клиническое значение.

Зубы человека являются составной частью жевательно-речевого аппарата - комплекс органов, объединенных анатомически и выполняющих ряд важнейших для организма функций: пищеварения, дыхания, образования голоса, речи и др.

Зубочелюстной сегмент. В жевательно-речевой аппарат входят: зубочелюстной сегмент - участок челюсти с принадлежащим ему зубом (с периодонтом). Выделяют зубочелюстные сегменты верхней и нижней челюстей. В зубочелюстной сегмент входят: зуб, зубная альвеола, прилежащая к ней часть челюсти, покрытая слизистой оболочкой; связочный аппарат, фиксирующий зуб в альвеоле; сосуды и нервы.

Различают 4 вида сегментов нижней челюсти :

1. Резцово-челюстной сегмент. При узкой и длинной нижней челюсти вытянуты по высоте ее тела. Толщина наружной компактной пластинки на середине высоты сегмента 2 мм, внутренней 2,5 мм. Костные балки устремлены по высоте сегмента от стенок лунки, ограничивая ячейки овальной формы размером 1-2 мм. В случае короткой и широкой нижней челюсти сегменты короткие с расширенным основанием. Толщина наружной лунки 1,5 мм, внутренней 2 мм. Губчатое вещество характеризуется тонкими короткими костными балками, ограничивающими ячейки округлой формы, размером 1-1,5 мм.

2. Клыково-челюстной сегмент. При длинной и узкой челюсти имеют прямоугольную форму, Толщина наружной стенки лунки сегмента 1,5 мм, внутренней 3 мм. При широкой и короткой нижней челюсти сегменты короче и имеют более тонкие стенки. В губчатом веществе можно выделить группу балок, которая, начинаясь от нижней стенки сегмента, направляется к вершине лунки.

3. Премоляро-челюстной сегмент. Имеет прямоугольную форму при узкой и длинной челюсти. Толщина наружной и внутренней стенок лунок 2 мм. При короткой и широкой челюсти форма сегментов близка к овальной, толщина компактного вещества несколько меньше, чем при узкой и длинной челюсти.

4. Моляро-челюстной сегмент. В случае узкой и длинной челюсти 1-й и 2-й сегменты имеют неправильную округлую форму, а 3-й сегмент треугольную форму. Толщина компактного вещества наружной стенки лунки 3,5 мм, внутренней 1,5-2 мм. Губчатое вещество характеризуется крупноячеистым строением, толщина десны до 6 мм.

Прикус – взаимоотношение зубных рядов при плотном и полном смыкании зубов верхней и нижней челюстей. Вид прикуса определяется характером смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии.

Различают временный (сменный) и постоянный прикус, а также физиологический и патологический. В норме промежутков между зубами в зубных рядах быть не должно. Зубная дуга в норме имеет также свою форму: на

верхней челюсти она в виде полуэллипса, а на нижней в виде параболы.

Разновидности: Ортогнатический прикус - такой вид прикуса (ортогнатия) является «эталонным». Он характеризуется тем, что верхняя зубная дуга на всем своем протяжении перекрывает нижнюю, а в передней части резцы верхней челюсти перекрывают нижние, но не более чем на треть высоты его коронки.

Прогенический прикус – характеризуется обратными соотношениями т.е. нижние резцы слегка выступают вперед по отношению к верхним резцам, касаясь при этом своей язычной поверхностью губной поверхности верхних резцов.

Прямой прикус(ортогения) – отличается тем, что режущие края верхних и нижних резцов соприкасаются один с другим. Такой прикус называют ещё щипцеобразным, labiodontia (labis, греч.-щипцы).

Бипрогнатический прикус - характеризуется наклоном вперед как верхних так и нижних зубов, однако прикус сохраняется нормальным, так как верхние зубы слегка перекрывают нижние. Такой прикус наблюдается чаще у женщин.

Различают следующие виды неправильного прикуса:

Дистальный прикус: отмечается чрезмерное развитие верхней челюсти либо недоразвитие нижней челюсти. Мезиальный прикус, опистодонтия, дистопия стегодонтия, глубокий прикус, открытый прикус, перекрестный прикус,

**Вывод:** При неправильном формировании прикуса, нужно обязательно обратиться к стоматологу-ортопеду и проконсультироваться с врачом. Также при прорезывании зубов у младенца нужно наблюдать, чтобы ребенок не совал пальцы в рот – это приводит к неправильному формированию прикуса.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

**Махкамова Ф.Т., Ходжаева Ф.Х.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одонтогенные инфекции на протяжении XX века были одним из наиболее распространённых заболеваний головы и шеи, ассоциированных с достаточно высокой частотой тяжёлых осложнений и уровнем смертности (до 10-40% по данным разных авторов). С появлением антибиотиков и разработкой современных методов лечения уровень летальных исходов постепенно снижался.

**Цель исследования** - разработать и оптимизировать методы диагностики гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной цели в нашей работе было проведено клиничко-лабораторное обследование 37 детей

(17 мальчиков - 46% и 20 девочек - 54%) в возрасте от 5 до 11 лет, которые методом случайной выборки на основании критериев включения, исключения и невключения были рандомизированы на 2 группы: А – с традиционным лечением (18 детей), Б – с использованием фотодинамического воздействия для периоперационной и постоперационной обработки раны (12 детей). Обследование включало: лазернофлюоресцентную спектроскопию, которая позволила обосновать экспресстест подбора антибиотиков и антисептиков для лечения одонтогенной инфекции («Спектролюкс», РФ), и автоматизированное культивирование микробных культур с разными концентрациями антимикробных препаратов в биореакторе «Реверс-Спиннер RTS-1» (BioSan, Латвия). Применение экспресс-методов подбора антибиотика позволило построить алгоритм выбора предпочтительной схемы применения антибактериальных препаратов первого выбора (амоксциллин/клавуланат натрия, цефтриаксон + метронидазол, гентамицин+линкомицин) и резерва (доксциклин, фторхинолоны, макролиды).

**Результаты исследования.** Проанализировав одонтогенную причину развития гнойных процессов ЧЛЮ у больных, мы установили, что в 87,6% случаев ею явились большие коренные зубы нижней челюсти, преимущественно правые; малые коренные зубы – в 3,6% случаев, в 5,6% – верхние большие коренные; в 2,1% – малые коренные; резцы и клыки в 1,1% случаев. Локализация гнойного процесса была разнообразной: наиболее часто поражались крыловиднонижнечелюстное (23,7%) и окологлоточное (21,5%) пространство в сочетании с поднижнечелюстным и другими клетчаточными областями, так как, флегмоны дна полости рта диагностированы у 11,6% больных, крыловидно-небной и подвисочной ямки – у 9,8%, в сочетании с височной областью – у 13,3% больных. В остальных случаях (20,1%) флегмоны локализовались в подподбородочной, щечной, поднижнечелюстной областях, у 1 больного – в переднем отделе орбиты и подглазничной области. Одонтогенная природа флегмон и абсцессов подтверждалась данными микробиологического исследования гнойного экссудата. Среди выделенных микроорганизмов, 22,43% составляли различные виды стрептококков (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. mitis*, *S. milleri*, *S. gr.viridans* и т.д.), 23,48% - стафилококки (коагулазопозитивные *S. aureus* – 9,86%, коагулазонегативные - 13,62%), частота выделения метициллинрезистентных стафилококков (MRSA и MRSE) составила 14,78%. На долю облигатных анаэробов (пептострептококки, зубактерии, пептококки, фузобактерии, вейлонеллы, пропионобактерии, превотеллы и др.) приходилось 35,42%. *Ps. aeruginosa*, *Acinetobacter sp.*, другие псевдомонады и энтеробактерии (клебсиеллы и сerratии) (группа грамотрицательных бактерий - ГОБ) в структуре микрофлоры раневого отделяемого составляли относительно низкую долю - 7,8%. Представители актиномицетной линии и коринеформные бактерии выделялись из патологических очагов довольно редко – 3,3%. Частота выделения грибов до проведения лечебных мероприятий также была низкой – 2,02%.

**Выводы.** Таким образом, применение новых методов определения

чувствительности микробов к антибиотикам позволило провести успешное лечение у детей группы Б (98%,  $p < 0,05$ ).

## НЕВРОТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

Махмудова Д.А., Муродова О.К., Уролова Д.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Невротическое развитие - это промежуточные клинические формы между неврозами и психопатиями и в их проявлениях находят отражение как признаки невроза (парциальность расстройств, критическое к ним отношение), так и психопатии.

При развитии невроза наблюдается следующая динамика: невротические реакции – преневротические состояния – невроз – невротическое развитие личности. Невротические реакции обычно наблюдаются у людей, у которых с раннего детства отмечались признаки невропатии: беспокойный сон, плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, ночные страхи, ночной энурез, заикание и т.п. Типичными чертами являются также повышенная утомляемость, раздражительность и ипохондричность.

**Цель исследования** - изучение как формируется невротическое развитие личности.

**Материалы и методы.** Преневротические состояния характеризуются быстро переходящими аффективными, фобическими и вегетативными проявлениями. Отмечаются нестойкие страхи, истощаемость, трудность сосредоточиться, нежелание работать, появление раздражительности при необходимости продолжать работу, обидчивость, плаксивость. Появляются суетливость, неприятные ощущения при необходимости выполнять мелкие и точные движения и при необходимости долго сохранять неподвижность, утрачивается быстрота и ловкость.

**Результаты и обсуждение.** Наблюдается потливость, сердцебиение, повышенная чувствительность к колебаниям температуры, яркому свету и громким звукам, исчезает аппетит, возможны переходящие колебания давления. Утомление нарастает к вечеру, не исчезает после отдыха, сохраняется и после ночного сна. Сон глубокий и продолжительный, днем наблюдается сонливость. Утром беспокоят головные боли, они рассеиваются с началом работы и возобновляются после полудня. Симптомы ослабевают после 2-3 дней отдыха и исчезают после 2-3-недельного отдыха.

В случае неблагоприятного исхода ситуации формируется невроз. Его клиническая картина складывается из двух слоев.

1. Первый слой – невротические симптомы. Это расстройства поведения, чувств или мышления, защищающие от осознания истинных причин тревоги (первичная выгода от невроза). Симптомы могут обеспечивать сочувствие к больному человеку (вторичная выгода от невроза).

2. Второй слой – невротический характер. Это означает неспособность к установлению хороших отношений с другими людьми, а также собственного

внутреннего равновесия. Невротической личности свойственны тревожные проявления, повышенная внушаемость, склонность к фантазиям и чрезмерным вегетативным реакциям.

Невротический характер представляет собой как минимум 3-этажное строение по типу «и хочется, и колется, и мамка не велит». Может быть и 4-й этаж: «И чтоб никто не догадался». И 5-й: «Да не очень-то и хотелось. И вообще не в этом дело». В такой «хрущевке» тайно, как нашедшие приют бомжи, живут: соблазны и требования реальной ситуации; моральные запреты; «замаскированные» проявления, отражающие запретные, сексуальные и агрессивные влечения; защиты от страха наказания за такие влечения; отчаянный поиск поддержки или отрицание потребности в ней.

**Заключение.** У взрослого человека могут сохраняться инфантильные черты, соответствующие возрасту, в котором была пережита психотравма. Задержка эмоционального развития личности проявляется в эмоциональной лабильности, преобладании эмоциональной оценки ситуации над интеллектуальной, плохо контролируемом реагировании. Результатом задержки формирования на мыслительном этапе становится склонность к рассуждательству, отвлеченности, нерешительности и сомнениям. Недостаточная зрелость личности, тугоподвижность и косность установок, неспособность сформировать новую жизненную позицию мешают адекватно оценить ситуацию. Человек вновь и вновь наступает на те же грабли.

В терапии на меня всегда переносятся невротические отношения с близкими людьми из детства. Невротик вначале верит в меня, как ребенок во всемогущество и самоотверженную любовь родителей. Эти инфантильные ожидания не оправдываются, и тогда оживляются детские разочарования и обиды. Симптомы усиливаются «из-за плохого терапевта», и я должен искупить свою вину. Агрессия, которая с родителей была перенаправлена на себя, направляется на меня.

Многие с самого начала демонизируют своих родителей: все плохое в жизни из-за них. Психологи автоматически становятся для них родительской фигурой и громоотводом для заряженного эмоционального комплекса. В возбуждении спора всплывает осадок, долго таившийся в душе пациента, и после разрядки остаются как бы обессточенные представления, которые легче пересмотреть. Прежде всего надо понять, какую заблокированную потребность удовлетворяет невротический симптом, как было бы без этого симптома. При успешном раскрытии неосознанного материала забытые детские травмы вспоминаются и по-взрослому переосмысливаются.

Вместе со мной пациент вскрывает свои внутренние конфликты, пересматривает прошлое, прогнозирует будущее, делает осознанные выборы, планирует работу над собой, находит ресурсы в себе и взаимоотношениях, начинает тренировать недостающие навыки, отслеживает положительные изменения, формирует новые вкусы и ценности, организует новые значимые отношения. В процессе терапии он пересматривает смысл своей жизни и находит его не только в получении удовольствий и избегании неприятностей,

но и в устройстве прочной семьи и в передаче всего лучшего в себе детям. Некоторые идут дальше: обнаруживают в себе скрытые таланты, меняют наскучившую работу на творческую профессию.

## **ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Махмудова М.Х., Умаров Б.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Правильное питание чрезвычайно важно для здоровья, особенно в то время, когда резервы иммунной системы необходимы для борьбы с инфекцией. Ограниченная доступность свежих продуктов может сократить возможности для полезного и разнообразного питания. Кроме того, результатом такого ограничения может стать рост потребления продуктов, прошедших технологическую обработку, зачастую характеризующихся повышенным содержанием жиров, сахара и соли. Однако даже если количество и выбор ингредиентов ограничены, можно продолжать питаться с пользой для здоровья.

Для поддержания оптимального состояния здоровья важно сохранять физическую активность. Чтобы, оставаясь дома в период карантина, здоровые люди могли сохранять необходимый уровень физической активности, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало методические рекомендации, где предлагаются полезные советы и примеры упражнений, которые можно выполнять в условиях ограниченного пространства.

Ешьте небольшими порциями. «Если после болезни сохраняется усталость, ешьте небольшими порциями и чаще. Хоть что-то каждые два часа, - советует реабилитолог. - Первое время рекомендуется мягкая, и даже жидкая пища, чтобы еда и питье не отнимали силы. Это рекомендуется всем, а не только тем, у кого плохо с зубами. Также можно нарезать еду на мелкие кусочки или измельчить ее с помощью блендера».

И обязательно обильное питье, за исключением алкогольных напитков. Пейте просто воду, минеральную воду, ягодные отвары, компоты, морсы, овощные и фруктовые соки, уточнила врач.

Лимоны, клюква гранат. Нужно помнить, что после перенесенного коронавируса повышается свертываемость крови, повреждается внутренняя оболочка сосудов. Именно поэтому назначаются препараты-коагулянты на один месяц. Но помочь может и питание.

Добавляйте в меню цитрусовые (лимоны, апельсины - в них много аскорбиновой кислоты и витамина К, играющего огромную роль в обмене веществ). Хорош гранат (в его составе аскорбиновая кислота, витамины Р и В6, ряд полезных аминокислот). Отлично подойдут морсы из клюквы, брусники, смородины, калины.

Как раз сейчас наступил овощной сезон. Поэтому налегаем на овощи, и особенно на кабачки, морковь, капусту. Из фруктов идеально подойдут те, которые выросли в вашем регионе. В готовые блюда полезно добавлять черный перец.

Сливочным маслом - не увлекайтесь. Вот перечень продуктов, которые необходимы организму в период восстановления: специальные белковые смеси, яйцо, супы на мясных и рыбных бульонах, печень говяжья, молоко и кисломолочные продукты, творог и твердые сорта сыра, крупы (гречневая, овсяная, пшеничная, ячневая, рис), овощи и фрукты.

Из хлеба предпочтительней цельнозерновой. Можно добавлять в блюда отруби. А вот что касается сливочного масла и нерафинированного подсолнечного - то на первых порах ими лучше не увлекаться. Употреблять, но в умеренных количествах.

Курить придется бросить. Если у кого-то лишний вес, то нужно задуматься о его целесообразности. Но именно сейчас активно сбрасывать ненужные килограммы не стоит, организм и без того в стрессе после болезни.

Однако скорректировать питание за счет отказа от сладостей и мучного определенно стоит.

Если курите - постарайтесь бросить. Курение увеличивает риск тромбоза после коронавируса.

Хорошо бы на море. Хороший вариант - длительная поездка на море. Но если оно находится далеко от вас, то такую поездку рекомендуется совершить не раньше, чем через месяц после болезни.

Вообще любой отдых на природе, прогулки по лесу, особенно сосновому, будет на пользу. И не забывайте о посильных физических нагрузках.

Больше читайте. Многие переболевшие жалуются на проблемы с памятью и увеличение скорости принятия решений. Да, это известное последствие коронавируса, но с ним можно справиться. Мозг придется тренировать дополнительно.

Первое. Вспомните детство и начинайте учить наизусть стихи. Второе. Больше читайте, старайтесь (хотя бы сами себе) пересказать прочитанное. Третье.

Разгадывайте кроссворды, даже сложные, ради ответов на которые придется заглянуть в энциклопедии.

**НОН МАҲСУЛОТЛАРИНИНГ ИНСОН ОРГАНИЗМИ УЧУН  
АҲАМИЯТИ, САҚЛАШ ВА ТАШИШГА ҚЎЙИЛАДИГАН  
САНИТАРИЯ ТАЛАБЛАРИ  
Махмудова М.Х., Умаров Б.А.**

Тошкент давлат стоматология институти

Инсон организми учун нонни аҳамияти жудаям катта, айниқса бизни мамлакатимизда нон севиб истеъмол қилинади. Нон (250-300 гр), йирик тортилган (қора ёки 2-навли) ун маҳсулотлари (50 г), ёрмалар (50-80 г) ва картошка (150-200 г) ҳар куни истеъмол қилиниши лозим. 100 грамм олий навли унда углеводлар 76,2 г, ёғлар 1,48 г, оксил 9,71 г, сув 12,01 граммни ташкил қилади, бундан ташқари ун таркибида шакар, витаминлар В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, РР, А, Е, ферментлар бор.

Нон ишлаб чиқариш жараёни эпидемиологик жиҳатдан қониқарли озик-овқат корхоналарига кириб, тез айнамайдиган маҳсулотлар ишлаб чиқаради. Нон ишлаб чиқариш корхоналарига нон комбинатлари, нон заводлари, нонвойхоналар киради (СанҚМ 0257-08 “Нон, нон маҳсулотлари ва қандолат маҳсулотларини ишлаб чиқаришга ва ташишга қўйиладиган гигиеник талаблар” асосида нон ва нон маҳсулотлари ишлаб чиқарилади).

Нон ишлаб чиқарувчи корхоналарнинг асосий вазифаси аҳолини сифатли нон билан таъминлаш. Нон ишлаб чиқаришда қуйидаги назорат муҳим ҳисобланади:

- хом-ашё сифати;
- технологик жараён;
- нон пиширишда температура шароитларига риоя қилиш;
- нонни сақлаш шароити, ташиш ва тарқатиш.

Нон тайёрлаш учун ишлатиладиган уннинг сифати стандартлар талабига жавоб бериши керак.

Нон, булка маҳсулотларининг рецептурасига мувофиқ ҳар хил унлар танланади.

Унни сақлашга асосий эътиборни қаратиш керак, у халталарда қатор оралиғи 75 см холатида сақланиши керак. Девордан стеллажларгача бўлган масофа 50 см, полдан 15 см бўлиши зарур. Унни сақлаш ҳаво ҳарорати 10-12°C дан кўп бўлмаслиги ва нисбий намлик 75% ли шароитда бўлиши керак.

Қолипли нон пишириш учун металл формалар қўлланилиб уларга хамир солишдан олдин ёғланади.

Нонни тайёрлаш 3- босқичдан иборат: хамир тайёрлаш, хамирни ошириш, нонни ёпиш. Нонни сақлаш ва экспедиция хоналарида ҳаво алмашинуви етарли бўлиши керак. Бу босқичда микроорганизмлар таъсирида ривожланадиган нондаги ўзгаришларни олдини олиш чора-тадбирлари алоҳида аҳамиятга эга. Тайёрлаш учун ишлатиладиган ун ва нонни картошка касаллигини чақирувчи спораларни *Vmesentericus* тутиши мумкин бўлганлиги сабабли нонда картошка касаллигини юзага келиши ҳам эҳтимолдан ҳоли эмас. Бу касалликни олдини олиш мақсадида нонни тез совитиш тавсия этилади. Нон яна пигмент ҳосил қилувчи бактериялар билан ҳам зарарланиши мумкин (нон қизил рангдаги шиллик доғлар билан қопланади ва у истеъмол учун яроқсиздир).

Нон маҳсулотларини ташиш учун махсус транспорт ажратилган бўлиб, у қуйидаги талабларга жавоб бериши керак:

- тоза ва кузовларини ювишга осон материал билан қопланган бўлиши;
- температура-намлик режими шароитларига риоя қилиши;
- тез бузилувчи маҳсулотлар ташиш шароитлари.

Маҳсулотларни ташиш учун фойдаланиладиган транспортнинг санитария паспорти бўлиши керак: (Озик-овқат маҳсулотларини ташувчи автотранспорт воситаларига “Санитария паспорти”ни бериш тартиби тўғрисида Йўриқнома №012-3/0116-сон билан Республика Бош Давлат санитария врачлари томонидан 2008 йил 22 феврал куни тасдиқланган.) ҳайдовчи-экспедитор ёки экспедитор ўзи билан тиббий китобчани олиб юриши, шахсий гигиена қоидаларига риоя

қилиши керак.

Савдо корхоналари учун санитар меъёр ва қоидалар талабларига асосан нон ва нон-булка маҳсулотлари ташиш учун ёпиқ автомашиналарда бўлиб, улар полкалар билан жиҳозланган бўлиши керак.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ (ППШ) ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ**

**Махмудова У.Б.**

Самаркандский государственный медицинский университет  
[makhmudova.ugiloy@gmail.com](mailto: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%).

## АНАЛИЗ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Махсумова И.Ш., Рискулова З.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Zilola1211@yandex.ru](mailto:Zilola1211@yandex.ru)

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

**Цель работы** - выявить частоту встречаемости различных кариесогенных факторов у детей раннего и дошкольного возрастов.

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

**Результаты исследования.** 83,4% опрошенных чистили зубы два раза в день, в то время как 10,8% - один раз в день вечером, 5,8% опрошенных вообще не чистили зубы. Средний возраст начала чистки зубов составил 1,1 год. В среднем время чистки зубов занимало 1-2 мин. В 94% случаев родители помогали детям проводить гигиену полости рта, в то время как 6,0 % детей раннего и дошкольного возрастов чистили зубы самостоятельно. Для гигиены полости рта 89,7% родителей покупали своим детям пасты, без содержания фторида. Среднее значение КПУ составило 2,4, уровень гигиены-неудовлетворительное. Грудное вскармливание у опрошенных детей, в среднем, продолжалось до 1,3 лет. 37,1% ответили, что ночное вскармливание проводилось в течение всей ночи, 37,2% не кормили по ночам, 20% кормили за всю ночь всего 1 раз, 5,7% кормили 2 раза за ночь. 68,57% часто ели сладости (конфеты 45%, сладкий чай - 34,3%) 17,35% опрошенных пили сладкие соки и компоты. Первое посещение стоматолога в среднем происходило в возрасте 3,3 года: 68,57% - с лечебной целью, 31,5% - с целью первичного осмотра.

**Вывод.** Проведенное анкетирование родителей детей раннего и дошкольного возрастов выявило большое количество кариесогенных факторов полости рта, что позволило сформулировать индивидуальный план лечения и

профилактики кариеса в каждом клиническом случае.

**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ НА  
ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Маъруфбеков Д.Д., Абдуллаев Д.Ш., Нарзиев М.А., Холназаров Ф.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[mirshodbek1717@mail.ru](mailto:mirshodbek1717@mail.ru)

**Актуальность.** На сегодняшний день остается актуальной проблема повышения эффективности имплантологического лечения пациентов с остеопорозом (ОП). Уменьшение объема костной ткани челюстей при ОП и нарушение ее микроархитектоники приводит к снижению репаративных процессов в зоне хирургического вмешательства (Козлова М.В., Панин А.М., Мкртумян А.М., 2008). М.В.Гунько установил, что у больных остеопорозом долгосрочная приживаемость дентальных имплантатов составляет до 66%, а у пациентов без системного нарушения костного ремоделирования – до 95%. Возрастной гипогонадизм является одной из причин развития ОП. Андрогены и эстрогены играют важную роль в костном обмене: напрямую – регулируя активность остеогенных клеток, опосредованно – через метаболизм гормона D. При дефиците половых стероидов отмечается преобладание фазы резорбции костной ткани над ее синтезом (Беневоленская Л.И., Лесняк О.М., 2005; Дедов И.И., 2006; Сметник В.П., Бурдули А.Г., 2011). В настоящее время препаратами первой линии при лечении ОП остаются бисфосфонаты (БФ), которые с 1990 г. демонстрируют свою высокую эффективность. Основным фармакологическим эффектом БФ является снижение скорости костного ремоделирования с угнетением фазы резорбции (Bone H.G. и соавт., 2004; Руденко Э.В. и соавт., 2011). Однако антирезорбтивная активность отдельных препаратов этой группы существенно варьирует, что связано с особенностями их химической структуры. Необходимо отметить, что в клинической практике хирургаимплантолога на этапе планирования оперативного вмешательства комплексное обследование пациента проводится сравнительно редко. Однако следует учитывать высокую распространенность ОП среди населения, связанные с ним серьезные осложнения – переломы позвоночника, шейки бедра и других зон скелета, а также риск развития осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде при стоматологических хирургических вмешательствах.

**Цель исследования** - повышение эффективности дентальной имплантации у пациентов с остеопорозом.

**Материал и методы.** На обследовании находились 50 человек (25 женщин, 25 мужчин) в возрасте от 54 до 65 лет с концевыми дефектами зубных рядов на верхней челюсти и остеопорозом при возрастном гипогонадизме, обратившихся на кафедру хирургии полости рта для дентальной имплантации. Микроархитектонику костной ткани изучали по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). В зависимости от назначенной

комплексной антиостеопоретической терапии ввиду того, что антирезорбтивная активность ибадроновой кислоты в 10 раз выше алендроната, пациенты с остеопорозом были разделены на группы: - 1-я группа - 20 человек (10 женщин, 10 мужчин), принимающие алендронат по 1 таблетке (10 мг) ежедневно и препараты кальция и витамина D<sub>3</sub>-форте по 2 жевательные таблетки в сутки (1000 мг/800 МЕ); - 2-я группа - 20 пациентов (10 женщин, 10 мужчин), находящиеся на препарате ибандронат по 1 таблетке (150 мг) 1 раз в месяц с препаратами кальция и витамина D<sub>3</sub>-форте по 2 жевательные таблетки ежедневно (1000 мг/800 МЕ); - 3-я группа - 10 человек (5 мужчин, 5 женщин) без остеопороза для определения нормы. О состоянии костного обмена судили по показателям в крови утром натощак общего и ионизированного кальция, кальцийрегулирующих гормонов (паратгормон - ПТГ, кальцитонин - КАТ), маркеров костного метаболизма ( $\beta$  Cross Laps, остеокальцин). Андрогенный статус оценивали по содержанию в крови утром натощак общего тестостерона.

**Результаты.** У всех обследуемых по результатам КЛКТ высота и ширина альвеолярного отростка верхней челюсти была достаточна для установки дентальных имплантатов. У пациентов контрольной группы на компьютерных томограммах визуализировались вестибулярные и небные кортикальные пластинки, трабекулярный пакет полностью сохранен на всем протяжении, отмечались широкие трабекулы, взаимосвязанные между собой. Анализы крови на костный обмен были в пределах возрастной нормы. Однако у пациентов 1-й и 2-й групп при сохраненном объеме костной ткани альвеолярного отростка было выявлено нарушение ее микроархитектоники: визуализировалось истончение кортикальных пластинок, в губчатой кости определялись несвязанные между собой, узкие костные трабекулы, вплоть до их отсутствия на некоторых участках, появление феномена свободных трабекул. В анализах крови содержание ПТГ составило  $67,1 \pm 0,7$  пг/мл ( $p \leq 0,05$ ), что в 1,3 раза выше нормальных значений, определялось снижение концентрации кальцитонина до  $1,9 \pm 0,08$  нг/л ( $p \leq 0,01$ ), с незначительным повышением содержания маркера костной резорбции  $\beta$  Cross-Laps до  $0,8 \pm 0,3$  нг/мл ( $p \leq 0,01$ ), при нормальных значениях кальция и остеокальцина. В течение 3-6 мес пациенты получали комплексную антиостеопоретическую терапию. На КЛКТ при сохранении объема альвеолярной кости в кросс-секциях отмечалось улучшение микроархитектоники с визуализацией широких взаимосвязанных трабекул. При повторном анализе крови на костный обмен у пациентов 1-й группы (принимающих комплексную антирезорбтивную терапию алендронатом) показатели крови нормализовались до референтных значений. Во 2-й группе (получающие комплексную антиостеопоретическую терапию ибандронатом) у 6 человек было выявлено резкое увеличение секреции ПТГ - в 2 раза по сравнению с референтными значениями, а также снижение концентрации кальцитонина на 25%, при этом показатели маркера костной резорбции  $\beta$  Cross, Laps и костеобразования - остеокальцина - приходили к значениям возрастной нормы. Всем пациентам была проведена дентальная имплантация. У пациентов 1-й группы в послеоперационном периоде и на втором этапе дентальной

имплантации осложнений не наблюдалось. У 6 пациентов 2-й группы отмечалось развитие послеоперационных осложнений с выраженным болевым синдромом, выявлялись отеки окружающих тканей в зоне хирургического вмешательства, расхождение швов и на 2 этапе отторжение дентальных имплантатов, что во всех случаях коррелировало с высоким уровнем ПТГ. Антирезорбтивные препараты обладают гипокальциемическим действием, вследствие чего для предотвращения возможных нарушений процессов минерализации на фоне приема БФ возникает высокая потребность организма в кальции. При снижении уровня ионизированного кальция в крови повышается секреция паратиреоидного гормона, являющегося регулятором гомеостаза ионизированного кальция в организме, стимулятором остеокластической резорбции. Ввиду этого, поддержание положительного кальциевого баланса является важным моментом в комплексном лечении пациентов с остеопорозом. Усиленное выведение ионов калия при высоком уровне ПТГ вызывает повышение гидрофильности тканей, проявлением чего в наших наблюдениях являлись обширные отеки окружающих тканей в послеоперационном периоде. Повышенная концентрация ПТГ тормозит продукцию кальцитонина, важный биологический эффект которого - защита скелета от декальцификации. При снижении концентрации КАТ нарушаются процессы микроциркуляции и оксигенации кровотока в трабекулярной кости, что в свою очередь наряду с действием паратирина приводит к снижению репаративных процессов в зоне хирургического вмешательства, стимулирует резорбцию костной ткани вокруг имплантатов, способствует развитию переимплантитов. Высокий уровень ПТГ на фоне приема препарата ибандронат, в отличие от нормального его содержания в крови при терапии алендронатом, объясняется более высокой активностью первого.

**Вывод.** Анализ полученных результатов указывает на необходимость динамического контроля концентрации остеотропных гормонов у пациентов с дефектами зубных рядов и остеопорозом на фоне комплексной антирезорбтивной терапии, коррекции уровня паратирина и кальцитонина в предоперационном периоде с целью оптимизации процессов репаративной регенерации для успешного проведения дентальной имплантации.

### **ИТОГИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТАШКЕНТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА И МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН ПО НАПРАВЛЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЯ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг.**

**Мелькумян Т.В., Камилов Х.П., Даурова Ф.Ю., Дадамова А.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В октябре 2018 года в Ташкенте состоялся первый российско-узбекский образовательный форум, который проходил в рамках государственного визита Владимира Путина в Узбекистан. Тогда, участниками этого исторического события стали руководители более 200 вузов. По итогам переговоров, обеими

сторонами было подписано более 100 соглашений и меморандумов о сотрудничестве и реализации совместных образовательных программ и проектов между университетами двух стран.

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 ТГСИ и Медицинским институтом РУДН 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 стало прохождение по конкурсу на должность профессора кафедры терапевтической стоматологии МИ РУДН профессора кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ, д.м.н. Мелькумяна Т.В. на период с 2020 по 2022 гг.

За данный промежуток времени было проведено множество мастер-классов, цикловых занятий и лекций, посвященных актуальным проблемам адгезивной стоматологии и пародонтологии. Также была проведена совместная научная работа, результаты которой были опубликованы в статьях, выпущенных в индексируемых журналах на платформах Web of Science и Scopus.

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.

**ОЦЕНКА ПОВЕРХНОСТНОЙ МИКРОТВЕРДОСТИ ПЛОМБ ИЗ НАГРЕТОГО И НЕНАГРЕТОГО КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА**

**Мелькумян Т.В., Шералиева С.Ш., Дадамова А.Д., Баходиров Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Наличие данных о поверхностной микротвердости пломб из композитного пломбировочного материала (КПМ) позволит иметь представление о степени конверсии не только верхнего слоя наполненного полимера, со стороны которого производится фото-активация материала, но также и нижнего слоя, обычно прилегающего к поверхности зуба.

При этом, с точки зрения клинической перспективы верхние значения микротвердости образцов пломб будут указывать на износостойкость материала под воздействием окклюзионных нагрузок, тогда как показатели микротвердости нижней поверхности образцов помогут объяснить возникновение деградации материала и частоту выпадения пломб.

Также, заниженные значения микротвердости поверхности пломбы, формирующей интерфейс с поверхностью дентина зуба, могут стать одной из причин появления послеоперационной чувствительности, вследствие токсического воздействия остаточного мономера на пульпу зуба с последующими осложнениями.

В этой связи, лабораторная оценка микротвердости материала с целью выявления эффективности метода предварительного нагрева, в отношении КПМ, необходима для определения вероятного срока службы композитных реставраций в аспекте стабильности их поверхностной микроструктуры и надежности адгезивного соединения.

Материалом для исследования послужили образцы пломб, выполненные из Filtek P60 (3M ESPE, USA). Нагрев КПМ осуществляли до 60°C на специальном устройстве, разработанном на кафедре Госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ.

В результате анализа данных было установлено, что значения поверхностной микротвердости в группах образцов пломб из ненагретого FiltekP60 были достоверно хуже аналогичных показателей образцов пломб, выполненных из нагретого до 60°C FiltekP60.

При этом было также отмечено, что показатели поверхностной микротвердости верхних и нижних слоев образцов пломб из нагретого Filtek P60 не имели достоверных отличий, тогда как у образцов пломб, выполненных из ненагретого Filtek P60 аналогичные параметры достоверно отличались.

Необходимо отметить, что полученные в ходе исследования данные подтверждаются результатами других исследователей, которые помимо этого указывают на быстрое остывание нагретого материала с момента его переноса с нагревательного устройства. Данное обстоятельство в определенной степени нивелирует преимущества применения метода предварительного нагрева КПМ при проведении реставрации зубов.

В связи с этим, с точки зрения клинической перспективы, разработка

способа интраорального подогрева КПМ, с целью поддержания необходимой температуры материала для улучшения его конверсии на момент фотополимеризации, может стать востребованной для практической реставрационной стоматологии.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОЙ ОБРАБОТКИ  
ДЕНТИНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИЦ В КАЧЕСТВЕ  
ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ**

**Мелькумян Т.В., Каххарова Д.Ж., Мусашайхова Ш.К.,  
Дадамова А.Д., Суратов Д.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

С точки зрения адгезивной стоматологии, стеклоиономерные цементы (СИЦ) рассматривают как самоадгезивные пломбировочные материалы, способные вызывать поверхностную деминерализацию твердых тканей зуба, в частности дентина и прилипнуть к ним.

По мнению некоторых исследователей, способность СИЦ к самоадгезии послужила основанием для формирования концепции самопротравливающих адгезивных систем с последующей их разработкой и внедрением в стоматологическую практику.

Однако необходимо отметить, что сила адгезии зависит не только от свойств пломбировочного материала, но также от состояния адгезивной поверхности зуба. Известно, что на поверхности зуба, особенно дентина, после механической обработки остается смазанный слой, препятствующий качественной адгезии материала.

Одним из наиболее эффективных методов удаления смазанного слоя с поверхности зуба является кислотное травление с использованием геля на основе ортофосфорной кислоты. Поэтому, некоторые исследователи пытались улучшить качество адгезии СИЦ к дентину зуба таким способом.

Однако, как показали результаты подобных экспериментов, достоверного улучшения адгезии не наблюдалось. Объяснение данному обстоятельству находили в несоответствии размера микропор на поверхности зуба с размером молекул поликарболовой кислоты, входящей в состав СИЦ.

В то же время, согласно результатам других исследований известно, что применение воздушно-абразивных методов также эффективно в отношении удаления смазанного слоя с поверхности зуба. При этом очищение поверхности происходит не химическим, как в случае использования протравочного геля, а механическим путем.

В связи с этим, целью настоящего исследования стало изучение адгезии пломб из СИЦ к дентину зуба после обработки его поверхности воздушно-абразивной смесью на основе бикарбоната натрия.

Материалом для исследования служили образцы зубов, подготовленные в соответствии с методом Ultra-Test, для определения силы адгезивного соединения деформацией сдвига.

В результате было отмечено, что сила адгезии пломб из СИЦ к дентину зуба была выше в группе с воздушно-абразивной обработкой поверхности на 26%, однако различие по данному показателю между группами оказалось недостоверным ( $p > 0.05$ ).

## ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

Мирзаева Ф.А.

Бухарский государственный медицинский институт  
[feruza\\_zar@mail.ru](mailto:feruza_zar@mail.ru)

**Актуальность.** Проблема реабилитации детей с врожденными расщелинами неба многогранна и сложна. Конечной целью реабилитационных мероприятий является восстановление функции артикуляционного аппарата и формирование правильной речи у детей. Основным способом лечения таких детей является хирургическое устранение дефекта верхней губы и неба – хейло- и уранопластика. Однако в большинстве случаев оперативное лечение, восстанавливая целостность небно-глочного кольца, не всегда обеспечивает достаточного его функционирования, что обуславливает затруднение нормального питания и различные дефекты речи. Тяжесть указанной патологии у детей, неудовлетворительное качество жизни, невозможность полноценной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной неба обосновывает высокую актуальность проблемы реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Процесс реабилитации происходит в течение всего детского возраста, а у ряда лиц и в более старшем возрасте, тем не менее, его целесообразно разделить в соответствии с периодами, выделенными в педиатрии на 7 периодов.

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

После рождения ребенка с ВРГН устанавливается точный клинкоанатомический диагноз, определяется план хирургического и консервативного лечения. Проводят углубленное обследование у смежных специалистов, выявляют врожденные пороки развития других органов и систем, диагностируют сопутствующие соматические и неврологические заболевания.

Период грудного возраста (от 1 мес. до 1 год). Этот период реабилитации направлен на подготовку и проведение операции хейлоринопластике, которая обычно проводится у детей в 2,5-3-х месячном возрасте. При двусторонней

полной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба в этом возрастном периоде продолжает проводиться ранняя предоперационная ортопедическая подготовка пациента.

Старший школьный возраст. В этот период гормональной перестройки организма ребенок, перенесший операции в связи с ВРГН, должен быть физически и психологически адаптирован в социальной среде. Различные сопутствующие заболевания, нарушения в различных органах и системах, рубцовые изменения мягких тканей верхней губы, носа, мягкого и твердого неба в период быстрого развития организма могут проявить себя. Дети наблюдаются дополнительно школьным врачом, занимаются в группах здоровья, в период каникул проходят реабилитационные мероприятия в центрах реабилитации.

**Вывод.** Каждый ребенок требует индивидуального подхода к своей проблеме на протяжении всего периода реабилитации. Полноценная социальная адаптация пациента может быть обеспечена только при соблюдении преемственности и этапности лечения. При этом каждый специалист должен помнить, что здоровье и качество жизни пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба напрямую зависит от своевременности и результативности лечения.

### **РЕНТГЕН-ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОАРТРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Мирзакулов М.А., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника наблюдаются чаще всего в трудоспособном возрасте и встречаются более чем у 80% населения, причем у 30% первые признаки заболевания возникают в возрасте до 40 лет. Скрининговая диагностика позволяет выявлять дегенеративно-дистрофические поражения межпозвоночных суставов (МПС) у 80% людей старше 65 лет и у 50% - старше 50 лет. Однако только у 10% пациентов с рентгенологическими признаками спондилоартроза (артроза МПС) есть клинические симптомы заболевания. Патоморфологические изменения при артрозе МПС развиваются в той же очередности, как и при артрозе периферических суставов. Клиническая картина спондилоартроза поясничного отдела позвоночника схожа с другими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями (артрозом крестцово-подвздошного сочленения, коксартрозом, грыжей межпозвоночного диска, стенозом латерального канала) и нуждается в дифференцировке. Следовательно, своевременная диагностика спондилоартроза, как одной из основных причин болей в области поясничного отдела позвоночника (ПОП), а также своевременно назначенное лечение сокращает сроки госпитализации и реабилитации. В последнее время за рубежом активно используются методы, обеспечивающие унифицированный подход к оценке состояния больного и определению тактики лечения.

**Цель исследования** – оценить возможность рентген-диагностики спондилоартроза поясничного отдела позвоночника.

**Материалы и методы исследования.** На основе нашей работы, проведенной на базе отделения рентгенодиагностики Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии было обследовано 18 больных, возраст пациентов в среднем составил 56 лет. Исследование проводилось на цифровом рентгенологическом оборудовании Annex (GE, Германия), в прямой и боковых проекциях.

**Результаты.** Нами были выявлены следующие рентгенологические данные спондилоартроза: изменения обнаруживаются в первую очередь в нижней трети суставов. Наиболее ранний признак: потеря четкости контура субхондральной костной пластинки, костный блок является поздним признаком заболевания. Оссификация паравerteбральных связок в наших случаях была гипертрофической, оссификаты отличаются тем, что они берут начало от срединной части тел позвонков, а не от замыкательных пластинок. Оссификация наружных волокон фиброзного кольца.

**Заключение.** Рентгенография позволяет диагностировать спондилоартроз поясничного отдела позвоночника, определить основную причину боли в данном анатомическом сегменте и тактику дальнейшего их лечения.

### **УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И РОЛЬ МЕНЕДЖЕРОВ**

**Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Турахонова Ф.М., Тангиров А.Л.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[twixmir@gmail.com](mailto:twixmir@gmail.com)

Менеджмент как вид деятельности неразрывно связан с людьми, занятыми управлением, а труд в этой сфере носит название управленческого, т. е. обеспечиваемого управленческим персоналом, содержание которого трактуется довольно широко и неоднозначно. Международная организация труда, например, рассматривает управленческий персонал как часть более широкой категории работников, в которую, кроме менеджеров, входят и другие специалисты-профессионалы. Основанием для этого считается тесная связь в работе менеджеров и специалистов. Они зависят друг от друга и, работая в постоянном контакте, обеспечивают запланированное развитие организации.

Управленческая деятельность по сравнению с другими видами занятий имеет ряд особенностей, выражающихся в характере самого труда, его предмете, результатах. Специфика решаемых менеджером задач предполагает преимущественно умственный, творческий характер управленческого труда, в котором постановка целей, разработка способов и приемов их достижения, а также организация совместной деятельности составляют главный смысл. У менеджеров особый предмет труда - информация, преобразуя которую они принимают решения, необходимые для изменения состояния управляемого объекта. Поэтому в качестве орудий труда работников менеджмента выступают, прежде всего, средства работы с информацией, а результат их

деятельности оценивается по достижению поставленных целей. Менеджеры объединяют работу различных специалистов: врачей, медсестер, программистов, маркетологов, экономистов, психологов, бухгалтеров и иных лиц, действующих под их руководством. Основная задача менеджеров - обеспечить нормальное существование организации на рынке при любых изменениях ситуации, уделяя особое внимание, решению социальных проблем коллектива, организуя его работу самым оптимальным образом.

Каждый работник обладает своим особенным характером, имеет свою систему ценностей, мотивы к труду и пр., а значит управлять им довольно сложно. Поэтому менеджмент рассматривается, в том числе и как искусство, опирающееся на лежащие в его основе концепции, теории, принципы, формы и методы. Такой подход соединяет науку и искусство управления в единый процесс, требующий не только постоянного пополнения научных знаний, но и развития личностных качеств менеджеров, их способностей применять знания в практической работе.

Менеджеры решают следующий комплекс ключевых вопросов:

- определяют цели развития организации;
- выявляют приоритетные задачи, их очередность и последовательность их решения;
- разрабатывают стратегии развития организации - системы хозяйственных задач и путей их решения,
- подготавливают системы мероприятий для решения намеченных проблем в рамках различных временных периодов;
- оценивают необходимые ресурсы и источники их обеспечения;
- осуществляют контроль выполнения поставленных целей и задач.

Альфред Чэндлер, американский исследователь экономики, считал, что менеджер играет важнейшую роль в жизни компании, и писал о «видимой руке» менеджера, координирующего поток продукта клиентам более эффективно, чем «невидимая рука» рынка Адама Смита. Для выполнения своих функций менеджеры должны иметь специальные знания и использовать их в повседневной работе по управлению организацией. Требования к их профессиональной компетенции можно условно подразделить на две группы (табл. 1.).

Первую группу требований составляют знания и умения (искусство) выполнять профессиональную работу в области менеджмента:

- знакомство с опытом менеджмента на других предприятиях и в разных отраслях;
- умение обосновывать и принимать решения в ситуациях, для которых характерна высокая динамичность и неопределенность;
- высокая информированность по вопросам развития отрасли, в которой работает компания: состояние исследований, техники, технологий, конкуренции, динамики спроса на продукцию;
- способность управлять ресурсами, планировать и прогнозировать работу, владеть способами повышения эффективности управления

организации;

- умение использовать современные информационные технологии, коммуникации и связи. Вторая группа требований к менеджерам связана с их способностью управлять людьми и самими собой.

Таблица 1

**Требования к профессиональной компетенции менеджеров**

<b>Первая группа</b>	<b>Вторая группа</b>
Наличие знаний и умений в области менеджмента	Способность к управлению
Понимание природы управленческого труда и процессов менеджмента	Владение искусством управления человеческими ресурсами
Знание должностных и функциональных обязанностей менеджера, способов достижения целей и повышения эффективности работы организации	Владение искусством налаживания внешних связей
Умение использовать современную информационную технологию и средства коммуникации, необходимые в управленческом процессе	Способность к самооценке, умение делать правильные выводы и непрерывное повышение своей квалификации - знаний и умений

Осуществляя свои функции, менеджеры взаимодействуют с широким кругом лиц – коллегами, подчиненными, руководителями, акционерами, потребителями, поставщиками - всеми, кто связан с деятельностью организации. Чтобы работать с людьми, столь резко различающимися по своему статусу и интересам, менеджеры должны иметь много специфических личностных качеств, которые усиливают доверие и уважение со стороны тех, с кем они вступают в контакт. Это, прежде всего:

- высокое чувство долга и преданность делу;
- честность в отношениях с людьми и доверие к партнерам;
- умение четко выражать свои мысли и убеждать;
- уважительное и заботливое отношение к людям вне зависимости от их положения в иерархии предприятия;
- способность быстро восстанавливать свои физические и душевные силы и критически оценивать свою деятельность. Генри Минцберг, канадский специалист в области менеджмента, определяет роль руководителя как набор определенных правил поведения, соответствующих конкретным организациям или должностям. Одна из самых главных ролей менеджера – информационная, поэтому его можно представить в виде некоей системы обработки информации (рис. 1).

Менеджеры, ведя руководство, подобно хорошему актеру, играют множество ролей, заставляющие их вести себя. Эти роли можно подразделить на три взаимосвязанные группы: межличностные, информационные и принятия решений. Они взаимозависимы и взаимодействуют между собой для создания единого целого. Так, заведующий отделением ежедневно взаимодействует с

врачами и старшей медсестрой, инструктируя их и помогая в решении проблем, связанных с работой; определяет вид и количество ресурсов, нужных для нее (медикаментов, материалов и пр.).

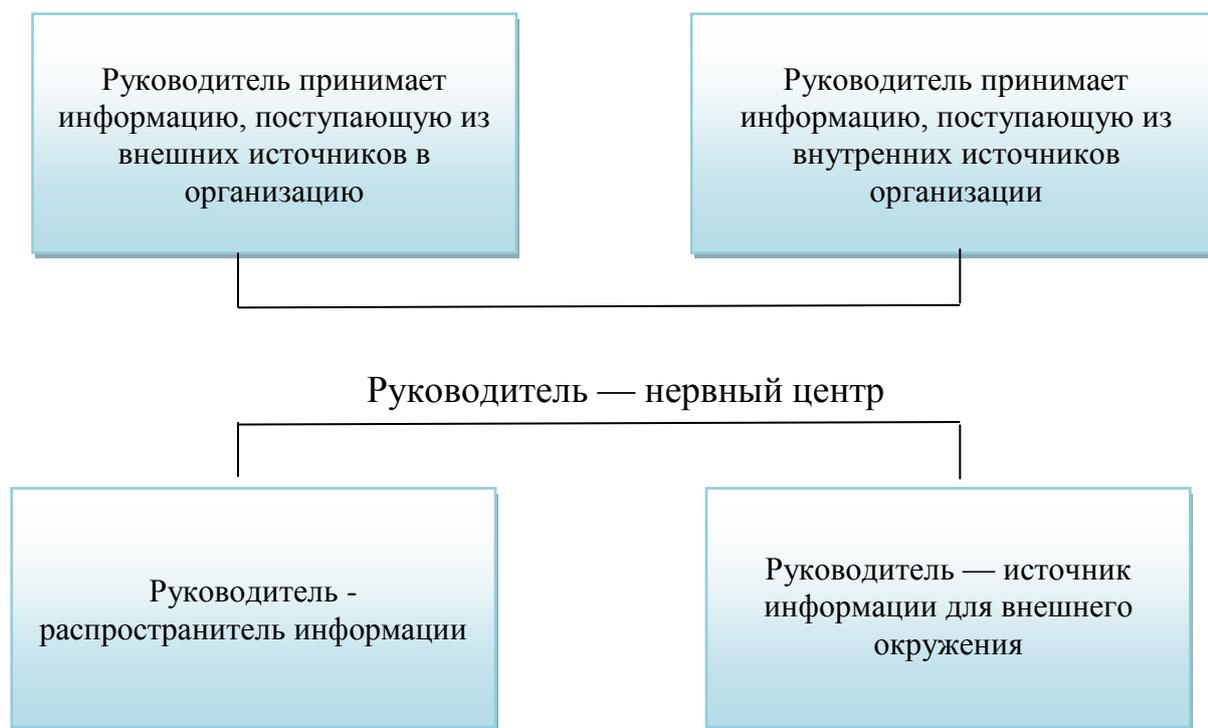


Рис. 1. Руководитель, как система обработки информации

Он получает информацию о желаниях пациентов, и на их основе делает выводы для решения имеющихся проблем, а встречаясь со своим руководителем, передает ему особенно важные сведения, обеспечивая основу для принятия управленческих решений на более высоком уровне.

### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Каримова М.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Knurmamatova23@gmail.com](mailto:Knurmamatova23@gmail.com)

Сегодня ни одно государство в мире не может управлять системой здравоохранения, не принимая во внимание то условие, что она оказывает большое влияние не только на здоровье населения собственной страны, но и на внутренний, и на мировой рынки. Повышение эффективности здравоохранения как системы должно реализовываться через улучшение качества управления, а значит, реформы медицины необходимо начинать с переосмысления роли и функции менеджмента.

Конструктивный менеджмент, подкрепленный знанием экономики, должен быть центром любой реформы в здравоохранении, включающей в себя все необходимое для улучшения здоровья населения без повышения цены медицинских услуг. Необходимость внедрения методов современного

менеджмента в практику российского здравоохранения приобретает все большую актуальность и связана с ориентацией страны на развитие рыночных отношений. Поэтому роль организатора здравоохранения, которая была ведущей в управлении медицинскими учреждениями время, меняется на роль менеджера, управляющего вверенной ему организацией в условиях рыночной экономики.

Однако переход к управлению здравоохранением с позиций современного менеджмента осложняется рядом особенностей:

Отечественная медицина представлена в основном бюджетными, смыслом существования, которых является достижение ряда социальных целей (лечение, профилактика и реабилитация заболеваний) и функционирование на некоммерческой основе.

Цели медицинской организации существенно отличаются от целей иных фирм. Они значительно сложнее, а измерить полученные результаты очень трудно, так как возможность применения количественных показателей ограничена. Несмотря на множество показателей, оценки деятельности УЗ, их действенность очень сложно определить, и при высокой результативности их работы может наблюдаться низкая экономическая эффективность.

В медицинских организациях очень высока степень автономности врачей и медицинских сестер, что снижает возможность контроля руководителей над их деятельностью.

Наблюдается сочетание высокой специализации с необходимостью тесной взаимосвязи различных профессиональных групп сотрудников.

Несмотря на то, что коммерческие организации здравоохранения функционируют для извлечения прибыли в качестве основной цели деятельности, их работа немыслима без ее социальной составляющей – лечения заболеваний, их профилактики и реабилитации.

Дух соперничества между сотрудниками, имеющийся во многих компаниях не всегда приемлем в организациях здравоохранения: трудно представить себе врача, скрывающего от коллег информацию о больном и необходимых последнему методах лечения (не случайно в традициях медицины присутствует такой институт, как консилиум - обсуждение несколькими врачами сложной ситуации и поиск оптимального выхода из нее). Медицинским работникам и их руководителям в процессе профессиональной межличностной коммуникации нужно учитывать различия в воспитании, интеллектуальном и культурном уровне пациентов, в их возрастных, половых, этнических, религиозных особенностях личности. Здесь необходим верный психологический контакт с больным, который еще нужно найти и обеспечить, так как это влияет на качество медицинских услуг.

Деятельность врачей и медсестер перенасыщена вынужденным общением с пациентами, которое невозможно регулировать по своему желанию (нельзя выбрать себе «приятного» пациента из числа лиц, нуждающихся в оказании медицинских услуг), что способствует повышению уровня стресса и развитию «синдрома эмоционального выгорания» и даже разрушению психики

медицинских работников. К этому же приводит и высокая интенсивность их труда, постоянная ответственность за жизнь и здоровье людей, существование профессиональной вредности (наличие инфекционных агентов, ионизирующей радиации, электромагнитного излучения и пр.), а также невысокая степень значимости медицинских работников и низкий уровень оплаты их труда, не соответствующий затрачиваемым усилиям.

Общение медицинских работников с родственниками пациентов и рядом контролирующих структур (Роспотребнадзор, милиция, прокуратура, МЧС и пр.) провоцирует развитие конфликтных ситуаций, не способствуя сохранению уровня здоровья врача, медицинской сестры, а также их руководителей.

Прослеживается некий конфликт между статусом врача как представителем свободной профессии, исторически подразумевающим работу на самого себя, оказывающего помощь страждущим, и статусом наемного (подневольного) работника, трудящегося на собственника, - это приводит к тому, что медицинский персонал пытается решать вопросы оплаты своего труда, минуя кассу организации.

Бурное развитие медицинских технологий подталкивает медицинского работника на поиск каких-то «идеальных» клиник, но наряду с этим его часто одолевает чувство страха не справиться с современным оборудованием в этих организациях.

Развитие вирусных заболеваний, успехи генетики и трансплантологии ставят перед врачами и медсестрами много новых и сложных социально-психологических и морально-этических проблем, влияющих на их поведение и выработку управленческих решений.

Большой проблемой является сочетание необходимости получения прибыли медицинской организацией и должного качества оказываемых ею услуг - собственники клиники (инвесторы), вложив в ее создание большие деньги и максимизируя прибыль, могут не обновлять и недостаточно обслуживать оборудование, нарушать технологические процессы, упрощать схемы лечения, использовать многоразовый инструментарий, что ведет к снижению качества оказываемых услуг.

Еще одна проблема - асимметрия информации между врачом и пациентом. Последний плохо осведомлен о медицинских услугах, которые он покупает, а решение о выборе конкретной медицинской помощи обычно принимается врачом (диагностика, лечение, госпитализация, периодичность повторных посещений и пр.) Здесь врач имеет уникальную возможность оказывать влияние на спрос медицинских услуг, а руководствуясь собственными экономическими мотивами (особенно при гонорарной системе оплаты труда), может назначать не всегда нужное обследование и лечение (спрос, стимулируемый производителем).

Эти и другие особенности приводят к слиянию в единый конгломерат не только принципов менеджмента, используемых в современном управлении организациями, но также этических, деонтологических и психологических позиций, рождая специфический вид управления - медицинский менеджмент,

от качества которого зависит не только свойство медицинских и сервисных услуг, но и здоровье, и жизнь людей. Все сказанное выше влияет на мнение ученых, занимающихся вопросами менеджмента здравоохранения. Одни из них считают, что законы управления едины для организаций всех отраслей народного хозяйства и каких-либо особенностей в управлении медицинским хозяйствующим субъектом нет. Другие считают здравоохранение специфической областью сферы услуг, где наравне со знанием менеджмента необходимо хорошо знать не только само врачевание, но и такой раздел медицины, как общественное здоровье и здравоохранение. В связи с этим можно выделить три основные модели руководства медицинской организацией. В первой модели хозяйствующим субъектом управляет руководитель, имеющий медицинское образование (главный врач). Такая практика была широко распространена, где система централизованного финансирования и снабжения УЗ исключала всякую инициативу руководителя в вопросах финансового обеспечения деятельности больниц и поликлиник, в том числе и привлечения дополнительного количества пациентов. Эта модель, бывшая вполне оправданной в командно-административной системе, перестала отвечать современным требованиям, так как руководитель медицинской организации должен знать методы управления хозяйствующим субъектом в условиях рыночной экономики, используя весь арсенал менеджмента и маркетинга. Во второй модели организацией управляет руководитель, имеющий экономическое или юридическое образование, в подчинении которого находится главный врач (заместитель руководителя по медицинским вопросам), отвечающий за всю медицинскую деятельность. Такая практика широко распространена в США, и ее плюсом является более грамотное решение многих вопросов управления медицинским бизнесом. Но такой вид руководства проблематичен тем, что главный менеджер недостаточно знает специфику здравоохранения и подпадает под сильное влияние своего заместителя (главного врача) и медицинского окружения. Третья, на наш взгляд наиболее оптимальная модель управления, заключается в том, что медицинской организацией руководит лицо, имеющее и медицинское, и экономическое образования. Полученные знания помогают оценивать деятельность хозяйствующего субъекта с позиций системного подхода, т. е. комплексно и адекватно реагировать на изменения, происходящие во внутренней и внешней среде организации. Недостаток здесь один – дороговизна обучения менеджера. Несмотря на это, большое количество врачей получают экономическое образование, которое может помочь им успешно управлять медицинской организацией. Сочетание экономического подхода к управлению организацией здравоохранения с методиками изучения общественного здоровья и воздействиями на него является основой менеджмента здравоохранения.

**ЛЕЧЕНИЕ ФИТОНАПИТКАМИ ПРИ АРТРИТЕ**

**Мирзоева Ф.А., Кодиров Н.Д.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Достоинства терапии:

- Лекарства действуют на главный патогенетический фактор заболевания – подавляют аутоиммунную активность и оказывают прямое противовоспалительное действие. Обычно фармакотерапия в ревматологии включает приём следующих групп лекарств:

- Базисные противовоспалительные препараты – самый главный элемент медикаментозного лечения, медленно (в течение одного-трёх месяцев), но верно подавляющий активность заболевания, применяемый длительно (порой годами).

- Глюкокортикоиды – гормональные средства, обладающие мощным быстрым противовоспалительным действием. Применяются чаще кратковременно, до начала проявления эффекта базисных препаратов.

- Нестероидные противовоспалительные препараты – применяются короткими курсами, главным образом, с целью уменьшения или снятия боли.

Лечение ревматоидного артрита на основе генно-инженерных биодобавок способствует подавлению активности аутоиммунных клеток, которые отторгают и разрушают хрящевые ткани суставов. Такой терапевтический эффект тормозит прогрессирование разрушительного процесса и болезнь уходит.

Моноклональные тела при ревматоидном артрите показали большую эффективность как базисные медикаментозные средства, воздействующие на первопричину развития недуга – аутоиммунный сбой.

Базовые препараты при ревматоидном артрите. Базовые лекарства применяют у всех пациентов с ревматоидным артритом, если у них отсутствуют противопоказания. Они относятся к медленнодействующим средствам. Важным условием для успешной терапии является раннее назначение. Действие направлено на предотвращение деформации конечностей, сохранение двигательной функции

К свойствам препаратов относятся:

1. Подавление активной пролиферации клеток иммунной системы.
2. Стойкость клинического эффекта.
3. Профилактика костной эрозии в поврежденном суставе.
4. Удлинение клинической ремиссии ревматоидного артрита.

Ненаркотические обезболивающие препараты. Анальгетики в виде таблеток тоже включают в лечебный курс, направленный на облегчение состояния больного при обострении ревматоидного артрита. Обезболивающие препараты улучшают самочувствие человека. Некоторые из них даже обладают противовоспалительным свойством. Наиболее востребованными обезболивающими средствами ненаркотического типа являются: «Парацетамол»; «Аспирин»; «Капсаицин»; «Анальгин».

**Вывод.** Использование фитонапитков в данный момент набирает всё больше популярности, так как это является натуральным, безопасным, безвредным, легкодоступным и бюджетным вариантом лечения разных видов заболеваний, в том числе и артрита.

### ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мирпулатова С. Т., Мухаммедов И. Ш., Садыкова Х. К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[mirpulatovasilitora@mail.ru](mailto:mirpulatovasilitora@mail.ru)

**Актуальность.** Одной из главных проблем последствия травм и ожогов является образование грубых рубцов, контрактур. Гипертрофические и келоидные рубцы, располагающиеся в эстетически значимых, открытых областях тела, особенно в челюстной – лицевой области, вызывает психические и эмоциональные расстройства личности. Обычно келоидные рубцы образуются на месте прокола травмы, ожога, операции – там, где было нарушение целостности кожных покровов. Лечение келоидоза осложнено тем, что рубцы этого вида не уменьшаются, а становятся больше, захватывая окружающую здоровую кожу.

Патологические рубцы, появившиеся вследствие травм, ожогов или оперативных вмешательств, причиняют физический и психологический дискомфорт миллионам людей в мире, поэтому продолжается активный поиск новых методов лечения. Для оценки эффективности последних в клинических исследованиях и в рутинной практике используют ряд объективных методов и субъективных шкал.

**Цель исследования** - оптимизация результатов комплексного лечения рубцов, сопровождающегося гиперплазией соединительной ткани с использованием «Лонгидаза» полифункционального ферментного препарата и улучшения параметра качества жизнь.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 25 пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами различной локализации в лицевой области: лобной области – 5, область щеки - 4, скуловой области – 4, верхнего и нижнего века – 4, приротовой области – 5, подбородочная область 3.

Из 25 пациентов у 8 случаев образование рубцов после перенесенных травм, в 10 случаях после ожогов, и 7 пациентов после эстетических и других видов операций. Реконструктивные пластические операции данным больным выполнялись в клинике хирургической стоматологии в различные сроки. Возраст больных колебался от 18 до 55 лет, с преимущественным поражением женского пола.

**Результаты и обсуждения.** При оценке состояния рубцовых деформаций мы пользовались Ванкуверской шкалой. По данным четырех периметров: васкуляризация, высота, эластичность и пигментация в диапазоне от 10 до 13

баллов находилось 11 пациентов, от 6-9 баллов 17 пациентов и от 1-5 баллов – 9 пациентов. Через 6 месяцев после проведенного лечения сумма баллов по шкале оценки рубцовых деформаций снизилась вдвое.

Препарат «Лонгидаза», является новым ферментным препаратом для лечения заболевания, сопровождающегося ростом соединительной ткани. «Лонгидаза» - это химическое соединение фермента гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем полиоксидонием, который имеет в свою очередь собственными свойствами: иммуномодулирующее; антиоксидантное; детоксицирующее. Препарат «Лонгидаза», обладает способностью не только рассасывать келоидные рубцы, склеротическую ткань, но и подавляет рост соединительной ткани при ее избыточном образовании. Благодаря комбинации с полиоксидонием препарат «Лонгидаза», обладает более устойчивым к разрушающим и ингибирующим фактором; длительным действием; регулирует синтез факторов воспаления (интерлейкины, фактор некроза опухоли); стимулирует иммунитет;

**Выводы.** Использование «Лонгидаза» в комплексном лечении келоидных и гипертрофических рубцов:

1. Наблюдается уменьшение размера рубца, деформации кожи в зоне рубца, нормализации окраски, выравнивание рубца по отношению к неизменной кожи и в ряде случаев позволяет избежать от оперативного вмешательства.

2. Расширяет спектр терапевтических методов лечения патологических рубцовых деформаций.

3. Повышает качество жизни пациентов, приводя к восстановлению трудоспособности в оптимальные сроки.

### **ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА**

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

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
[khvorostenkoolesia@gmail.com](mailto:khvorostenkoolesia@gmail.com)

**Актуальность.** В практической деятельности врачи-стоматологи нередко испытывают трудности на этапах диагностики и лечения пациентов, имеющих в анамнезе тяжелые соматические заболевания. В настоящее время не только в России, но и странах всего мира наблюдается увеличение распространенности цереброваскулярных заболеваний, которые приводят к снижению качества жизни и нередко к инвалидизации пациентов (Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М., 2019). По данным Министерства Здравоохранения России в нашей стране зарегистрировано 6035,4 больного цереброваскулярными заболеваниями на 100 тыс. взрослого населения (ВОЗ 2018). В последнее время все большее внимание исследователей привлекают работы, посвященные изучению стоматологического статуса пациентов с дисциркуляторной

энцефалопатией, а также возможности ранней диагностики данного заболевания, поскольку цереброваскулярные заболевания сопровождаются развитием когнитивных и двигательных нарушений, что не может не отражаться на тканях полости рта (Максимовский Ю.М., Митронин А. В., 2014; Holmstrup P., et al., 2017). Изучение влияния цереброваскулярной патологии на состояние полости рта с определением этиопатогенетических биомаркеров дисциркуляторной энцефалопатии в ротовой жидкости является актуальной проблемой.

**Цель исследования** - изучить стоматологический статус пациентов с цереброваскулярной патологией и установить этиопатогенетические биомаркеры данного заболевания в ротовой жидкости.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной цели нами было проведено обследование 37 пациентов в возрасте 45-74 лет. Основную группу исследования составили 21 пациент (12 женщин и 9 мужчин) с диагнозом по МКБ-10 I67.8 Цереброваскулярные заболевания: дисциркуляторная энцефалопатия, которые находились на лечении в стационаре 2го неврологического отделения Научного Центра Неврологии г. Москве. Группу сравнения составили 16 пациентов (9 женщин и 7 мужчин) без сопутствующих заболеваний, находившиеся на лечении в «Клиническом центре стоматологии» ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» г. Москве. В план клинического обследования входило: сбор анамнеза, стоматологический осмотр с фиксацией полученных данных в стандартную карту истории болезни и забор образцов ротовой жидкости в пластиковые пробирки по типу «Эппендорф» объемом 15 мл в течение 5 минут. У всех обследованных пациентов изучались индексы КПУ и риска развития хронического орального сепсиса (РХОС). Исследования ротовой жидкости проводили хромато-масс-спектрометрическим методом. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В ходе стоматологического обследования было выявлено, что у 69,3% пациентов с цереброваскулярной патологией отмечались жалобы на сухость полости рта. В ходе объективного осмотра было выявлено, что у 77,6% пациентов основной исследуемой группы отмечалось сглаженность правой или левой носогубной складки, опущение одноименного угла рта, а также девиация языка при выведении его из полости рта. При оценке зубных рядов было установлено, что у 38,9% пациентов с цереброваскулярной патологией отмечались обширные дефекты и у 12,7% пациентов отмечалась полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Значительные межгрупповые различия были отмечены при расчете индексов КПУ и РХОС. Было установлено, что у пациентов с цереброваскулярной патологией индекс КПУ равен  $15,9 \pm 1,03$  и соответствует высокому уровню интенсивности, индекс РХОС равен  $27,7 \pm 1,54$  и соответствует высокому риску развития хронического орального сепсиса. По данным исследования образцов ротовой жидкости было выявлено достоверное снижение скорости саливации в два раза ( $p < 0,001$ ) у

пациентов основной исследуемой группы, однако значения pH ротовой жидкости не имели существенных межгрупповых различий. По данным протеомного анализа было идентифицировано 218 белковых молекул, причем 134 из них имели значительное межгрупповое различие. Установлено, что наиболее значимыми сигнальными пептидами дисциркуляторной энцефалопатии являются нейроспецифическая енолаза, цитозольная аланинаминопептидаза и эндоплазм. Причем эндоплазм является специфичным для пациентов с цереброваскулярной патологией.

**Вывод.** Таким образом, по результатам проведенного нами исследования можно констатировать, что у пациентов с цереброваскулярной патологией отмечается высокая интенсивность кариозного процесса, неудовлетворительная гигиена полости рта, выраженная недостаточность своевременного лечения, а также высокий риск развития хронического орального сепсиса. Установлено достоверное снижение ( $p < 0,001$ ) скорости саливации у пациентов с цереброваскулярной патологией. Нейроспецифическая енолаза, цитозольная аланинаминопептидаза и эндоплазм являются этиопатогенетическими биомаркерами дисциркуляторной энцефалопатии.

### **ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

**Михальченко Д.В., Бондаренко Д.М., Михальченко А.Д.**  
ФГБОУ ВО Волгоградский ГМУ Минздрава России, г.Волгоград  
[mdvstom@yandex.ru](mailto:mdvstom@yandex.ru)

**Введение.** В наше время остаётся актуальной проблема воспалительных осложнений после дентальной имплантации в виде мукозитов. Это осложнение имеет обратимый характер и поэтому его необходимо своевременно диагностировать и начать лечение с целью предотвращения развития деструкции костной ткани вокруг имплантатов. Многие авторы традиционно в качестве лечения мукозита предлагают использовать профессиональную гигиену полости рта в сочетании назначением антисептических растворов для полосканий и ротовых ванночек. Однако данный метод лечения не всегда является самым эффективным, что свидетельствует о необходимости использования дополнительных методов, одним из которых может быть лечение озоном. Озон обладает бактерицидным, вирулицидным и фунгицидным действием, воздействует на многие бактерии, вирусы, практически все формы патогенных грибов и простейших. Однако использование озона при лечении мукозита в литературе описано недостаточно.

**Цель исследования** - оценить состояние периимплантатных тканей после лечения мукозита с помощью традиционных методов и с включением в схему озонотерапии.

**Материалы и методы исследования.** В стоматологическом клинко-диагностическом центре ВолГМУ было обследовано 60 пациентов с диагнозом К 10.2 – мукозит. Путём простой рандомизации пациенты были разделены на

две группы в зависимости от выбранного лечения. В первой группе проводилось традиционное лечение, которое включало профессиональную гигиену полости рта и полоскания антисептическими растворами. Во второй группе к традиционному лечению был добавлен дополнительный метод лечения – озонотерапия. Озон использовали местно в течение десяти дней один раз в день. Аэрацию проводили с использованием разработанной герметичной индивидуальной маски на воспаленный участок, что позволило избежать распространения озона в дыхательные пути. Для определения эффективности применения дополнительного метода оценивался стоматологический статус, использовались йодное число Свракова и индекс кровоточивости сосочков ВОР до лечения, на 3, 7 и 14 день после начала лечения. Для статистической обработки использовались методы математической статистики.

**Результаты и обсуждение.** Оценка стоматологического статуса пациентов показала, что лечение во второй группе с применением озонотерапии оказалось более эффективным. Значение йодного числа Свракова до лечения в обеих группах было положительным, что говорило о наличии выраженной воспалительной реакции. В обеих группах показатель снижается на протяжении всего наблюдения, при этом во второй группе уже через 7 дней он достоверно ниже, чем в группе с традиционным лечением, а на 14 день воспаление полностью отсутствовало только во второй группе. Динамика изменений индекса кровоточивости сосочков ВОР была схожей с показателями йодного числа Свракова. В обеих группах отмечается статистически достоверное снижение показателя по сравнению с первоначальным значением ( $55 \pm 4,0$ ), причем во второй группе данная тенденция наблюдалась уже на 3 день ( $48,0 \pm 3,0$ ), тогда как в первой группе статистически значимое снижение наблюдалось только к 7 дню ( $49,5 \pm 4,5$ ). На 14 день только во 2 группе, где использовалась озонотерапия, воспаление полностью купировалось.

**Выводы.** Применение дополнительного метода лечения - озонотерапии позволяет купировать воспаление в достаточно небольшие сроки, при этом полное выздоровление к четырнадцатому дню наступало только в группе, где использовался озон. В группе, где использовались только традиционные методы лечения снижения показателей до нуля в период срока наблюдения не наблюдалось. Таким образом, можно сделать вывод, что такой дополнительный метод лечения, как озонотерапия является эффективным дополнением к традиционному лечению мукозитов после протезирования на дентальных имплантатах.

**СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН  
БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА  
НАВИГАЦИОН ТИЗИМИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

**Музаффаров Т.А., Гулямов Ш.Б., Шоазизов Н.Н.,**

**Жафаров М.М., Мукумов Б.Б.**

Болалар миллий тиббиёт маркази

Сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) – оториноларингологияда долзарб муоммолардан бири бўлиб, уни турли жарроҳлик усуллар билан фойдаланган ҳолда даволашга қизиқиш ортиб бормоқда. Ҳозирги кунгача сурункали йирингли ўрта отит касаллиги, соҳа мутахассислари ичида асосий муоммолардан бири бўлиб турибди. Бу патологияни даволашдаги ютуқларга эришишга ва профилактика тадбирларини анча ривожланишига қарамасдан, Бутун жаҳон тиббиёт бирлашмаси томонидан келтирилган маълумотлари бўйича СЙЎО жаҳонда 1% ни ташкил қилади. 2014 йилга келиб бутун дунё аҳолининг 1% дан 46% гачаси СЙЎО билан касалланганлиги аниқланган бўлиб, ривожланган давлатлар ичида 65-330 млн. кишини ташкил қилади ва шулардан 60% да турли даражали эшитиш заифлиги аниқланган. Эшитув найининг дисфункцияси натижасида, унинг дренаж ва вентилицион функцияларини бузилиши, ўз навбатида ноғора бўшлиғи ичидаги босимнинг пасайишига, ноғора пардасининг орқага тортилишига, ретракция чўнтакларни пайдо бўлишига, тешилиб ва холестеатома шаклланишига олиб келади. Узоқ вақт ва суст давом этувчи яллиғланиш жараёни, ўрта кулоқ бўшлиқларида доимий патологик ўзгаришларни пайдо бўлишига олиб келади. Перфоратив сурункали йирингли ўрта отитнинг асосий патоморфологик кўринишларидан эшитув сукчалари кареси, грануляцион тўқималарни ўсиб кириши, шиллик қаватларини чандикланиши, ўрта кулоқни эпидермизацияга учраши, турли шаклдаги ва даражадаги холестеатомаларни ривожланиши. Сурункали йирингли ўрта отит структурасига мезотимпанит асосий ўринни эгаллаб, касалликнинг 48% ини ташкил қилади. СЙЎО ни тез-тез қайталаниб туриши, отоген асоратларни келтириб чиқариб ва ҳозирги кунда беморларнинг 3,2% ини ташкил қилмоқда: асоратларнинг 1,97% - интракраниал (менингит, мия абсцесси ва бошқалар), 1,35% – экстракраниал (субпериостал абсцесси, лабиринтит ва бошқалар) ташкил қилмоқда. СЙЎО асоратларидан 16,1% ини ўлим билан тугаган. Ўрта кулоқдаги диструктив ўзгаришларга олиб келувчи асосий сабаб, холестеатомадир, ноғора пардасидаги турли перфорацияли СЙЎО билан касалланганларнинг 24-63% ини ташкил қилади. Болалар миллий тиббиёт марказининг ЛОР бўлими 2021 йил давомида, сурункали йирингли ўрта отит ташҳиси билан 155 та бемор болалар стационар даволанган бўлиб, шулардан 35 тасини текширув, клиник таққослаш ва проспектив кузатувлар мақсадида ажратиб олинди. Жарроҳлик амалиётини ўтказишдан олдин беморларга, умумий клиник ва махсус текширувларидан ташқари, бурун ва бурун-халқум соҳаларини эндоскопик, эндоотоскопик ва микроотоскопик текширувлари ўтказилди. Эндоскопик текширувлари Karl Storz нинг диаметри

2,7 мм ва 4 ммли, 0° ва 30° бурчак йўналишидаги каттиқ эндоскопдан фойдаланилиб, фото ва видео хужжат асосида сақланиб қолдирилди. Беморларни барчаси чакка суякларини МСКТ текширувидан ўтказилиб, ўрта кулоқ элементларининг жойлашуви, орасидаги мутаносиблиги, ҳолатлари, эшитув суякларини жойлашуви, бўшлиқда патологик суяклар ва тўқималарни мавжудлиги, яллиғланиш жараёнини кечиши, мия чуқурчалари, қон томирлар ва юз нервини жойлашувини аниқланди. Олинган натижаларни беморларнинг клиник белгилари билан таққосланди. Аввал, асосий гуруҳ беморларни, чакка суякларини МСКТ параметрлари Медтроник StealthStation S8 нур теширувини муваффақиятли интеграциялаш учун, лозим бўлган параметрларни навигацион тизимига мос келтириб олинди. Жарроҳлик амалиётини бошланишдан олдин, беморларнинг зарарланган кулоғи атрофига ёпишқоқ координаторли маркерлар ўрнатилиб, кейинчалик амалиёт даврида КТ текшируви сканерида яхши кўринишини яратилди, бу эса режалаштирилаётган амалиёт аралашуви даврида, жарроҳни жароҳат майдонида тўғри ориентацияда бўлиб туришини таъминлайди. Сканерлаш аксиал проекцияда, сўнгра коронар ва сагиттал проекцияларда тасвирларни кўп текисликдаги қайта тиклаш ва уларни 3D – реконструкция қилиш йўли билан амалга оширилди. Асосий гуруҳ беморларини ўрганиш учун, махсус чакка суяк МСКТ нинг техник параметрлари танлаб олинган. Барча беморларда жарроҳлик амалиётлари ўтказилиб, бунда, ўрта кулоқдаги патологик ўзгарган тўқималардан тозаланди ва товуш ўтказиш тизими тикланди. Жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини аниқлаш мақсадида, бажарилган жарроҳлик амалиётларни иккита гуруҳга бўлиб таҳлил қилинди. I гуруҳ 15 та (42,8%) беморлар ташкил қилди ва ўрта кулоқда ўтказилган жарроҳлик амалиётида навигацион тизимидан фойдаланилди. Бу гуруҳ беморларда анча мураккаб клиник белгилари мавжуд, айниқса чакка суягининг атипик тузилиши (ўрта мия чуқурчасининг паст жойлашуви, ҳамда буюнтуруқ венани – *bulbus vena jugularis* юқори жойлашуви), мия чуқурчалари соҳасидаги ўрта кулоқ девори дефектларини мавжудлиги, сигмасимон синус, ички уйқу артерия, лабиринт ва юз нерви каналининг атипик жойлашуви, МСКТ текширувидаги холестеатомани тарқоқ жойлашиб олганлигилардир. II гуруҳга 20 та бемор киритилган (57,2%) бўлиб, ўрта кулоқдаги жарроҳлик амалиётлари фақат микроскоп ёрдамида амалга оширилди. Асосий гуруҳ беморларни 15 тасида тимпанолластика ва ўрта кулоқ санациялови жарроҳлик амалиётлари ўтказилди. Замонавий навигация тизими – Медтроник StealthStation S8 (АҚШ) асосий гуруҳ беморларининг жарроҳлик аралашувлари учун ёрдам сифатида ишлатилди. Медтроник StealthStation S8 рақамлаштирилган оптоэлектрик ва электормагнитли тизим бўлиб, олинган маълумотларни компьютер томография маълумотлари билан акс этирилиб, диодлар (IREDs) ёрдамида, соҳаларни инфрақизил ёруғлик ва электромагнит йўллар билан рақамли ишлов берилиб, мониторда жойлардаги нукталарни белгилаб беради. Медтроник StealthStation S8 тизими операциядан олдинги КТ ёки МРТ дан қўрилган беморнинг уч ўлчовли (3D) компьютер тасвирини ҳозирги вақтда жарроҳлик майдони билан

боғланиш, учун оптик маълумотлардан фойдаланади. Жарроҳликдан олдин ҳар бир беморда 4 дан 6 гача ёпишқоқ координатали маркерларни кулоқ атрофидаги мос нукталарга ўрнатади. Жарроҳли амалиётдан олдин, режалаштириш босқичида, КТ текширувидан олдин беморнинг танасига координатали маркерлар бириктирилиб, сканерлашдан ўтказилган бўлади, кейинчалик беморнинг танасида осонгина топиш ва локализациясини аниқлаш мумкин. Унинг учун беморларда ўтказилган МСКТ маълумотларига, рухсат берилган изотропик ўлчамлари 0,55-0,67 мм бўлган, барча юқори жағ, тишлари билан биргаликда, чакка суяклари ортогонал проекцияларда киритилиш лозим, барча маълумотлар DICOM форматда сақланади. Барча радиологик маълумотларни компакт-диск / DVD ёки USB-хотира ёрдамида юкланиб, навигация дастури тасвир маълумотларига киритилади ва автоматик равишда ўрнатилган ёки керакли проекцияларда ифодаланади, шунингдек беморнинг уч ўлчовли моделини яратилади. Сўнг, операция столида ётган бемор ёнига программалаштирилган навигацион тизимни ўрнатади. Кейинги босқич вертуал маълумотларни уч ўлчовли сифимда икки ўлчамли кесмали КТ маълумотлари билан коррекция қилинади. КТ сканерни тўғри жойлаштирилади, мўлжалланган нукталарга координатор маркерлари қўйилади. Координатор маркерларни ўрнига, амалдаги анатомик тузилмалардан: трагус, антитрагус, наззион, иккала кўзнинг латерал бурчаклари, тишлар орасидаги тирқишлар, бурун тўсиғи ва юқори лаб бирикмаларидан фойдаланилди.

Шундай қилиб, жарроҳлик амалиётига тайёргарлик учун ўртача  $15 \pm 1.5$  дақиқа вақтни ташкил қилган бўлса, санациялаш амалиёти эса 80 дақиқани ташкил қилди, жами 95 дақиқани ташкил қилади. Назоратдаги гуруҳда бу вақт 140 дақиқани ташкил қилган. Асосий гуруҳдаги ва назоратдаги барча беморларни, жарроҳлик амалиётдан кейин 3 ойдан ва 6 ойгача қайта эндоскопия ва микроотоскопия текшируви ўтказилди. Текширувлар шуни кўрсатдики, навигацион тизимни қўлланилган беморларда қўйилган ноғора парда ва ташқи эшитув йўлининг орқа ва олдинги деворлари қонақарли ҳолатда битганлиги аниқланди. Аудиометрик текшируларда эшитув диапазони 15-20 ДцБ га кўтарилгани билан бирга, юқорида келтирилган шикоятлари йўқолган. МСКТ ҳолатида ҳосил қилган трепаницион бўшлиқда патологик соялар аниқланмади.

### **СУРУНКАЛИ АТИКО-АНТРАЛ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА ЭНДОСКОПИК УСУЛИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

**Музаффаров Т.А., Гулямов Ш.Б., Шоазизов Н.Н.,**

**Жафаров М.М., Мукумов Б.Б.**

Болалар миллий тиббиёт маркази

Сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) – оториноларингологияда долзарб муоммолардан бири бўлиб, уни турли жарроҳлик усуллар билан

фойдаланган ҳолда даволашга қизиқиш ортиб бормоқда. Шахарларда яшаб турувчи болалардаги СЙЎО 2,1% ни, қишлоқ аҳолидаги болаларда 7,6% ни ташкил қилмоқда. Болалардаги касалликнинг 70% 5 ёшлигидан бошланади. М.Р. Богомильский ва В.Р. Чистякова (2002) ни маълумотларига кўра, касаллик мактаб ёшдаги болаларда 1% ни ташкил қилса, вояга етган болаларда эса (14–15 ёш) бу кўрсаткич 3-4% ни ташкил қилади. Болалардаги турғун эшитиш пастлигини олиб келувчи омиллардан, товуш ўтказувчи тизимининг бузилиши ҳисобига бўлиб, СЙЎО да 60-70% ини ташкил қилмоқда, ҳамда 80% касалликнинг зўриқиши ЎРВИ ўтказгандан кейин кучайиши аниқланмоқда. Ўрта қулоқнинг йирингли жараёни сабабларидан бири бўлган бактериял омил, касалликнинг ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Ўрта қулоқдаги деструктив ўзгаришлар, ўткир йирингли ўрта отитни ривожлантиради ва мастоидит каби асоратларни келтириб чиқаради. Аввалдан, СЙЎО ни ривожланишининг асосий механизми ва касалликни оғир ўтиши, ўрта қулоқнинг чекка соҳаларида ҳосил бўлган ва уларни даволашда анатомик топографик қийинчиликларни келтириб турадиган, йирингли ўчоқлар мавжудлиги тан олинган. Болалар миллий тиббиёт марказининг ЛОР бўлими, 2021 йил давомида, сурункали йирингли ўрта отит ташҳиси билан 155 та бемор болалар стационар даволаниб чиқди. Шулардан 40 та беморни бизнинг текширув, клиник таққослаш ва проспектив кузатувлар ўтказиш мақсадида танлаб олинди. Жарроҳлик амалиётини ўтказилишдан олдин беморлар, умумий клиник ва махсус текширувларидан ташқари, бурун ва бурун-ҳалқум соҳаларини эндоскопик, эндоотоскопик ва микроотоскопик текширувлари ўтказилди. Эндоскопик текширувлари Karl Storz нинг диаметри 2,7 мм ва 4 ммли, 0° ва 30° бурчак йўналишидаги қаттиқ эндоскопдан фойдаланилди, фото ва видео ҳужжат асосида сақланиб қолдирилди. Беморларнинг барчаси чакка суякларини МСКТ ва бош мия МРТ текширувидан ўтказилиб, ўрта қулоқ элементларининг жойлашуви, орасидаги мутаносиблиги, ҳолатлари, эшитув суякларини жойлашуви, бўшлиқда патологик суяклар ва тўқималарни мавжудлиги, яллиғланиш жараёнини кечиши, мия чуқурчалари, қон томирлар ва юз нервини жойлашувини аниқланди. Олинган натижаларни беморларнинг клиник белгилари билан таққосланди. Барча беморларда жарроҳлик амалиётлари ўтказилиб, жарроҳлик амалиётидан асосий мақсад, ўрта қулоқни патологик ўзгарган тўқималардан тозалаш, товуш ўтказувчи тизимини тиклашдан иборат бўлди. Жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини аниқлаш мақсадида, бажарилган жарроҳлик амалиётларни иккита гуруҳга бўлиб таҳлил қилинди. I гуруҳ 25 та (62,5%) беморлар ташкил қилди ва ўрта қулоқда ўтказилган жарроҳлик амалиётида эндоскопик тизимидан фойдаланилди. II гуруҳга 15 та бемор киритилган (37,5%), ўрта қулоқдаги жарроҳлик амалиётлари фақат микроскоп ёрдамида амалга оширилди. Деярли барча беморларнинг жарроҳлик амалиётида, ўрта қулоқдаги сақланиб қолган эшитув суякчаларини яллиғланиш жараёнидаги – грануляция тўқималари билан ўраб олганлиги ва устидан шиллиқ қават қопланиб мукозитларни ташкил қилганлиги, давомий йиринг оқиб туришига сабаб бўлганлиги аниқланди. 98% бемор ўрта қулоқ суяк деворида кореоз-

грануляцион ўзгарганлигини аниқладик. Шиллиқ қаватининг патологик ўзгарган, яъни грануляцион тўқима, ноғора бўшлиғини чандикланиб ўзгарганлиги 35 (88%) да аниқланди. Амалиёт давридаги ўрта кулоқда холестеатома борлиги 40 (100%) та беморда аниқланди, лекин бу кўрсаткич амалиёт давригача 35 (88%) тани ташкил қилган эди. Жарроҳлик амалиётига эндоскопик назоратини қўлланилиши, трепаницион бўшлиқдаги ёпик бурчакларни холати, микроскоп ёрдамида илғаб олиш қийин бўлган катакларга баҳо беришга имкон яратди. Atticus соҳасида холестеатома мавжудлиги 4 (10%) сида аниқланди, atticus ва aditus ad antrum – 6 (14%) да, atticus, aditus ad antrum ва antrum mastoideum – 11 (27,5%) да, antrum mastoideum ва processus mastoideus – 17 (42,5%) да аниқланган бўлса, яна 4 тасида (10%) беморда холестеатома фақат cavi tympani да аниқланган. 8 (20%) та беморларда турли даражадаги юз нерви устидаги суяк қоплами йўқ эди, латерал ярим айланали канали фистуласи 2 (5%) та беморда аниқланди, сигмасимон синус суяги деструкцияси 2 (5%) да аниқланди. Иккита (5%) беморда мия чуқурчаси суяк қисми емирилиши оқибатида dura mater ни очилиб қолганлиги аниқланди. Амалиёт ўтказган беморларни ўнинч кунда эшитиш қобилияти текширилганида, эшитиш қобилияти шивирлаб гапирганда 1 метрга, сўзлашувда – 3 метрга, аудиометрияда суяк-ҳаво оралиғини 10-15 дБ га қисқарганлиги аниқланди. Бир йилдан кейин функционал текширувларида асосий гуруҳга кирган беморларнинг 23 (92%) тасида эшитиш қобилияти яхшиланган, 2 тасида (8%) эшитиши ўзгармай қолган. Кузатув гуруҳида 15 (100%) тасида бу кўрсаткич 12 (80%) тасида эшитиши яхши бўлган, 3 (20%) тасида эса эшитиш қобилиятида ўзгариш аниқланмаган.

Шундай қилиб, сурункали йирингли ўрта отитни жарроҳлик амалиётини эндоскопик кузатуви билан олиб борилиши, ўрта кулоқ санациясини тўлиқ олиб борилиши, асоратлар рискени камайишига, ҳамда эшитиш қобилиятини реконструкция этапини бажарилишига замин яратади: асосий гуруҳ беморларнинг 92% да эшитиш қобилияти яхшиланган бўлса, кузатув гуруҳида бу кўрсаткич 80% ини ташкил қилди. Эндоскопик кузатув асосида олиб борилган жарроҳлик амалиёти, патологик жараёнга учраган тўқималарни аниқлаш ва уларни тўлиқ санация қилиш, эшитув тизимини функционал ҳолатини яхшилаш, жарроҳлик амалиётини асоратсиз ўтказилишига ёрдам беради.

### **ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE”**

**Мукимов О.А., Усманова Д.Р., Шадманов А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Odil\\_0557@bk.ru](mailto:Odil_0557@bk.ru), [diyora.isanova.97@bk.ru](mailto:diyora.isanova.97@bk.ru)

Протезирование вторичных адентий, которые длительное время присутствуют в верхней и нижней челюстях, является одной из актуальных

проблем стоящих перед стоматологами. Одним из современных методов устранения этой проблемы, является дентальная имплантология. Одним из сдерживающих факторов для широкого распространения имплантации является недостаточный объем костной ткани для установки имплантата. Процесс дентальной имплантации во фронтальную часть верхней челюсти, которая на высоком уровне атрофирована или сопровождается вертикальным переломом, зубов, требует дополнительных костных изделий и длительного реабилитационного периода, причина этого в том, что вестибулярная пластинка фронтальной части верхней челюсти тонкая, и он характеризуется переломом во время удаления зуба. Атрофия костной ткани после удаления зубов является одним из важнейших вопросов современной стоматологии, так как значительная атрофия костной ткани челюстей делает невозможным выполнение внутрикостной имплантации, а также создает серьезные трудности при ортопедическом лечении пациентов.

Метод “root membrane” представляет собой хирургическую процедуру, выполняемую перед установкой имплантата, чтобы вызвать успешную остеоинтеграцию как увеличение эстетики мягких тканей путем минимизации потери буккальной кости после извлечения. Он отделяет корень во время извлечения и оставляя корень частично в буккальной стороне. Хирургическая процедура в настоящее время выполняется с использованием различных методов и инструментов, однако, так как это трудно выполнить, это считается областью, что только квалифицированные стоматологи могут сделать.

**Цель исследования** - изучение дентальной имплантации помощью метода “root membrane” в верхней челюсти для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента.

**Задачи исследования** - изучение клинических, рентгенологических и лабораторных показателей дентальной имплантации методом “root membrane” проведенные по причине осложнениями кариеса или переломов зубов.

**Материалы методы исследования.** В эксперименте участвовали 10 из них 6 мужчин, 4 женщин в возрастной категории от 35-55 диагнозом частичный вторичной адентии верхней челюсти. Эти пациенты были разделены на 2 группы по 5 человек. 1 группа пациентов было оперирован традиционным методом. 2 группа пациентов были оперирован методом “root membrane”.

- Клинические методы исследования
- Лучевые методы исследования (КЛКТ)
- Гистологические методы исследования
- Функциональные методы (частотно резонансный анализ КСИ-ISQ)
- Статистическая обработка данных

**Результаты исследование.** Были выставлены несколько критериев, по которым производилась оценка состояния пациентов. Извлеченный образец ткани, который включал имплантат, корневую мембрану пространство между ними и щечную костную пластину, оказался неповрежденным. Гистологическая оценка показала контакт кости с имплантатом 76,2%. Настоящее гистологическое исследование человека повреждает утверждение о

том, что метод корневой мембраны эффективен для предотвращения резорбции костной ткани щечной костной пластинки передней верхней челюсти. Это человеческое гистологическое доказательство того, что корневая мембрана может сохранить щечную костную пластину, имеет большое значение, поскольку оно может помочь подтвердить клиническое исследование этого хирургического метода для поддержания твердых и мягких тканей с течением времени для оптимизации эстетических результатов.

**Выводы.** Как показывает исследование, причина в том, что, когда фрагмент буккального корня намеренно оставлен, кровоснабжение будет поддерживаться плавно и, следовательно, размеры альвеолярного гребня могут быть сохранены. На основании этих данных можно сделать вывод, что корневая методика мембраны является безопасным методом лечения, дает высокий показатель успеха имплантации. Согласно исследованиям, метод “root membrane” является альтернативным методом лечения в эстетически важной зоне. Он показал чрезвычайно высокий успех в сравнение с другим методом. Сильной стороной метода корневой мембраны является немедленное размещение имплантата. Сильная начальная стабильность гарантирует высокий уровень успеха.

### **ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТОКОЛА И РЕЖИМА ВВЕДЕНИЯ – ИССЛЕДОВАНИЕ EX VIVO**

**Мукимов О.А., Мамарасулова С.Р., Шодмонов А.А.**

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

[Sofiyamamarasulova@gmail.com](mailto:Sofiyamamarasulova@gmail.com)

**Актуальность.** Надежным вариантом замены зубов является установка остеоинтегрированных имплантатов. Также сообщается, что первичная стабильность зубных имплантатов является фундаментальной предпосылкой для долгосрочного успеха зубных имплантатов, даже, несмотря на то, что остеоинтеграция также была достигнута без определенной первичной стабильности. Первичная стабильность определяется, как способность выдерживать осевую, латеральную и ротационную нагрузку и зависит от фиксации имплантатов в кости. Создание имплантатов различной геометрии и протоколов сверления, по-видимому, улучшило достижение высокой первичной стабильности в кости. Взаимодействие между геометрическими свойствами имплантатов в сочетании с хирургической техникой сверления, показанной для обнаруженной плотности кости, может способствовать получению низкого уровня компрессионного напряжения и микродвижений в окружающей костной ткани во время установки.

**Материалы и методы.** Двадцать челюстей от свежих трупов свиней были получены с местной бойни. У животных не было обнаружено никаких макроскопических признаков каких-либо патологических состояний костей. После удаления окружающих мягких тканей поверхности образцов кости тщательно очищали. Каждый образец был проверен макроскопически на

наличие неровностей и подтверждена минимальная толщина 20 мм в месте предполагаемой установки имплантата. Все полученные образцы были немедленно использованы. Остеотомии проводились в соответствии с протоколом производителя. После обнажения кость была просверлена на глубину, эквивалентную длине имплантата, с помощью 2-мм сверла для внутренней ирригации. С помощью сверла 2,5 мм и 2,8 мм завершили препарирование под имплантаты 3,3 мм. Для достижения места для имплантатов диаметром 3,75 мм также использовалось сверло диаметром 3,2 мм.

**Результаты и обсуждения.** Не удалось измерить статистически значимую разницу в РЧА (Коэн  $d=-0,022$ , размер эффекта  $r=0,011$ ,  $p=0,260$ ), тогда как значения IT были значительно выше в имплантатах, установленных через SP ( $90,56\pm 31,27$  Нсм) по сравнению с ODP ( $63,74\pm 48,61$  Нсм,  $p=0,002$ , коэффициент Коэна  $d=0,656$ , размер эффекта  $r=0,312$ ). Проанализированные значения ТО показали аналогичные результаты с более высокими значениями в SP ( $93,59\pm 32,3$  Нсм) по сравнению с ODP ( $58,35\pm 40,43$  Нсм,  $p=0,043$ ;  $d$  Коэна= $0,963$ , размер эффекта  $r=0,434$ ). Это исследование было проведено для изучения изменений первичной стабильности в рамках экспериментальной установки различных протоколов введения и режимов введения. Для получения высокого уровня диагностической достоверности были зарегистрированы три различных метода измерения первичной стабильности. В качестве вторичного параметра результата оценивались потенциальные различия между имплантатами разной длины и диаметра. В рамках этого исследования не было выявлено статистически значимой разницы, поэтому группы не были разделены в отношении геометрии имплантата при дальнейшем анализе режима введения и протокола сверления.

**Выводы.** Слишком большой протокол превышал первичные значения стабильности, рекомендованные для немедленной установки имплантата; поэтому его тоже можно рекомендовать.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕКРЫВАЮЩИХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ**

**Мулик П.П., Рубникович С.П.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Республика Беларусь

[rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru)

**Актуальность.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения полной адентией страдает около 15% взрослого населения. Более того, отмечается неуклонный рост числа пациентов с полной утратой зубов не только среди пожилых людей за счёт увеличения продолжительности жизни, но и среди лиц трудоспособного возраста. В Республике Беларусь также отмечается

увеличение пропорции населения старших возрастных групп.

Применение дентальных имплантатов для опоры и фиксации съёмного протеза обеспечивает множество преимуществ по сравнению с традиционными полными съёмными протезами с опорой на мягкие ткани. Основной причиной установки дентальных имплантатов для восполнения потерянных зубов является сохранение объема альвеолярной кости. Кроме того, при установке дентальных имплантатов не только удерживается протез, но и стабилизируется положение мягких тканей и кости. Установка дентальных имплантатов представляет собой одну из наиболее эффективных профилактических процедур в стоматологии.

**Цель исследования** – определить эффективность протезирования пациентов с полной адентией верхней челюсти с применением перекрывающих съёмных протезов с опорой на дентальные имплантаты на верхней челюсти.

**Материал и методы исследования.** В основу клинической части работы положены результаты обследования и лечения 35-ти пациентов в возрасте 45-60-ти лет с полной адентией верхней челюсти. В первой группе 20-ти пациентам было проведено традиционное изготовление полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть. Протезирование проведено с тщательным соблюдением протоколов лечения пациентов с полной адентией верхней челюсти съёмными пластиночными протезами. Во второй группе 15-ти пациентам были изготовлены полные съёмные пластиночные протезы на верхнюю челюсть с опорой на дентальные имплантаты с использованием цифровых технологий.

Фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на имплантатах обеспечивали посредством соединительной балочной конструкцией. Дентальные имплантаты соединяли жесткой балкой. Форма балки повторяла форму зубной дуги, однако при этом чуть смещаясь в язычном направлении относительно передних зубов верхней челюсти. Это обеспечивало пространство под акрил, а, следовательно, и дополнительную прочность, и ретенцию съёмного протеза.

Для изготовления соединительной балочной конструкции использовали цифровой протокол по технологии CAD/CAM. Данная технология позволила полностью без технического воскового моделирования с использованием быстрого компьютерного прототипирования провести индивидуальное моделирование конструкций на компьютере в специализированных программах и непосредственно изготовить ортопедическую конструкцию во фрезерном аппарате, исключая метод литья.

**Результаты исследования.** В сравнении с традиционными методами замены утраченных зубов, установка зубных протезов с опорой на дентальных имплантатах обеспечивает значительную долговечность, более оптимальную функцию, сохранение кости и, как следствие, меньшую вероятность возникновения последствий психологического характера.

Использование дентальных имплантатов для фиксации съёмных зубных протезов по предложенному нами методу повышает жевательную

эффективность по сравнению с традиционным съёмным протезированием на 45%, а также позволяет почти полностью восстановить двигательную и тоническую активность жевательных мышц. С точки зрения эффективности восстановления утраченных функций, профилактики атрофии челюстей, а также для социальной адаптации, предложенный метод может рассматриваться как один из наиболее приемлемых способов реабилитации пациентов с полной адентией.

Применение технологии цифрового автоматизированного проектирования и автоматизированного производства (CAD/CAM) при изготовлении соединительных балочных конструкций с опорой на дентальные имплантаты дает преимущества процессу изготовления, обеспечивая лучшую предсказуемость желаемых результатов и высокую точность изготовления зубного протеза.

**Вывод.** Лечение пациентов с полной адентией является не только актуальной междисциплинарной проблемой ортопедической и хирургической стоматологии, но и социальной проблемой.

## ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОПРОВОДИМОСТИ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА

Мурадов С.И., Отабоев С.М., Нурматова Ф.Б.

Университет мировой экономики и дипломатии,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Ташкентский государственный стоматологический институт

Электропроводность — способность тела проводить электрический ток, свойство тела или среды, определяющее возникновение в них электрического тока под воздействием электрического поля. Также физическая величина, характеризующая эту способность и обратная электрическому сопротивлению.

Биологические ткани и органы являются довольно разнородными образованиями с различными электрическими сопротивлениями, которые могут изменяться при действии электрического тока. Это обуславливает трудности измерения электрического сопротивления живых биологических систем.

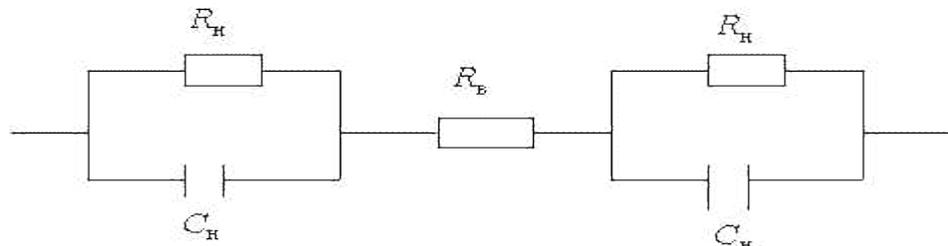
Электропроводимость отдельных участков организма, находящихся между электродами, наложенными непосредственно на поверхность тела, существенно зависит от сопротивления кожи и подкожных слоев. Внутри организма ток распространяется в основном по кровеносным и лимфатическим сосудам, мышцам, оболочкам нервных стволов. Сопротивление кожи, в свою очередь, определяется ее состоянием: толщиной, возрастом, влажностью и т. п.

Удельные сопротивления различных тканей организма при постоянном токе

	$\rho, \text{Om} * \text{m}$
Спинномозговая жидкость	0.55
Кровь	1.66
Мышцы	2

Мозговая и нервная ткань	14.3
Жировая ткань	33.3
Кожа сухая	$10^5$
Кость без надкостницы	$10^7$

Эквивалентная электрическая схема тела человека:



Для определения сопротивления по току и напряжению можно воспользоваться формулой закона Ома

$$R_x = (U - E)/I,$$

где  $U$  – напряжение подведенное к ткани;

$E$  – э. д.с. поляризации;

$I$  – сила тока, проходящего через ткань.

При измерениях сила тока не должна превышать 100 мА, так как в противном случае ток будет вызывать возбуждение ткани, т. е. сила тока должна быть *допороговой*.

Воспользуемся схемой, изображенной на рис.(1,а.) Ток от батареи элементов 1 ( $E = 10V$ ) подается на делитель напряжения (потенциометр) 4 с сопротивлением порядка 1 кОм. В цепь включены вольтметр, милливольтметр, микроамперметр и переключатель 6 в положении 7\*.

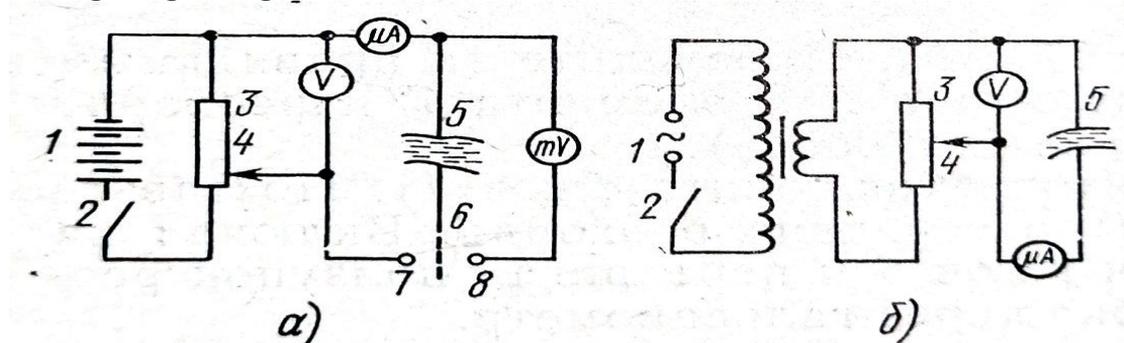


Рис. 1.

С помощью делителя напряжения добиваются определенной силы тока (не более 100мА), измеряют  $I$  и  $U$ , затем, переключив 6 в положение 8, измеряют  $E$ . Не снимая электродов 5 с участка тела, отсоединяют их от цепи с источником постоянного тока. Собирают схему с источником переменного тока (рис. 1,б) и включают в эту электрическую цепь участок тела. Замыкают цепь и, меняя с помощью потенциометра 4 силу тока (не более чем до 100мА),измеряют  $U$ . В цепи переменного тока  $E$  поляризации практически не возникает , поэтому

$$R = U/I$$

Электропроводимость тканей и органов зависит от их функционального состояния и, следовательно, может быть использована как диагностический показатель. Например, при воспалении, когда клетки набухают, уменьшается сечение межклеточных соединений и увеличивается электрическое сопротивление; физиологические явления, вызывающие потливость, сопровождаются возрастанием электропроводимости кожи и т. д.

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ  
ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК С ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИЕЙ ПРИ  
ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С  
ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ**

**Мурашов М., Мержоева Х.**

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
[6145851@mail.ru](mailto:6145851@mail.ru)

**Актуальность.** Протезирование с опорой на имплантаты в эстетически значимой зоне требует от врачей хирурга и ортопеда-стоматолога командной работы. На сегодняшний день протокол немедленной имплантации в лунку удаленного зуба с изготовлением коронки хорошо задокументирован и используется клиницистами на практике. Однако существует ряд анатомических ограничений для установки имплантата в области центральных резцов верхней челюсти, которые вынуждают хирурга-стоматолога установить имплантат таким образом, чтобы предотвратить осложнения в виде убыли костной ткани и рецессии десны. При этом расположение имплантата зачастую не позволяет ортопеду-стоматологу изготовить эстетически приемлемый протез с винтовой фиксацией. Близость расположения корней зубов к вестибулярной пластинке требует от врачей повышенного внимания, так после удаления зуба и близком расположении к ней имплантата происходит ее резорбция с последующей рецессией десны. Поэтому хирурги стоматологи отступают от вестибулярной стенки на безопасное расстояние минимум 2-3 мм. Преимущества коронок с винтовой фиксацией хорошо описаны в литературе и на сегодняшний день ортопеды-стоматологи планируют установку имплантата таким образом, чтобы шахта винта не выходила на вестибулярную поверхность, что наиболее значимо в эстетически значимой зоне. Однако это не всегда представляется возможным и возникает конфликт между установкой имплантата и его первичной стабилизацией, и одновременной возможностью изготовить на него коронку с винтовой фиксацией.

**Цели и задачи.** Целью данного исследования было провести рентгенологическую оценку возможности установки имплантата в идеальном положении для изготовления коронок с винтовой фиксацией.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования пациенты были разделены на 3 группы по 20 человек в каждой, мужчины и женщины от 25 до

45 лет с различным расположением корней центральных резцов верхней челюсти относительно вестибулярной стенки (вестибулярное (В), среднее (С) и небное расположение (Н)). У данных пациентов проводился анализ КЛКТ-изображений на аппарате ProMax 3D Classic, Planmeca (Финляндия). В каждой группе оценивалась возможность удаления зуба 1.1 и установки имплантата с соблюдением протокола немедленной имплантации и возможностью выхода шахты винта у искусственной коронки на небную поверхность. Выход шахты винта планировался на небной поверхности, отступая на 2-3 мм от режущего края коронки зуба.

**Результаты.** По результатам исследования КЛКТ были получены следующие данные, отличающиеся в разных группах. Наиболее благоприятной для проведения немедленной имплантации и изготовления коронки с винтовой фиксацией была определена группа «С». Наименее благоприятной для проведения такого лечения - группа «Н». Суммарно в 41% случаев шахта располагалась язычно, в 26% случаев шахта винта выходила на режущий край и в 33% случаев выходила на вестибулярную поверхность.

**Выводы.** Таким образом, тщательный анализ КЛКТ при планировании протезирования на имплантатах в эстетически значимой является неотъемлемой частью лечения. От врачей хирурга и ортопеда-стоматолога требуется командный подход при проведении планирования. В большем проценте случаев протезирование с опорой на имплантаты в области центральных резцов верхней челюсти предполагает использование альтернативных решений для изготовления коронок с винтовой фиксацией.

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

**Муртазаев А.В.**

Самаркандский государственный медицинский университет  
[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Актуальность.** Гемобластомами называют группу опухолей, возникающих из кроветворных клеток. Гемобластомы, при которых костный мозг заселен опухолевыми клетками, называют лейкозом (старое название – лейкемия). Кроме лейкозов в группу гемобластозов входят такие заболевания, как гематосаркомы и лимфомы, которые представляют собой внекостномозговые разрастания бластных клеток. Со временем опухолевые клетки при гематосаркомах и лимфомах могут распространяться в костный мозг, в этот период их уже невозможно отличить от острого и хронического лейкозов.

**Цель исследования** - определить патогенетические и клинические особенности воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта у больных с гемобластомами.

**Материалы и методы.** Комплексное обследование включало в себя

кроме общеклинических данных, необходимые лабораторные критерии для верификации диагнозов различных вариантов острых и хронических лейкозов, визуальный осмотр полости рта, индексную оценку. Проведено клиническое обследование 7 пациентов с острым лейкозом, 4 - с лимфомой, 3 - с множественной миеломой, 2 - с хроническим лейкозом, 1 - с плазмоцитомой и 1 - с лимфогранулематозом. Совместно со специалистом-гематологом изучали данные лабораторных исследований крови: клинический и биохимический анализ крови, коагулограмму.

**Результаты и выводы.** Изменения в периферической крови при данной форме лейкоза длительное время могут отсутствовать. Современное лечение гемобластозов связано с широким применением противоопухолевых препаратов. Одним из проявлений токсичности противоопухолевой терапии могут быть мукозиты в полости рта, проявляющиеся воспалением и изъязвлением слизистой оболочки и подслизистого слоя. Всего оперировано 7 (38,8%) больных.

**Выводы.** Знание симптомов опухолевых заболеваний системы крови, проявляющихся в челюстно-лицевой области, а также принципов оказания хирургической помощи при одонтогенных патологических процессах у больных с гемобластозами поможет хирургу-стоматологу правильно поставить диагноз и назначить оптимальное лечение. Оказание хирургической стоматологической помощи у пациентов с гемобластозами, особенно в остром периоде, возможно только в гематологическом стационаре при участии специалиста-гематолога. Полученные результаты имеют важное значение в терапии гемобластоза, в частности, в профилактике патологических изменений полости рта.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАБЛАСТОЗАМИ**

**Муртазаев А.В.**

Самаркандский государственный медицинский университет  
[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Введение.** Доказано что на сегодняшний день считается, что рак появляется не сразу, а «является последним звеном длинной цепи предшествующих ему изменений, которые можно назвать предопухолевыми или предраковыми». На этом постулате формулируется первый закон злокачественной онкологии: каждый рак имеет свой предрак, но не каждый предрак переходит в рак.

**Цель исследования** - определить патогенетические и клинические особенности воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта у больных с гемобластозами.

**Материалы и методы.** Планируется обследование пациентов с гемобластозами. Основные методы исследования: клиничко-лабораторные

анализы, морфологические, биохимические, цитогенетические и молекулярно-генетические и статистические методы исследования.

**Результаты.** Установлено что, изучение и применение этих исследований в практике этих механизмов имеет огромное клиническое значение, поскольку может привести к выявлению прогностических факторов, позволяющих предвидеть благоприятный исход или прогрессию заболевания. Выяснение причин возникновения патологических процессов ротовой полости может помочь оптимизировать терапию, принять решение о профилактике таких изменений, что определяет экономический эффект для практического здравоохранения.

**Заключение.** В последние годы во всем мире отмечается рост онкогематологической патологии. Исследования в области онкогематологии относятся к числу наиболее актуальных и важных проблем современной медицины. На сегодняшний день, благодаря внедрению современных методов лечения, таких как полихимиотерапия, продолжительность жизни больных с лейкозами заметно повысилась, однако применение таких препаратов в высоких концентрациях сопровождается токсическими эффектами. Таким образом, оральный мукозит является одним из наиболее часто регистрируемых осложнений противоопухолевой терапией и непосредственно влияет на завершение лечения и сказывается на качестве (образ) жизни пациента. Побочные эффекты цитостатиков на слизистую оболочку полости рта не только вызывает мучительную боль, но и открывает путь к опасной для жизни инфекции. Противолейкозные препараты, которые цитотоксичны для слизистой оболочки полости рта, нарушают синтез ДНК, РНК и / или белка. Необходимо проведение исследований патогенных факторов, вызывающих мукозиты, развитие которых происходит на фоне проведения полихимио- и лучевой терапии онкогематологических больных на молекулярно-генетическом уровне.

### **ЖАҒЛАРНИНГ ФРОНТАЛ СОҶАСИ АЛЬВЕОЛЯР ЎСИҚ АТРОФИЯСИДА ДЕНТАЛ ИМПЛАНТАЦИЯ АМАЛИЁТИНИ РЕЖАЛАШТИРИШ**

**Мусаев Ш.Ш., Чўлиев О.О.**

Тошкент давлат стоматология институти  
[chuliyevotabekg@mail.com](mailto:chuliyevotabekg@mail.com)

**Муаммонинг долзарблиги.** Замонавий стоматологиянинг ютуқларига қарамасдан, адентия жиддий тиббий ва ижтимоий муаммолигича қолмоқда. Бу ўз навбатида тиш қаторлари анатомик яхлитлигини ҳамда чайнов ва нутқ функциялари тиклаш мақсадида ўз вақтида ва оқилона даволашни талаб қилади.

Тишларнинг қисман ёки тўлиқ йўқолишини ортопедик даволашнинг энг замонавий усули тиш имплантлари ёрдамида протезлаш бўлиб ҳисобланади ва бу беморлар ҳаёт сифатини тубдан янги даражага кўтариш ва тўлиқ реабилитация қилиш имконини беради.

Тиш имплантлари оркали протезлаш учун қўйиладиган талаблардан энг муҳими жағлар алвеоляр суяк тўқимасининг сифат ва миқдор жиҳатдан оптимал даражада мавжудлиги бўлиб, бу даволаш натижаси ва реабилитация самарадорлигини белгилаб берадиган асосий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади.

Суякнинг етарли даражадаги ҳажми нафақат имплантларнинг тўғри жойлашишини таъминлайди, балки суякнинг кейинги қайта тузилишида ҳам муҳим ўрин тутди. Суяк тўқимасининг сифати остеоинтеграция жараёнининг кечишига ва шунга мос равишда тиш имплантларининг функционал ҳолатига таъсир қилади.

**Тадқиқот мақсади** - жағларнинг фронтал соҳасидаги альвеоляр ўсиқ атрофияси мавжуд бўлган беморларда дентал имплантация ўтказишни оптималлаштириш ва реабилитация самарадорлигини ошириш.

### **Тадқиқот усуллари:**

1. Ретроспектив таҳлил ўтказиш.
2. Клиник текширув усуллари.
3. Рентгенологик текширувлар
  - 3.1. 3D-рентгенография
  - 3.2. Ортопантомография
4. Лазерли доплер флоуметрия

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Биз ТДСИ жарроҳлик стоматологияси поликлиникаси асосида иккиламчи адентияга эга бўлган 22 нафар беморни текширдик. Барча беморларга клиник ва рентгенологик текширув усуллари ўтказилди.

Жағ суяги тўқималарида нуқсонлари бўлган беморларда имплантларни жойлаштириш учун макбул шароитларни яратиш учун юмшоқ ва қаттиқ тўқималарининг ҳажмини ошириш усуллари режалаштириш.

Бу жараёнда қаттиқ тўқима яъни атрофияга учраган алвеоляр ўсиқ горизантал ва вертикал ҳажмини ошириш учун аутотранстант ва ҳозирда кенг тарқалган аллопластлар (сунъий яратилган материаллар) ёрдамида амалга оширилади. Бунда атрофияланган алвеоляр ўсиқ декортиколизация амалиёти билан биргаликда олиб борилади

Тиш имплантациясининг бир босқичли ва икки босқичли протоколларини қўллаш самарадорлигини қиёсий баҳолаш ўтказилди. Бир босқичли жарроҳлик техникаси тиш ва турли даражадаги атрофия нуқсонлари бўлган беморларни даволашнинг самарали усули эканлиги исботланди.

**Хулоса.** Бизни кузатувимизда бўлган беморларда имплантация амалиёти 3D шаблон билан биргаликда ўтказганимизда имплантациядан кейин кузатилиши мумкин бўлган асоратлар камлиги аниқланди. Жағларнинг фронтал соҳа атрофия мавжуд бўлган беморларда қаттиқ тўқима вертикал ва горизантал пластикасида аутосуяк ва сунъий суяк материаллар билан комбинирланган ҳолда қўллаш тўқима ҳажмини қолган усуллардан-да кўпроқ сақланишини кузатдик.

**МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ГАЛЬВАНОЗА ПОЛОСТИ РТА**

**Муסיнова И.О., Ахмедов А.А., Рихсиева Д.У.**

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
[lgizikmusinova@mail.ru](mailto:lgizikmusinova@mail.ru), [Dildoraa1995@gmail.com](mailto:Dildoraa1995@gmail.com)

**Актуальность.** По мнению некоторых авторов, одной из трудностей при поступлении металлов в полость рта является аллергическое воздействие организма. В результате пациентам рекомендуется использовать другие металлы в полости рта, что может оказаться недостаточным для диагностики дифференциации.

Одной из наиболее частых причин непереносимости металлов является гальваноз полости рта, представляющий собой патологическое состояние, вызванное воздействием токов на слизистую оболочку рта. Патогенной основой гальваноза является коррозия металлов, стимулирующая электрохимические процессы в полости рта за счет выделения металлических элементов в ротовую жидкость.

О совершенствовании стоматологической помощи, являющейся одной из важнейших частей диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, проводимых медицинскими службами в последние годы, всегда свидетельствует возрастающее количество публикаций в печати. Поэтому необходимо активно использовать существующие и разрабатывать новые методы профилактики и диагностики орального гальваноза.

Медицинские учреждения в настоящее время располагают надежными диагностическими тестами, позволяющими диагностировать гальваноз полости рта, но в связи с тем, что многие заболевания имеют схожие симптомы, возникают трудности в дифференциальной диагностике.

**Материалы и методы.** Нами был разработан простой и относительно дешевый способ диагностики гальваноза полости рта, позволяющий без использования рН-метр-милливольтметра определить наличие гальваноза.

Методика диагностики заключается в следующем: при наличии у пациента симптомов гальваноза в виде жалоб на жжение в полости рта, чувство прохождения искры при введении в полость рта металлических предметов, некоторых неврологических симптомов и характерных для гальваноза объективных данных (разнородные металлические конструкции в полости рта, возможны изменения слизистой оболочки полости рта в проекции конструкций) пациента следует направить на биохимический анализ крови на показатель иммуноглобулина Е. В том случае, если иммуноглобулин Е превышает 100 МЕ/мл, пациенту рекомендована замена металлических конструкций в полости рта на безметалловые.

**Результаты.** Результат подтвержден тем, что 86 пациентов первой группы с симптомами гальваноза полости рта были направлены на биохимический анализ крови. При этом определяли показатель иммуноглобулина Е. В норме количество иммуноглобулина Е в крови не

превышает 100 МЕ/мл. Нами было отмечено увеличение показателя иммуноглобулина Е в крови пациентов, страдающих гальванозом полости рта.

После замены металлических конструкций на безметалловые пациенты снова были направлены на исследование показателей иммуноглобулина Е. Выяснилось, что показатель иммуноглобулина Е пришел в норму.

Таким образом, повышение показателя иммуноглобулина Е сыворотки крови может служить одним из диагностических критериев гальваноза полости рта.

## ПОКАЗАНИЯ К ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

Мусольянц Е.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия.  
[musolyantse@mail.ru](mailto:musolyantse@mail.ru)

**Введение.** Выяснено, что понятие мезиальная окклюзия включает в себя различное сочетание скелетных и зубоальвеолярных нарушений (верхняя макрогнатия/прогнатия, протрузия нижней альвеолярной дуги, ретрузия нижних передних зубов и протрузия верхних резцов и клыков, скученность нижних зубов), которые требуют комбинированного подхода к диагностике и лечению.

**Цель исследования** - изучить в литературных источниках различные варианты лечения мезиальной окклюзии, выяснить показания к ортогнатической хирургии и обоснование необходимости междисциплинарного подхода к реабилитации пациента со скелетной мезиальной окклюзией.

**Методы** - поиск статей, монографий, опубликованных за последние 10 лет, в научных поисковых базах CyberLeninka, E-library и MEDLINE/PubMed.

**Результаты и обсуждение.** Авторы изученных нами публикаций пишут, что улучшения эстетики лица и нормализацию окклюзии достигается за счёт модификации роста, либо ортодонтического лечения и/или ортогнатической хирургии. Варианты лечения определяют жалобы пациента, а также возраст пациента, результаты клинического обследования и цефалометрического анализа. После пубертатного периода возможны только ортодонтический камуфляж либо ортогнатическая хирургия, показания к которым определяет тяжесть клинического случая.

Одним из важных и спорных вопросов при планировании лечения является выбор между ортодонтическим камуфляжем и ортогнатической хирургией. Авторы считают, что ортогнатическая хирургия показана в случаях, когда угол ANB < -4° и угол наклона нижнего резца к плоскости тела нижней челюсти меньше 83°. Исследования, проведенные для уточнения показаний к ортодонтическому лечению в сочетании с ортогнатической хирургией привели к созданию прогностической модели (predictive model), включающей значение

числа Wits, соотношение размеров SN, maxilla, mandibula, нижнего гониального угла.

Есть мнения, что значение угла Holdaway может служить ориентиром для прогнозирования ортодонтического лечения ( $\angle H > 12^\circ$ ) либо ортогнатической хирургии ( $\angle H < 12^\circ$ ). В дальнейшем было выявлено, что при значении ( $\angle H \geq 7,2^\circ$ ) ортодонтическое лечение может быть проведено без применения ортогнатической хирургии. Выявили разницу между значением угла Holdaway и показаниями к ортогнатической хирургии.

На примере клинического случая изучены возможности достижения физиологической окклюзии у взрослого пациента со скелетной мезиальной окклюзией. В результате ортодонтического лечения на брекет-системе Biomim нормализованы положение, форма и размеры зубных рядов. На втором этапе осуществлено планирование операции с использованием 3D сканирования аппаратом 3Shape TRIOS (Дания); 3D цифровое ортогнатическое планирование с применением программы Avantis 3D. В соответствии с согласованным с пациентом планом проведена остеотомия верхней челюсти по Le Fort I и нижней челюсти (двусторонняя сагиттальная остеотомия против часовой стрелки) с сопоставлением зубных рядов в физиологической окклюзии. На третьем этапе стабилизация полученных результатов лечения (миогимнастика, физиотерапия).

**Выводы.** Лечение скелетной формы мезиальной окклюзии предполагает ортогнатическую хирургию.

Исследованиями установлено, что определяющими показаниями к ортогнатической хирургии следует считать значение угла H по Holdaway ( $> 10,3^\circ$ ) и числа Wits ( $> -5$ ).

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА**

**Мухамедов И.Ш., Гафуров З.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии является лечение пациентов с переломами средней зоны лица. Число пациентов с переломами средней зоны лица неуклонно растет – с 3,2% в 1959 году (Qiao IL, 1959) до 20-25% в 2000 году (Kuznetsov IA, 2000), что связано с конкретным этиологическим фактором и напрямую коррелирует с развитием современного общества, его экономическими и политическими особенностями. Подавляющее большинство пациентов с травмой в этой области являются результатом побоев. Среди пациентов с посттравматическими деформациями средней поверхности и 35% - поврежденные кости скулы-орбитальная область. Разрушение медиальной стенки орбиты является одним из наиболее частых поражений центральной зоны повреждения лицевого скелета и, по мнению различных авторов (В.П.

Ипполитов, 1986; Бельченко В.А., 1987), 6-12% этот тонкий перелом кости, разделяющий орбиту и полость носа, может вызвать осложнения, связанные с пролабированием содержимого орбиты в пазуху носа, что требует решения многих патогенных, функциональных и косметических проблем.

**Цель исследования** - оптимизация метода хирургического лечения пациентов с изолированными повреждениями медиальной стенки орбиты на основе разработки малоинвазивных оперативных доступов и фиксирующих материалов для достижения оптимальных функциональных и эстетических результатов.

**Материал и методы.** Йодоформные тампоны использовались при лечении травматических повреждений медиальной стенки орбиты у 30 больных. Среди них мужчин было 25 чел. – 83,3%, женщин – 5 (16,7%), в возрасте от 18 до 50 лет. 30 больным была проведена мультиспиральная компьютерная томография орбит в прямой проекции, у исследуемых больных на МСКТ были выявлены изолированные переломы медиальной стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки в полость носа у 15 больных; с переломами костей носа и медиальной стенки орбиты у 9 больных; с переломами скуловой кости и медиальной стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки в полость носа 6 больных.

**Результаты исследования.** Опыт применения йодоформного тампона убедительно показал, что они обеспечили высокую стабильность репозиции при всех типах переломов медиальной стенки орбиты с оптимальным восстановлением анатомической структуры медиальной стенки орбиты. После проведенного хирургического лечения исследуемых больных, функциональные нарушения виде энтофтальма и диплопии глазного яблока устранены. Рентгенологические исследования всех больных свидетельствовали об устранение костного дефекта медиальной стенки орбиты.

Таким образом опыт применения йодоформных тампонов при фиксации после репозиции перелома медиальной стенки орбиты показал:

1. Процесс восстановления больных занимает в среднем от 7 до 10 дней, в зависимости от тяжести и давности перелома медиальной стенки орбиты

2. В послеоперационном периоде больные не испытывают косметического и эстетического дискомфорта также исследования показали, что у 2 из исследуемых больных в послеоперационном периоде возникли осложнения в виде повышения температуры тела до 38°C и головных болей.

**Заключение.** Таким образом, использование йодоформных тампонов при устранение переломов медиальной стенки орбиты различного генеза позволяет получить стойкие анатомические, функциональные результаты, что подтверждается рентгенологическим и функциональным результатами.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА  
У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Мухамедов М.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[muhiddinmuxamedov@gmail.com](mailto:muhiddinmuxamedov@gmail.com)

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не утратила своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных в современной челюстно-лицевой хирургии (Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., 2019; Ешиева А.А., 2020; Pham Dang N., Delbet-Dupas C., 2020).

У существенной части больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Шиханян Н.Н. и соавт., 2014).

Сведения о показателях иммунного сдвига на ранних этапах развития флегмон лица и шеи могут быть использованы для адекватного выбора и определения эффективности проводимой терапии (А.В. Добров и соавт., 2012).

По данным Н.Г. Баранник и соавт. (2016) все флегмоны челюстно-лицевой области независимо от степени их распространённости сопровождаются увеличением содержания в крови большинства провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1, ФНО $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-8). При увеличении зоны поражения флегмонозным процессом установлена активация защитных сил организма, что проявляется в увеличении синтеза ИЛ-4 по сравнению с нормой. Распространение гнойно-некротического процесса из челюстно-лицевой области в медиастинум приводит к подавлению иммунной реакции организма, сопровождающемуся выраженной депрессией синтеза ИЛ-4 в крови.

Кабанова С.А. (2015) установила, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области отмечаются иммунологические нарушения, проявляющиеся в статистически достоверном увеличении количества Т-активных лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов. Степень нарушения иммунного статуса достоверно зависит от тяжести течения воспалительного процесса.

Конев С.С. и соавт. (2017) отмечают, что цитокиновая регуляция иммунного ответа является универсальной реакцией неспецифического иммунного ответа. В этой связи исследовался уровень интерлейкина - 1 (ИЛ - 1), специфичность которого определяется в различных защитных механизмах иммунного ответа, который активируется при его нарушении. Следует уточнить, что ИЛ-1 является локальным медиатором воспалительного процесса. При возрастании концентрации ИЛ-1, его специфика приводит к возникновению многих системных реакций. Этот фактор делает его центральным медиатором ответной реакции острой фазы иммунного воспаления. Наряду с ИЛ - 1, авторами исследовалась концентрация уровня интерлейкина - 6 (ИЛ - 6). Этот цитокин, в большей мере, при повышенной

концентрации способен стимулирует гепатоциты, конечной фазой которого является стимуляция синтеза белков острой фазы воспаления. Этот цитокин приводит к хронизации воспалительного процесса и переводит острые состояния процесса в хроническую форму.

Учитывая вышеизложенное, возможно сделать вывод о том, что определение уровня интерлейкинов, в частности, ИЛ-1, -6, является адекватным прогностическим фактором и может быть использован для определения эффективности проводимой терапии.

### **МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК**

**Мухаммаджанова М.О., Маматова Н.М., Буранова Д.Д.**  
Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Как известно при острых и хронических осложнениях у больных при COVID -2019 наблюдаются различные нервно-психические расстройства.

**Цель.** При патоморфологическом исследовании со стороны головного мозга обнаруживается картина токсической энцефалопатии с сосудистыми и дегенеративными изменениями. В основе неврологических расстройств при заболеваниях почек лежит главным образом интоксикация в результате азотемии.

**Материалы.** Астеноневротический синдром и сосудистая энцефалопатия осложняют субкомпенсированную стадию почечной недостаточности, когда проявлений азотемии еще нет. Даже не значительная потеря как натрия, так и хлоридов, гипо- и гиперкалиемия и гипоальбуминемия понижение осмотического давления крови приводит к повышению проницаемости сосудов и развитию в головном, спинном мозге и периферической нервной системе отека, диапедезных кровоизлияний и к дальнейшим изменениям в нервных клетках, а также нарушению мышечных сократительных функций.

Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при мочекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь провоцирует патологическую иррадиацию болевого импульса как в спинномозговые узлы, так и на сегменты спинного мозга. Это ведёт к появлению болей и гиперестезий. Возникают ренокардиальный, реновисцеральный синдромы или могут обостряться пояснично-крестцовые радикулиты.

В тяжёлых стадиях почечной недостаточности наблюдается сочетание токсической азотемии и метаболического ацидоза к чему наслаиваются нарушения белкового и водно-электролитного баланса, в частности гиперкалиемии и гиперкреатининемии, а также наблюдается артериальная гипертензия.

**Методы.** В начальной стадии заболеваний почек неврастеноподобный синдром проявляется такими симптомами как неуравновешенность,

раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, нарушения сна, рассеянность, утомляемость, невнимательность, обидчивость. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений в области в поясницы, выраженных отеков, дизурических расстройств и т. д. Наблюдается обострение люмбоишиалгического синдрома у больных страдающих остеохондрозом позвоночника, что может изменять клиническую картину заболевания.

С нарастанием недостаточности почек наблюдаются энцефалопатические нарушения. Это общемозговые как головокружение, головная боль, возбуждение или апатия. Также могут наблюдаться менингеальные симптомы, такие как гипотония мышц, повышенные рефлексы, нистагм.

У данных пациентов наблюдаются нарушения мозгового кровообращения как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях почек, осложненных артериальной гипертензией

Мы применили методы стимуляции биологически активных точек у больных в постковидном периоде. Были применены комбинированные методы рефлексотерапии и фармакопунктуры с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний.

Наблюдалась положительная динамика у больных, особенно у тех у которых в анамнезе были аллергические заболевания и лекарственная аллергия на медикаментозные препараты.

**Заключение.** Следовательно, для усовершенствования методов реабилитации и снижения количества осложнений при COVID-2019 необходимо: использование биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить кровоснабжение у пациентов, перенесших COVID-2019.

### **ЛИЧНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Мухиддинова О., Сирожиддинова З. М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель** - изучение проблемы зависимости симптоматики различных заболеваний от особенностей личности, исследование поведения личностей, обладающих различными темпераментами, в медицинской среде.

**Материалы и методы исследования:** изучение научной литературы, исследование проблемы, анализ полученной информации, консультации с опытными психологами.

**Результаты.** В наиболее общей форме можно сказать, что медицинская психология изучает либо личность больного, либо различные внешние и внутренние влияния, которые могут отразиться на ее психическом здоровье.

Для врача-практика понятие "больной" всегда более близко, конкретно и значимо, чем понятие "болезнь". Для медицины "больным" является не только организм, но и личность человека всегда в ее общности и неповторимой отдельности. И это не только для психиатрии и психологии, но и для любой другой отрасли медицины и нигде, как в медицинской психологии, так

отчетливо не видна роль личности в возникновении, развитии и течении болезней и в их профилактике.

Конечно, социальная роль и ее изменения влияют на личность, причем чем менее личность развита, цельна и самобытна, тем она легче реагирует на изменение своей роли.

**Выводы.** Личность – это конкретный человек как субъект переживания, познания и преобразования мира. Но переживания, познание и активность (элементарной формой которой является отношение, а наиболее сложной – творчество) являются атрибутами сознания.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Мухторов Ш.Ш., Якубов Р.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Осложнения после одонтогенной инфекции у детей имеет ряд особенностей, обусловленных относительной незрелостью органов и тканей ребенка, несовершенством иммунитета, обильностью лимфатической ткани, наличием анатомо-физиологических особенностей строения зубов и челюстей, легкостью повреждения и повышенной проницаемостью для микробов, естественных защитных барьеров т.др. У большинства детей источником воспалительных одонтогенных заболеваний являются осложненные кариесом временные зубы. По данным литературы у детей младшего возраста ООО развивается быстро. Во время лечения ООО проводится удаление причинных и ряда других зубов, что впоследствии отражается на состоянии зубочелюстной системы, способствует развитию мышечно-суставного дисбаланса и приводит к деформациям челюстей. Работ, отражающих частоту, факторов риска развития местных осложнений в виде деформаций челюстей у детей после перенесенного ОГПЧ в зависимости от возраста практически нет. Местные осложнения проявляются в виде 1) распространения воспалительного процесса в мягких тканях; 2) деструктивных и продуктивных изменений в кости, что зависит от её минерализации и плотности, состава микрофлоры и её вирулентности; 3) образование дефектов и деформации в челюстных костях, что также нарушение плотности костной ткани, зависит от нарушений системы гемостаза, гемодинамики и микроциркуляции.

**Цель исследования** - совершенствование методов прогнозирования и ранней диагностики местных осложнений у детей с гнойными деструктивными заболеваниями нижней челюсти.

**Материал и методы исследования.** Нами были обследованы 30 больных с хроническим деструктивным остеомиелитом нижней челюсти в возрасте от 3 до 15 лет. Большинство обследованных представляли девочки У 90% из них отмечалось значительное ограничение открывания рта, затруднение носового

даже ротового дыхания из-за ретромикрогении. При анализе МСКТ больных были диагностированы значительное разрушение костной ткани с образованием дефектов и секвестров.

Встречаемость пептострептококков увеличивалась до 71,4% (контроль – 26,6%), золотистых и гемолитических стафилококков до 42,8% и 92,8% соответственно, что отразилось на увеличении количества аэробов до  $7,2 \pm 0,2$ . Изучение видового состава микроорганизмов указывает на увеличение количества гемолитических стафилококков до  $5,4 \pm 0,2$ ; золотистых до  $4,6 \pm 0,3$  Lg КОЕ/г, грибов рода Кандида до  $5,4 \pm 0,3$  ( $P < 0,05$ ). У больных отмечено повышение фибрин-мономерных комплексов в 22,5% случаях, что указывает на диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) крови, которое сопровождается активацией системы гемостаза: фибринолитическая активность повышается до  $11,88 \pm 0,16$  г/л. При склонности к внутрисосудистому свертыванию крови, время свертывания гепаринизированной плазмы значительно укорачивается, т.е. повышается толерантность плазмы к гепарину. Повышение адгезивно-агрегационной активности тромбоцитов свидетельствует о риске на тромбоз.

**Заключение.** На наш взгляд, выраженные нарушения микробиоценоза полости рта и ротоглотки объясняют возникновение и хронизацию с частыми обострениями гнойно-воспалительных заболеваний челюстей в, беспрепятственному распространению патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности в желудочно-кишечный тракт и кровь, приводя к дисбактериозу кишечника или усугубляя его, которое отражается на течении основной патологии.

Выявленные изменения в показателях системы гемостаза обусловлены аутоиммунным состоянием, связанным с поступлением в кровь и накоплением в организме большого количества циркулирующих иммунных комплексов, приводят к ухудшению микроциркуляции, поддерживающей воспаление деструктивные процессы, что обосновывают необходимость коррекции стандартной фармакотерапии.

## ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ СИНОАЗАЛЬНОМ ПОЛИПОЗЕ

Набиева М.М., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Диагностика и лечение полипозного риносинусита остается сложной клинической проблемой. Полипозные риносинуситы являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух и составляют до 32% в общей структуре лор-заболеваемости. В общей популяции распространенность полипов полости носа составляет 4%. По данным Пискунова Г. З., Пискунова С. З. (2006), в 68% случаев верхушки корней зубов располагаются в непосредственной близости к дну верхнечелюстной пазухи. Высокий процент случаев интимной

анатомической связи зубов с верхнечелюстной пазухой обуславливает довольно частый переход воспалительного процесса с корней зубов на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи.

**Цель исследования** - уточнить и систематизировать рентген-диагностику полипозного риносинусита.

**Материалы и методы исследования.** За период 2021-2022 годов на базе отделения рентгенрадиологии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии было обследовано и проведено лечение 95 больных (мужчин - 44, женщин - 51; в возрастном интервале от 24 до 58 лет) с полипозным риносинуситом. При этом наряду с клинико-инструментальными исследованиями (эндоскопия полости носа с применением 0° и 30° эндоскопов, исследование функции носового дыхания, стоматологическое обследование, клинический анализ крови, гистологическое исследование операционного материала) всем 95 пациентам была выполнена рентгенография околоносовых пазух (Appex (GE, Германия)) в носо-подбородочной и боковой проекциях.

**Результаты.** В корреляции с клинико-инструментальными данными, результатами цифровой рентгенографии разработаны дифференциально-диагностические критерии, позволившие диагностировать полипозный риносинусит. Данные причины возникновения патологического процесса могут быть как на фоне аллергического статуса больного, так и без него, что актуально отметить исходя из понимания развития полипозного процесса в синусах в целом. Исходно патологический полипозный процесс имел односторонний характер, ограниченный в проекции дна верхнечелюстной пазухи. При отсутствии аллергического дополнительного компонента заболевание вначале протекало малосимптомно. Данные лор-обследования позволили выявить болезненность при пальпации и перкуссии в проекции пораженной пазухи, изменения эндоскопической картины полости носа на стороне поражения: застойная гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа - 100% (95), увеличение в размерах носовых раковин - 86,3% (82), слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе - 44,2% (42), полипозные изменения в области средних носовых раковин - 48,4% (46) и зоны хоан - 11,6% (11), которые характеризовались формированием солитарных полипов. Обострение хронического процесса в синусе происходило на фоне переохлаждения, снижения иммунорезистентности, ОРВИ и носило характер острого гнойного верхнечелюстного синусита с наличием ороантрального сообщения (ОАС) - открытая форма в 17,9% случаев (17 пациентов).

По рентгенологическим данным выявлено снижение пневматизации верхнечелюстного синуса в виде: ограниченного пристеночного в 28,4% случаев (27 человек), кистоподобного в 15,8% случаев (15), полиповидного утолщения слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи в 38,9% случаев (37) на уровне вершечек корней пораженных зубов. Субтотальное, тотальное затемнения верхнечелюстной пазухи на стороне одонтогенного очага инфекции - 36,8% (35), наличие горизонтального уровня экссудата - 61% (58), дефекта замыкательной костной пластинки дна верхнечелюстной пазухи - 27,4% (26),

наличие ороантрального сообщения - 17,9% (17), частичного затемнения передних и средних клеток решетчатого лабиринта - 13,7% (13). Результаты гистологического исследования операционного материала - отечные полипы, фиброзно-отечные полипы с лейкоцитарной (нейтрофильной) инфильтрацией. В ряде гистологических исследований отмечено на фоне полипозной дегенерации синуса наличие грибкового тела, представленного чаще грибами рода *Aspergillus* spp, реже *Candida* spp, *Penicillium* spp и *Alternaria* spp.

**Заключение.** Доказана высокая эффективность трехмерной рентгенографии в диагностике различных клинических форм полипозного риносинусита и оценке эффективности его консервативного и хирургического лечения.

### **НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ**

**Наврузова Л.Х.**

Бухарский государственный медицинский институт

[lolanavruzova68@mail.ru](mailto:lolanavruzova68@mail.ru)

Воздействие факторов эндокринной системы на пародонтологический статус имеет различные последствия. Среди этих факторов особая роль отводится заболеваниям щитовидной и паращитовидных желез, последние вырабатывают паратгормон, регулирующие обмен кальция и фосфора в организме человека. Особая роль в регуляции обмена веществ принадлежит гормону околощитовидных желез, который обеспечивает нормальное соотношение между процессами костеобразования и костеразрушения, участвует в регуляции роста и зубных тканей. Согласно статистическим данным, это заболевание наблюдается в любом возрасте, но чаще всего у женщин в возрасте 30-50 лет.

В последнее время при заболевании эндокринной системы точнее при гиперпаратиреозе, чаще отмечается тяжелое течение пародонтита, увеличилось число лиц с агрессивными формами пародонтита. В связи с тем, что лечение развившихся форм пародонтита требует значительных временных затрат специалистов, увеличивающихся по мере утяжеления процесса, полное обеспечение больных соответствующей лечебной помощью (в т.ч. медикаментозной) оказывается проблемой, которая не может быть решена ни в одной стране мира. В этой связи, научная значимость определенного решения данной проблемы очевидна. В свою очередь, фитопрепараты традиционно используют для ускорения процесса местного лечения заболеваний пародонта и предназначены для полосканий, инстилляций, аппликаций, в основном в домашних условиях. К их недостаткам можно отнести: небольшой срок хранения (от пары часов до нескольких суток), иногда сложность и длительность их приготовления, короткий период воздействия на пародонт. Ассортимент используемых в настоящее время лекарственных средств растительного происхождения представляется недостаточным и насыщен или

отечественными («Хлорофиллипт», «Ротокан», «Настойка календулы», «Настойка эвкалипта» и др.), или импортными дорогостоящими препаратами («Мараславин», «Дентинокс», «Стоматофит», «Калгель», «Камистад», «Элюгель» и др.), которые не содержат оптимального состава биологически активных соединений, направленно действующих на патогенетические звенья целевых заболеваний.

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

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

**Результаты исследования и их обсуждение.** В условиях гиперфункции ПЩЖ отмечено что, увеличение синтеза паратгормона, способствует: повышению пролиферативных процессов и в результате привести к гингивитам: хронический катаральный гингивит (у 43,6%), гипертрофический (в 12,4% случаев). У больных в пародонте чаще преобладают дистрофические процессы – атрофия межзубных сосочков, зияние шеек зубов, при этом подвижность зубов, наличием зубодесневых карманов с серозным и геморрагическим содержимым, генерализованные формы приводят к длительному и хроническому течению, к преждевременной потере зубов, общей сенсibilизации организма, снижению эффективности иммунной системы.

Распространенность и частота заболеваний пародонта среди женщин 20-55 лет с гиперпаратиреозе в 2 раза выше, (61,1%), чем у здоровых (18,7%).

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

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

**Выводы.** Грамотное использование современных препаратов растительного происхождения позволяет избавляться от основного и сопутствующих заболеваний без осложнений для организма пациента, а также своевременное профилактическое их применение позволяет предотвращать ухудшение и поддерживать длительное состояние ремиссии. При этом лечение фитопрепаратами производится без использования сильнодействующих синтетических препаратов или позволяет значительно снизить их количество.

**ВОПРОСЫ МОДЕРНИЗАЦИИ И ОПТИМИЗАЦИИ  
СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СТОМАТОЛОГОВ И  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ**

**Нармахматов Б.Т., Вохидов У.Н., Жахоналиев Б.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Обеспечение отрасли здравоохранения квалифицированными кадрами, подготовленными к практической работе на основании стандартов, остается одной из насущных проблем, требующих решения. В отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи данная задача успешно решена. Основанная в 1998 году отделение челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи имеет в распоряжении 4 стоматологических установок, 2 лаборатории, 1 томограф, стационар челюстно-лицевой хирургии, 1 учебный центр. Число сотрудников 10, 6 из которых врачи.

**Цель** - продемонстрировать систему повышения квалификации медицинских работников с высшим (врачей челюстно-лицевой хирургии) и средним профессиональным образованием, реализованную в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи и направленную на подготовку специалистов к самостоятельной практической работе в соответствии стандартам.

**Материалы и методы.** Каждый медицинский работник, трудоустроенный в отделение челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, независимо от стажа работы проходит повышение квалификации продолжительностью три месяца. Образовательная деятельность осуществляется в рамках лицензии на право ведения образовательной деятельности по программам дополнительного профессионального образования. С точки зрения системы образования повышение квалификации включает в себя теоретическую часть, отработку практических навыков в симуляционном классе, стажировку на рабочем месте. Реализация обучения осуществляется таким образом, что специалист за достаточно короткий срок овладевает новыми, необходимыми для выполнения трудовых функций компетенциями, наряду со знаниями по смежным специальностям, овладение мануальными навыками, включая проведение сердечно-легочной реанимации и действий при неотложных ситуациях.

Обучение построена на 7 принципах:

1. Погружение. Обучение включает 50 занятий в симуляционном классе, получение допуска к операциям, 3 месяца стажировки в клинике под руководством наставника, экзамен.

2. Эргономика. «Работа в 4 руки». Собственник бизнеса несет личную ответственность за здоровье каждого сотрудника, поэтому с 1999 года обучение начинается с практического курса по эргономике. Обучение и «работа в четыре руки» в паре «врач-ассистент» является «золотым стандартом» работы на

стоматологическом приеме. Обучение медицинских сестер возможно только в парах с врачом, соответственно тогда они смогут работать в парах.

3. Осознанность в обучении.

4. Работа в команде. Обучение комплексному подходу ведения пациента. Разбор каждого клинического случая на «планерках», которые проводятся дважды в день перед каждой рабочей сменой.

5. В бою. Клиническая практика в реальной стоматологической клинике. После «планерки» выполнение практического задания по протоколу в соответствие с предстоящим лечением реального пациента, что позволяет повысить качество и сократить время лечения.

6. Поддержка. Контроль и поддержка обучающихся на всех этапах обучения. Анализ работы, ведение документации после каждой смены.

7. Контроль. Обеспечение качества соблюдается за счет строгого соблюдения стандартов.

**Результаты.** Вдумчивый клиницист отличается от простого лекаря тем, что он анализирует свою работу и, особенно, результаты в долгосрочном периоде. Отделение челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи имеет базу более чем 1000 документированных клинических случаев, с проведением обязательного фотопротокола на всех этапах лечения. С 2022 года учреждение переходит на новое современное здание. После окончания обучения специалисты, магистры и клинические ординаторы сдают экзамен, после успешной сдачи которого он может претендовать на трудоустройство в отделение челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Мощности учебного центра позволяют осуществлять подготовку не только специалистов для внутренней потребности сети, но и повышать квалификацию медицинских работников на внешнем рынке.

**Обсуждение.** В отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи реализована модель непрерывного профессионального развития. На ежегодной аттестации с работником составляется его индивидуальный план профессионального развития на следующий год, который он затем реализует. Образовательное портфолио формируется на основании потребности как работника, так и работодателя.

**Выводы.** Таким образом, в учебном центре реализована модель подготовки медицинских кадров, которая с точки зрения традиционного образования представляет собой курс повышения квалификации, а фактически является практической реализацией всех тех направлений проблем, которые в масштабах Республики Узбекистана предстоит решить: непрерывное профессиональное развитие, формирование индивидуальной образовательной траектории, ведение образовательного портфолио, владение в совершенстве практическими навыками, наставничество, обучение в соответствии со стандартами.

**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С  
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ОДОНТОГЕННОГО  
ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

**Нармахматов Б.Т., Халматова М.А., Жахоналиев Б.У., Мухторов З.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Верхнечелюстные синуситы одонтогенного происхождения являются одной из частых по встречаемости заболеваний в практике челюстно-лицевых хирургов несмотря на появление современных методов диагностики и хирургического лечения, основанные на результатах научных исследований в этом направлении. Очаг воспаления в верхнечелюстном синусе может послужить фактором инфекционной сенсбилизации, многочисленных глазничных, интракраниальных и септических осложнений.

**Цель и задачи** - изучить современное состояние диагностики и методов хирургического лечения верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения.

**Методы исследования.** Краткий литературный анализ опыта передовых стран по внедрению современных методов диагностики и хирургического лечения верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения.

**Результаты.** Исходя из данных зарубежной литературы, уже при первичном осмотре больного стоматологом на основании анамнеза, жалоб больного, клинического проявления (результатов экзо- и эндоскопии, орофарингоскопии, наличия сопутствующих заболеваний полости носа и околоносовых пазух, зубо-челюстной системы) возможно провести первичную дифференциальную диагностику происхождения заболевания: одонтогенный или риногенный. Что позволит составить план дальнейшего обследования больного и, в соответствии с полученными результатами, оценить направленность этиологического и объем патогенетического лечения, что приводит к повышению эффективности.

**Заключение.** Вопреки достижениям фармацевтики, появлению современной лечебной и диагностической аппаратуры, частота встречаемости данной нозологии в структуре стоматологической заболеваемости увеличивается. Для достижения наилучшего эффекта требуется дифференциальный подход в диагностике и лечении.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ УВЛАЖНЕНИЯ ПОЛОСТИ  
РТА ПРИ КСЕРОСТОМИИ**

**Нармахматов Б.Т., Халматова М.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Снижение количества выделяемой слюны, возникающее из-за дисфункции слюнных желез и проявляющееся как сухость во рту

(ксеростомия), является одной из частых причин обращения пациентов на прием к стоматологу. В исследованиях взрослых в возрасте 20-60 лет (n=970) было показано, что симптомы регулярной ксеростомии наблюдались у 3,3 % населения, а нерегулярной – у 11,8%. [1]. Анализ частоты встречаемости показал, что на долю пациентов, страдавших сиаладенозом и слюннокаменной болезнью, приходилось наибольшее количество пациентов: 27,5% и 26% соответственно. У больных сиаладенозом причиной его возникновения, как правило, были эндокринные нарушения (сахарный диабет, гипо- или гиперфункция щитовидной железы, гипогонадизм и др.). Синдромальный сиаладеноз (синдромы Шегрена, Кюттнера, Микулича, метаболический синдром и др.) встречался значительно реже: в пределах 1-2% [2].

**Цель исследования** - совершенствование методов диагностики и лечения пациентов с ксеростомией.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 10 пациентов (4 мужчины и 6 женщин) в возрасте от 20 до 70 лет, которые жаловались на постоянную сухость рта. Ксеростомию у троих мужчин диагностировали на фоне метаболического синдрома, у одного – хронического сиалодохита. У четырех женщин ксеростомию выявили на фоне синдрома Шегрена, у двоих ксеростомия протекала на фоне длительного приема гипотензивных средств. Пациентам давали тест-опросник для определения субъективных ощущений сухости рта, определяли скорость слюноотделения с помощью сиалометрии смешанной слюны. На основании результатов обследования у всех пациентов диагностировали объективную ксеростомию. В качестве заместительной терапии и как симптоматическое лечение использовали ополаскиватель для увлажнения полости рта. Пациенты использовали ополаскиватель 3 раза в день в течение 2 недель. Время каждого орошения полости рта занимало 1-2 мин.

**Результаты.** По результатам опросников, из 10 пациентов трое (30%) отметили субъективное улучшение состояния. Сухость полости рта стала беспокоить меньше как при разговоре, так и в состоянии покоя. При приеме пищи ощущение сухости сохранялось. Результаты сиалометрии показали, что у 3-ех пациентов (30%) отмечалось незначительное увеличение количества свободной слюны. До начала лечения у этих пациентов скорость слюноотделения была  $=0,12 \pm 0,04$  мл/мин. После лечения скорость слюноотделения увеличилась до  $0,2 \pm 0,01$  мл/мин. У 4-ех (40%) пациентов при обследовании мы отметили небольшое увеличение количества свободной слюны, однако данные пациенты субъективно не отмечали улучшение своего состояния. Так, до начала лечения скорость саливации у них была  $0,1 \pm 0,03$  мл/мин. После лечения скорость саливации увеличилась незначительно и составила  $0,13 \pm 0,03$  мл/мин. У 3-ех (30%) пациентов по результатам опроса выяснилось, что действие препарата прекращалось через 20 минут после полоскания. При объективном осмотре и сиалометрии смешанной слюны положительной динамики у них не наблюдали.

**Выводы.** Исследование эффективности ополаскивателя для увлажнения

полости рта при лечении больных с объективной (истинной) ксеростомией показало, что имелся незначительный эффект от его применения у 70% пациентов. Этот эффект выражался в виде увеличения скорости саливации, а также благоприятного воздействия на функцию слюнных желез и снижение ощущения сухости в полости рта.

## **ВЛИЯНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛОСТИ РТА**

**Нарова Н.Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

До настоящего времени существует лишь небольшое количество исследований, оценивающих влияние элайнеров на факторы местного иммунитета полости рта. Определение влияния элайнеров на эти факторы поможет понять их потенциальное воздействие на развитие и прогрессирование основных стоматологических заболеваний.

У 30 пациентов, страдающих ортодонтической патологией и использующих для лечения элайнеры, изучали местные факторы защиты, присутствующие в ротовой жидкости, такие как: фагоцитарную активность нейтрофилов, титр лизоцима и уровень секреторной фракции иммуноглобулина класса А (sIg A).

Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в ротовой жидкости забор и обработку слюны проводили в модификации Антонова Л.И. (2006). Лизоцимную активность в ротовой жидкости определяли при помощи метода предложенного Алиевым Ш.Р. Определение уровня секреторной фракции иммуноглобулина А (sIg A) проводилось при помощи метода, в основу которого положен способ Манчини.

Следует заметить, что часть исследований в этих вопросах проведены иммуноферментным анализом.

Было выявлено, что у пациентов с зубочелюстными аномалиями использующих элайнеры в течение 1-3-6 месяцев, наблюдается развитие вторичного иммунодефицита. Так, после использования элайнеров в течение 1 мес, изменения в показателях незначительны, да и имеющиеся отклонения недостоверны.

В тоже время, у этих пациентов использующих элайнеры в течение 3-х месяцев показатели иммунодефицита более выражены и особенно показатели фагоцитарной активности нейтрофилов, которая равнялась  $40,0 \pm 1,2\%$  при норме  $54,2 \pm 1,4\%$ .

Однако наиболее существенные данные получены у пациентов, использующих элайнеры в течение 6 месяцев. Титр лизоцима и показатель фагоцитарной активности нейтрофилов достоверно возросли и только показатель уровня секреторной фракции иммуноглобулина А (sIgA), не имеет тенденции к улучшению.

Таким образом, проведенные иммунологические исследования у пациентов, использующих в полости рта элайнеры в течение 1-3-6 месяцев, показали, что в полости рта развивается картина вторичного иммунодефицита.

При этом, картина иммунодефицита наиболее выражена у пациентов, использующих элайнеры в течение 3-х месяцев. В то же время у пациентов через 6 мес. ношения элайнеров, картина иммунодефицита достоверно сглаживается.

### **ВЫБОР МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ТРАНСВЕРСАЛЬНОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Насимов Э.Э., Абдукадырова Н.Б., Сотиволдиева С.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[nasimov.orthodontics@gmail.com](mailto:nasimov.orthodontics@gmail.com)

**Актуальность.** Одним из часто наблюдаемых врожденных аномалий развития лицевого черепа является сужение верхней челюсти, которая в свою очередь приводит к значительным функциональным и эстетическим нарушениям. Исследования в данном направлении показали: несоответствие в трансверсальном направлении являются значительным компонентом многих аномалий прикуса. Согласно данным da Silva Filho, указанная патология встречается у 0,19% населения. Методики анализа трансверсального несоответствия челюстей были предложены еще Pont. Несмотря на развитие современных трехмерных лучевых технологий, выбор методов диагностики остаётся всё ещё актуальным.

**Целью исследования** явился анализ и сравнение двух методик расчета трансверсального несоответствия челюстей, а также определение их эффективности.

**Материал и методы.** Проведено обследование 20 пациентов с сужением верхней челюсти в возрасте с 8 до 20 лет включительно. Все пациенты были распределены на 2 равные группы в зависимости от возраста: I группа – 8-14 и II группа – 14-20 лет. Все обследованные прошли комплексную ортодонтическую диагностику, включающую в себя: фотометрию, сканирование зубных рядов, КЛКТ снимки, антропометрический анализ виртуальных 3D моделей челюстей по методу Pont, а также анализ снимков КЛКТ обследованных для определения данных Yonsei transverse index.

**Результаты и обсуждение.** Группа обследованных по методу Pont показали нормальную ширину зубных рядов в 62,3% случаях в I группе и 73,7% во II группе, несмотря на наличие скученности зубных рядов, ротации зубов и зубоальвеолярной протрузии. В I группе, у обследованных по Yonsei transverse index среднее значение было -4.56 мм (при норме  $-0,39 \pm 1.87$ ), что говорит о выраженном скелетном сужении верхней челюсти; во II группе значения по Yonsei составляли в среднем -7,35 мм. Приведенные данные по Pont и Yonsei показали, что сужение верхней челюсти компенсировано щечным наклоном моляров, что в анализе по Pont не может быть выявлено объективно. Однако,

для определения Yonsei transverse index проводятся измерения в области бифуркаций 1х моляров на КТ срезах, что определяет скелетную ширину верхней и нижней челюстей в области центров резистентности моляров.

**Заключение.** Современные методы диагностики и анализа трансверсального несоответствия челюстей с применением КЛКТ позволяют не только объективно определить степень аномалии, но и выявить компенсированные их формы, что необходимо и важно для планирования их ортодонтического лечения.

### **КЛИНИКО-АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Насретдинов З.Т., Эшбадалов У.Х., Файзиходжаев О.С.**

Андижанский государственный медицинский институт

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляют около 10-20% хирургических пациентов, обращающихся в стоматологические поликлиники и более 60% больных, получающих специализированную медицинскую помощь в отделениях челюстно-лицевой хирургии. На долю пациентов, госпитализируемых в данные отделения с диагнозом абсцесса или флегмоны, приходится от 30% до 70% от общего числа больных.

Достижения медицины в области исследования этиологии и патогенеза флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) позволили разработать новые методы лечения и диагностики. Однако распространенность патологии не имеет тенденции к снижению, а процесс лечения остается сложным и длительным, не застрахованным от развития осложнений.

В настоящее время существует множество способов, оценивающих состояние больных с флегмонами ЧЛО и позволяющих прогнозировать течение заболевания на основании данных клинического, биохимического, гематологического, иммунологического обследования. Однако работ посвященных процентному соотношению частоты встречаемости флегмон различной этиологии, в частности одонтогенного происхождения в разделе хирургической стоматологии единичные. Поэтому оценка степени риска развития осложнений при острых воспалительных заболеваниях является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии детского возраста.

В связи с этим мы поставили перед собой **цель:** провести статистическое соотношение флегмон ЧЛО в зависимости от анатомо-топографической локализации.

Нами были обследованы 86 больных с флегмонами различного происхождения и различной локализации в челюстно-лицевой хирургии № 7 КГБ г. Ташкент, выполненных в период 2018-2020гг.

Все флегмоны мы подразделяли на две группы. Первая группа – одонтогенные флегмоны – 82.

Локализация флегмон и первичный инфекционный очаг представлены в 63% случаев «причинными» зубами в возникновении одонтогенных флегмон (в 25% -верхние моляры, в 35% - нижние моляры и в 3% - верхние резцы и клыки) и в 37% случаев - постоянные зубы (в 5% -верхние шестые, в 25% - нижние шестые и в 7%-верхние резцы). За последние три года отмечается снижение частоты заболеваний с одонтогенными флегмонами с этиологическим фактором возникновения от постоянных зубов, по нашим данным в период 2018-2020 гг.

Исходы заболевания - во всех случаях благоприятный (выздоровление). Применяя комплексное лечение, можно добиться хороших результатов в лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Организация плановой, профилактика заболеваний полости рта, своевременное и рациональное лечение заболеваний зубов намного снизит возникновение таких осложнений как флегмоны одонтогенного происхождения.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТИГАЗОН ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА**

**Негматуллаев А.Н.**

Бухарский государственный медицинский институт

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – одно из распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), которое имеет хроническое течение и характеризуется периодами ремиссии и обострения с высыпанием афт. По данным ВОЗ, поражает до 20% населения. Характерными морфологическими элементами при ХРАС являются афты, которые локализуются на любом участке СОПР и имеют цикл развития 7-10 дней. Они чаще округлой формы с гиперемизованным венчиком, образовавшиеся на фоне невоспаленной слизистой, покрытые желтовато-белой фиброзной пленкой, находящиеся на одном уровне со слизистой оболочкой или незначительно выступающие над ней. Жалобы при легкой форме ХРАС на боли при приеме пищи и разговоре, снижение аппетита, на одиночные афты на слизистой рта, предшествует чувство жжения, болезненность, парестезия слизистой оболочки в месте возникновения афт.

Тактика лечения: ХРАС зависит от степени тяжести патологического процесса, от наличия фоновой патологии и включает устранение причинных и предрасполагающих факторов. Медикаментозное лечение носит паллиативный характер.

Немедикаментозное лечение: направлено на устранение этиологических и предрасполагающих факторов – санация полости рта, избегать травматизации СОПР, обучение рациональной гигиене полости рта, устранение стрессогенных факторов, восстановление баланса женских половых гормонов (у женщин), выявление взаимосвязи с пищевыми продуктами, соблюдение безглютеновой диеты, даже при отсутствии целиакии.

Медикаментозное лечение: (в зависимости от степени тяжести заболевания): местное лечение:

- обезболивание: 1-2% лидокаин для обезболивания, 0,1% триамцинолон для аппликаций 3-6 раза в день 4-6 дней, 0,05% клобетазол для аппликаций 3-6 раз в день 4-6 дней, при наличии вирусной этиологии 5% ацикловир для аппликаций 4-6 раз в день 5-10 дней.

- антигистаминные препараты: лоратадин 10 мг 1 раз в сутки 10-15 дней, дезлоратадин 5мг 1 раз в сутки, длительность приема зависит от симптоматики;

- симптоматическая терапия: хлоргексидина биглюконат, раствор, 0,05% для обработки полости рта 3 раза в день до начала эпителизации, тигазона 30%, в виде аппликаций на элементы поражения до полной эпителизации.

**Цель исследования.** В связи с вышесказанным, целью нашего исследования является изучить влияние препарата «Тигазон» на динамику клинической симптоматики болезни и местного иммунного статуса ХРАС.

**Материал и методы.** Исследование проводили на базе кафедры терапевтической стоматологии Бухарского государственного медицинского института. Было выполнено клиническое исследование с последующим лечением 80 пациентов с ХРАС в возрасте от 25-40 лет.

С целью оценки действия препарата «Тигазон» на клиническое течение ХРАС сформированы 3 группы пациентов:

1) Первая группа (основная), где были включены 30 пациентов, которым проводилась монотерапия препаратом «Тигазон».

2) Вторая группа (контрольная), куда были включены 30 пациентов, которым проводилось лечение препаратом Диплен-Дента.

3) В третью группу были включены 20 пациентов, которым проводилась комплексное лечение антисептическими средствами, местных обезболивающих препаратов

«Тигазон» назначили в виде местной обработки полости рта 30% препарата 2 раз в день в течении 5-7 дней. Экспозиция препарата «Тигазон» на поверхности слизистой – 10 минут. Все другие группы также проходили лечение в течение 7 дней. Принимать пищу и полоскать рот пациентам разрешалось не ранее, чем через 1 час после применения препаратов.

Терапевтический эффект оценивали на основании сроков исчезновения субъективных и объективных признаков ХРАС. Клинические симптомы оценивали ежедневно. Клинические методы исследования включали – сбор анамнеза, осмотр полости рта на наличие афт ХРАС, пальпацию СОПР для оценки болезненности высыпаний. Обработку и анализ полученных статистических данных проводили на персональном компьютере программой Statistica для Windows 7.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты всех 3-х групп предъявляли жалобы на боль, жжение, покраснение СОПР, наличие афт. Афты высыпались в различных участках ротовой полости, чаще на слизистой губ, щек, спинке и кончика языка (табл.1).

Таблица 1.

Жалобы и клинические проявления больных на ХРАС

Жалобы	Количество больных (n=80)
Боль	80 (100%)
Жжение	40 (33.3%)
Воспаление	35 (32,5%)
Афты	80 (100%)
Ухудшение общего самочувствия	100 (83,3%)

Как видно из данных таблицы 1, чаще всего ХРАС проявлялась в виде боли и высыпаний афт (100%). 83,3% пациентов жаловались на ухудшение общего самочувствия – наличие субфебрильной температуры, нервозность, тревожность, понижение аппетита, что значительно ухудшало качество их жизни.

Клинические проявления после использования терапии также уменьшались (табл.2).

Таблица 2.

Симптомы	1 группа (n=31)	2 группа (n=40)	3 группа (n=39)
Боль/воспаление/жжение			
-2 сутки	30 (73,2%)	15 (37,5%)	18 (46,2%)
-5 сутки	38 (92,7%)	20 (50%)	25 (64,1%)
-7 сутки	41 (100%)	31 (77,5%)	36 (92,3%)
Афты			
-3 сутки	25 (60,97%)	11 (27,5%)	16 (41,03%)
-5 сутки	39 (95,12%)	23 (57,5%)	26 (66,7%)
-7 сутки	41 (100%)	32 (80%)	34 (87,18%)
Улучшение общего самочувствие (на 2 сутки)	30 (73%)	15 (37%)	18 (46%)

Пациенты 2 группы почувствовали улучшение общего самочувствия на 2 сутки у 37% пациентов, афты начали уменьшаться у 27,5% пациентов на 3 сутки, и 80% на 7 сутки. Пациенты 3 группы, почувствовали улучшение общего самочувствия, и исчезновение симптомов боли на 2 сутки у 46% пациентов, афты исчезали на 3 сутки у 66,7%. Пациенты, получавшие обработку препарата «Тигазон», уже на 2-е сутки почувствовали улучшение общего самочувствия, значительное уменьшение симптомов боли, жжения, воспаления. Афты начали исчезать на 3 сутки у 60,97% пациентов, на 5 сутки у 95%, и на 7 сутки у 100% пациентов.

**Заключение.** Исследование показывает нам, что проводимое лечение с применением препарата «Тигазон» проявило свою хорошую эффективность. Также клинические проявления ХРАС значительно уменьшились уже на второй день применения препарата «Тигазон», а на 7 сутки достигли 100% результата, чего не наблюдалось в двух других контрольных группах.

Показания для консультации специалистов: наличие соматических

заболеваний, отягощенный аллергологический анамнез. Профилактические мероприятия: Выявление и лечение заболеваний ЖКТ, нервной, эндокринной систем. Устранение очагов хронической инфекции, травмирующих факторов. Своевременное выявление и лечение вирусной инфекции. Тщательная санация полости рта, систематический гигиенический уход. Мониторинг состояния пациента – нет; Индикаторы эффективности лечения: сокращение сроков лечения, увеличение периода ремиссии.

### **COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**Нематов А.А.**

Тошкент тиббиёт академияси  
[abdurashidnematov459@gmail.com](mailto:abdurashidnematov459@gmail.com)

Ҳозирги кунда Ўзбекистон, Марказий Осиёда коронавирус инфекциясининг тарқалиши ва унинг олдини олиш, шунингдек касалхонада даволанаётган беморларга тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш борасида ўзининг тизимли йўналишига эга давлатлар қаторида саналмоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади** - COVID-19 билан касалланган беморларга тиббий-ижтимоий хизмат кўрсатиш тадбирларини ўрганиш ва ушбу хизматни такомиллаштириш учун амалий тавсиялар ишлаб чиқиш.

**Материал ва усуллар.** Тошкент вилоятида жойлашган Республика махсус юқумли касалликлар шифохонаси Зангиота-2 да даволанаётган барча беморларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдам турларини ва соғломлаштириш соҳасидаги асосий тадбирларни танлаб олдик. Олинган маълумотлар статистик усуллар ёрдамида таҳлил қилинди.

**Олинган натижалар.** Мамлакатимизда COVID-19 билан касалланган беморларни даволаш 159 та муассасаларида олиб борилди ва жами 25,200 ўрин, шу жумладан 2,500 реанимация ўринлари ташкил этилди. Тошкент вилоятида 20 минг, Наманган, Самарқанд, Сурхондарё вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикасида 7,085 ўринга мўлжалланган “Карантин маркази” қурилиб ишга туширилди.

Юқоридагиларга асосланиб, Тошкент вилоятида жойлашган Республика махсус юқумли касалликлар шифохонаси Зангиота-2 да даволанаётган барча беморларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамни ўрганиш ва соғломлаштириш соҳасидаги асосий тадбирларни танлаб олдик. Шифохонага 2021 йил учун ажратилган жами штатлар сони 1670,5 тани ташкил қилмоқда, бундан шифокорлар учун 413, ўрта тиббиёт ходимлари учун 744,75, кичик тиббиёт ходимлари учун 463,75, бошқарув ходимлари ва бошқа ходимлар учун 49 штат бирлиги ажратилган. 2021 йилда ажратилган маблағларни таҳлил қилганимизда ойлик маош учун ажратилган жами маблағлардан битта ўрин учун сарфланган маблағ 588,875 сўмни, озиқ овқат (товар ва хизматлар) учун 76,361 сўмни, тиббий буюмлар ва дори-дармон учун 273,795 сўмни, бошқа харажатлар учун 44,773 сўмни ташкил қилган. Умуман олганда битта ўрин

учун жами 978,805 сўм маблағ сарфланган. Муассаса ташкил қилингандан буён жами 54012 нафар бемор даволанган бўлиб (2020-2021 йиллар), ўртача йиллик ўринлар сони 1160 тани ташкил қилган. Шифохонадаги ўринлар алмашинуви 2020 йилда 17 тани ташкил қилган бўлса 2021 йилга келиб даволашнинг янги ишлаб чиқилган баённомалари, мутахассисларнинг тажрибаси ва даволашга қаратилган чора-тадбирларнинг самараси ошганлиги сабабали бу кўрсаткич 29 тани ташкил қилди. Бунинг натижасида беморларнинг стационарда ўртача ётган кунлари сони 12,4 кундан (2020 йил), 10,4 кунга қисқарди.

**Хулоса.** Соғлиқни сақлаш тизимини моддий техник база ва тиббиёт ходимлари билан тўлиқ таъминлаш, аҳолига шу жумладан беморларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдам турларини кўпайтириш керак. Бундан ташқари COVID-19 касаллигини тақсимлаш ва даволашга ихтисослаштирилган шифохоналарда ётоқ фонди захирасини яратиш керак.

Ушбу чора-тадбирларни амалга ошириш мамлакатимизда давом этаётган пандемияни жиловлашга ўзининг катта ҳиссасини кўшади.

### **БИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ**

**Нигматов Р.Н., Абдуллаева.Н.И., Абдуганиева.Н.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

На протяжении всего XX столетия ученые занимались поиском различных закономерностей, позволяющих определить норму для антропометрических параметров зубных рядов и челюстей при обследовании пациентов большое значение имеет дополнительные методы исследования по А.Понт (1907) на основании многочисленных измерений правильно сформированных прикусов выявлял зависимость между поперечными размерами коронок четырёх верхних резцов и шириной зубных рядов в области премоляров и моляров. Позже Н.Линдер и Г.Харт (1939) и G.P.F. Schmuth (1994) проверили метод А.Понта и внесли некоторые коррективы. В основу метода Линдера и Харта положена определенная зависимость между поперечными размерами коронок четырёх верхних резцов и шириной зубных рядов в области премоляров и моляров. Были рассчитаны индексы – премолярный - 85 и молярный - 65.

**Материал и методы.** Исследование проводилось у школьников города Ташкента в возрасте от 6 до 9 лет. На кафедре ортодонтии в течении года были обследованы 76 учеников, из них 34 (44,7%) девочек и 42 (55,2%) мальчиков, все обследованные были разделены на возрастные, половые группы и по периодам потерей молочных зубов. Было проведено клиническое обследования, провели биометрический анализ моделей пациентов по методу Т.Джонсона и Мойерса, исследовали каждый модель отдельно по двум.

Второй метод биометрического анализа по Т.Джонсона было проведено с помощью формула: Норма для нижней челюсти:

$S_n$ - ширина нижних незцов /2 \_\_\_\_\_ +10,5 = \_\_\_\_\_ мм

Норма для верхней челюсти:

$S_n$ - ширина нижних незцов /2 \_\_\_\_\_ +11,0 = \_\_\_\_\_ мм

Мы провели измерения с помощью электронного штангенциркуля и сопоставили по формуле.

**Результаты и обсуждение.** Для изучения места для прорезывания постоянного клыка и премоляра мы использовали метод Мойерса и Т.Джонсона, и по данным наших исследований в первом методе было дано таблица по 1, в котором измерялась с помощью штангенциркуля сперва 4 нижние резцы и S1-18,6 S2- 22,3 S3- 22,0 S4-21,9 в мм, используя таблицу Мойерса мы определили в процентах и было выявлено, что правый боковой сегмент верхней челюсти был укорочен.

Биометрический анализ по методу Т.Джонсону, так же мы измерили нижние центральные и боковые резцы формуле и выявили необходимый место для прорезывания, во 2-й таблице даны сколько мм необходима для прорезывания постоянного клыка и премоляра,

**Вывод.** По нашим данным при исследовании по методу Мойерса были определены свои нюансы, такие как знания таблицы или же постоянное ее наличие, кроме того, расчеты прогнозируемой величины проводятся с точностью до 0,5 мм, вследствие чего необходимо округлять размер, например  $\sum 4 i = 22,3$  мм, значит округляют до 22,5 мм, и считается более практичным метод биометрического анализа метод Т.Джонсона, тем что простата в применении и точность при измерении зубного ряда, является основной целью врача ортодонта.

### АССИМЕТРИЯ ЛИЦА ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИКУСЕ

**Нигматов Р.Н., Раззаков У.М., Нигматова И.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

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.** Метод прямой телерентгенографии нами избран как объективный способ оценки вариаций размеров черепа в вертикальной и горизонтальной измерительной плоскости. 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.

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 асимметрия оценивалась по углам инклинации, образованной горизонтальной плоскостью и линиями Go-Go, Ke-Ke, Ko-Ko, а также по расстоянию между горизонтальной плоскостью и латеральными точками этих линий. Асимметрия 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.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОККЛЮЗИИ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМ АППАРАТОМ**

**Нигматов Р.Н., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

**Актуальность.** Индивидуальность человека в значительной степени определяется морфологическими особенностями строения лица, а также манерами и привычками. Во внешнем облике больных с аномалиями окклюзии отмечаются общие черты, которые делают их похожими друг на друга. Внешнее сходство объясняется аналогичными морфологическими и функциональными отклонениями в развитии зубочелюстной системы, а также психосоматическими особенностями.

Наблюдающиеся при этом нарушения функций дыхания, глотания, жевания и речи усугубляют отклонения, отражающиеся на конфигурации лица и формировании отдельных черт характера человека. У больных с аномалиями окклюзии функциональные нарушения могут привести к морфологическим

отклонениям – нарушениям осанки, которые не обладают способностью к саморегуляции (Ф.Я.Хорошилкина, Ю.М.Малыгин, Р.Френкель 1984 г.).

При рассмотрении профиля стоящего человека центры тяжести его головы, лопаточно-плечевой артикуляции, бедер, колен и стоп находятся, как правило, на одной вертикальной оси, что характерно для гармонично развитой, статной фигуры. При аномалиях окклюзии центр тяжести головы нередко располагается впереди этой вертикальной оси, что влечет за собой изменение осанки и увеличение нагрузки, приходящейся на мышцы шеи. В этом случае сохранение правильного положения головы и горизонтального расположения взора возможно лишь при нарастании напряжения мышц шеи. У больных с аномалиями окклюзии наблюдается наклоненное вперед положение головы, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голени, плоскостопие (Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М.1986).

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения дизокклюзии у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

**Материалы и методы.** С помощью остеопатических и стабилметрических методов исследования постуральной системы выявлено 60 больных с дизокклюзией и значимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата в возрасте от 14 до 34 лет.

По данным анализа ТРГ больные разделены на две группы в зависимости от вида дистальной окклюзии - гнатическая и зубоальвеолярная формы. В процессе лечения больные с гнатической формой дистальной окклюзии произвольно разделились на две подгруппы, что обусловлено включением остеопатической коррекции в комплексе лечебных мероприятий. У 21 больного с гнатической формой дизокклюзии проводилась коррекция опорно-двигательного и мышечного аппарата. В 18 случаях у больных этой группы лечение ограничивалось только ортодонтическим пособием. Как правило, это объяснялось больными недостатком времени, нежеланием, недостаточной мотивацией к остеопатическому лечению.

**Результат исследования.** Остеопатическое обследование опорно-двигательного аппарата больных с дистальной окклюзией позволило выявить значимые нарушения опорно-двигательного аппарата у больных с дистальной окклюзией. Установлено достоверное превалирование симптомов нарушений опорно-двигательного аппарата у больных с гнатической формой дистальной окклюзии в сравнительной оценке с зубоальвеолярными нарушениями. Видимо, этот факт является следствием более обширных, выходящих за границы зубочелюстной системы, поражений, обусловленных аномальным механизмом формирования патологии.

**MYOBPACE (MBS) СИСТЕМА ПРИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

**Нигматова И.М., Худойбергенова Н.Б., Абдухоликова Г.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

Ортодонтические аппараты серии MYOBPACE (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.

MYOBPACE (MBS) система за счет прераспределения 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.

**Целью** проведенного исследования явилось изучение изменений зубочелюстной системы детей в возрасте от 6-12 лет после применения MYOBPACE (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 MYOBPACE (MBS) системы. Ортодонтическое лечение 22 детей с укороченными зубными рядами проводили с использованием MYOBPACE (MBS) систем, подобранных индивидуально по размеру. Продолжительность использования MYOBPACE (MBS) систем – от 6 до 24 мес., в зависимости от режима использования аппарата и выполнения пациентом рекомендаций врача-стоматолога-ортодонта. В ретенционном периоде MYOBPACE (MBS) система использовался в ночное время.

Таким образом, клинический опыт применения съемных стандартных функциональных аппаратов MYOBPACE (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 кооперацию врача-стоматолога-ортодонта, родителей и пациента.

## **РОЛЬ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ**

**Нигматова И.М., Умаралиев Ж.М., Рахимова Д.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

Среди стоматологических заболеваний детского возраста 32% случаев встречается анкилоглоссия - аномалии прикрепления уздечек языка (Персин Л.С.2019). 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.

**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:

1. Следует отметить, что в плане комплексного лечения детей с уздечками языка имеется тесная связь между специалистами: врачом-ортодонтом, педиатром и логопедом.

2. Хирургическое вмешательство (френулотомия) детям с короткими уздечками языка проводятся по индивидуальным показаниям.

3. 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.

4. 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.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИ СУЖЕНИИ ФРОНТАЛЬНОГО УЧАСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА МАРКО РОССА.**

**Нигматова И.М., Ахтамова И., Таджуддин З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

**Актуальность.** Сужение верхней челюсти – довольно часто встречающаяся зубочелюстная аномалия. По данным Л.С.Персин от общего числа выявленных зубочелюстных аномалий 63,2% составляет сужение верхней челюсти. Их частота, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах, что аномалия и деформация встречается у 69,6% детей, Виноградова Т.Ф. и соавторы Нигматов Р.Н. и Шаамухамедова Ф.А. 49,3%. Наряду с морфологическими изменениями при сужении челюстей, в частности верхней челюсти и зубных рядов, наблюдается изменение функций мышц челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава, пародонта зубов, неправильное глотание, дыхание, нарушение речи и функций мимических и жевательных мышц. При нарушении внешности всегда снижается социальная адаптация ребенка, а в последующем взрослого. Суженная верхняя зубная дуга характеризуется изменением формы, обусловленным уменьшением расстояния между срединным небным швом и боковыми зубами. Значительная распространенность сочетания сужения челюсти с неправильным положением отдельных зубов, выраженность связанных с ним функциональных и эстетических нарушений, увеличение со временем – степени деформации зубочелюстно-лицевой области определяют острою необходимость лечения этих пациентов.

**Цель исследования** - совершенствование диагностики и лечения зубочелюстных аномалий при сужении фронтального участка верхней челюсти.

**Материалы и методы.** При определении сужения верхней челюсти мы использовали антропометрический метод Пона и Тона. Кроме того, их рентгенологических методов ОПТГ и по необходимости ТРГ для уточнения диагноза и в дальнейшем лечение. С помощью этого метода мы обследовали на кафедре Ортодонтия и зубопротезирования детей при ТГСИ. Обследовались 50 детей с 10.09.2021 до 01.11.2021 год. Среди них дети в возрасте с 10-13 лет количестве 17 пациентов, дети с 13-15 лет 30 пациентов, и 13 детей возрасте старше 15 лет. Обследование диагностических моделей показывает, что в основном сужение верхней челюсти встречается у детей старше 15 лет так как, небный шов окостенеет в возрасте до 20-25 лет и именно в этом возрасте уже заметно эстетические и функциональные отклонения верхней челюсти. А именно если рассмотреть с эстетической точки зрения именно сужение верхней

челюсти проявляется во фронтальном участке. А если мы будем учитывать возраст детей, то это вполне совпадает с пубертатным периодом развития. Пациентом были применены в основном пластинки с расширяющим винтом, аппарат Марко Росса и ЭДЖУАЙС брекет система. Кроме того, до ортодонтического лечения все наши пациенты были санированные у терапевта стоматолога и у отоларинголога.

**Результат исследования.** Разработанный в процессе исследования сочетанный метод лечения зубочелюстных аномалий при сужении верхней челюсти несъемной ЭДЖУАЙС брекет системой, аппаратом Марко Росса и аппаратами с расширяющим винтом сагиттальным распилом, по необходимости был применен хирургический метод лечения (удаление первых премоляров, пластика уздечки губы и языка).

**Заключение.** У пациентов с сужением зубных рядов, для правильной диагностики необходимо комплексный метод диагностических и рентгенологических методов обследования с последующим ортодонтическим лечением этого контингента детей съемным и несъемными ортодонтическими аппаратами с обязательной санацией лор органов. Для лечения использовали комплексный метод, и этот подход дает более удачный результат.

### ЛЕЧЕНИЕ ДИЗОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ С ПОМОЩЬЮ МИОГИМНАСТИКИ

Нигматова И.М., Нормуродова М.О., Рузимов Г.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

**Актуальность.** В статье рассматриваются актуальные проблемы современной ортодонтии, направленные на повышение эффективности лечения сагиттальных аномалий прикуса, осложненных речевыми нарушениями, у больных в период прикуса. Исследуется эффективность предлагаемых методов лечения, и их комплексный подход к коррекции данного оценивается патология.

**Материалы и методы.** На лечение были взяты 19 детей с временным прикусом в возрасте от 3 до 5 лет, которым перенесенные зубочелюстные аномалии в сочетании с органической дислаллией. В зависимости от патологии прикуса больные разделены на подгруппы А и Б. В подгруппу А вошли дети с дистальным прикусом, в подгруппу Б - с мезиальным. В соответствии с выбранным методом ортодонтического лечения пациенты экспериментальных групп были дополнительно разделены на 2 подгруппы. В 1 подгруппу вошли дети, лечение которых проводилось по предложенной методом, на 2 подгруппы - по стандарту. В контрольную группу вошли 9 детей с физиологическим прикусом аналогичного возраста без нарушений речи.

**Результаты.** Эффективность предложенных схем ортодонтической и логопедической реабилитации доказана клиническими, антропометрические и функциональные показатели, которые определяли до и в разные сроки после

начала лечения. Клиническая эффективность проведенного ортодонтического лечения устанавливается по срокам лечения, нормализации артикуляционная моторика, нормализация антропометрических показателей, нормализация характеристик палатограммы, показатели функциональная активность зубочелюстной системы, нормализация окклюзионных соотношений зубных рядов.

**Заключение.** Используя предложенный способ ортодонтического лечения (с применением ортодонтического оборудования в сочетании с модифицированной миогимнастикой) динамика всех изучаемых показателей коррелировала со сроками ликвидации патологии и свидетельствовало о повышении эффективности лечения при применении предлагаемого метода, а именно: у всех больных произошла нормализация формы зубных рядов, нормализовались показатели ширины и длины зубной дуги. Сразу после окончания лечения нормализовались электромиографические показатели и окклюзионные отношения восстановлены. Аналогичные показатели у тех, кто лечился по стандартной методике, хотя они показали положительную динамику, но отличались как от показателей лиц, лечившихся по предложенной метод, так и от показателей контрольной группы.

### **АППАРАТ ГЕРБСТА ПРИ ДИСТАЛИЗАЦИИ МОЛЯРОВ ПРИ УКОРОЧЕНИИ ЗУБНОГО РЯДА**

**Нигматова И.М., Абдуганиева Н.А., Рузиев Ш.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

**Актуальность.** Одной из причин укорочения зубной дуги и дефицита места в зубном ряду является раннее удаление временных зубов по терапевтическим, хирургическим или иным показаниям без своевременного детского зубного протезирования, что приводит к мезиальной миграции боковой группы зубов. Как следствие, прорезывающимся постоянным зубам, наиболее часто верхним клыкам, не хватает места в зубной дуге, и они занимают вестибулярное положение. Это негативно влияет не только на профиль лица, положение губ, эстетику улыбки, но и приводит к созданию неправильного типа жевания с отсутствием клыкового пути ведения челюстей, функциональным нарушениям, гнатологическим проблемам.

**Цель исследования** - при помощи аппарата Гербста произвести дистализацию моляров при укорочении зубного ряда верхней челюсти.

**Материалы и методы.** Аппарат использовался у подростков в возрасте 11-12 лет в постоянном прикусе с целью дистализации. Аппарат представляет собой металлическую балку, которая жестко фиксируется к зубам на одной челюсти, в то время как на другую челюсть изготавливается прозрачная каппа с крючками. Пациент носит специальные «резиночки» между аппаратом и каппой, в результате чего получают необходимое место в зубном ряду и только потом ставят брекет-систему для доведения результата до идеального. Еще

один плюс аппарата - возможность хорошей гигиены полости рта и эстетичный вид.

**Результат исследование.** Конструкция воздействует на зубочелюстную систему постоянно - не требует съема (также существует и съемный аппарат Гербста), дополнительных гигиенических процедур, специализированного ухода. Точное прогнозирование результатов коррекции. Аппарат разрешен к установке пациентам, страдающим нарушением носового дыхания. Быстрое привыкание к устройству - окончательная адаптация в среднем наступает к концу 2 недели после установки.

Порадоваться результатам лечения пациент сможет уже через 6-10 месяцев. Однако, устройство довольно массивное, и при широкой улыбке становится заметным постороннему глазу. Кроме того, может травмироваться слизистая щек.

Что касается гигиенических процедур, пациенту необходимо приноровиться тщательно, очищать моляры. Несъемная ортопедическая конструкция является очень активным по своему воздействию приспособлением. Такой эффект возможен благодаря его принципу работы: круглосуточному действию аппарата на челюсти пациента; принципу вынужденного постоянного давления на связки и мышцы зубочелюстного аппарата, позволяющего занять правильное расположение нижней челюсти и сдержать рост верхней челюсти.

**Заключение.** У пациентов с укорочением зубных рядов, для правильной диагностики необходимо комплексный метод диагностических и рентгенологических методов обследования с последующим ортодонтическим лечением этого контингента детей съемным и несъемными ортодонтическими аппаратами с обязательным санацией лор органов. Для лечения использовали комплексный метод, и аппарат Гербста дает более удачный результат.

### **ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНВИЗАЛАЙН (INVISALIGN) В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Нигматова И.М., Вахובהва М., Шаамухамедова Ф.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт.

**Актуальность.** В период беременности повышение стоматологической заболеваемости обусловлено не только изменениями, происходящими в организме женщины в целом, но и ухудшением состояния твердых тканей зубов, что связано с изменением микрофлоры полости рта, понижением резистентности эмали зуба к воздействию кислот. При беременности, общесоматические заболевания, изменения гормонального фона и местные факторы полости рта увеличивают вероятность заболевания пародонта, что выражено в кровоточивости и отечности десен и их болезненности, а так же подвижности зубов. Чтобы это все предупредить вы должны добровольно сотрудничать с врачом-стоматологом и проходить профилактические мероприятия.

Система Инвизалайн (Invisalign) - современная ортодонтическая технология, исправляющая многочисленные аномалии развития зубов без применения брекет-систем. Главное преимущество системы Invisalign-прозрачные позиционеры, совершенно незаметные по сравнению с брекетами.

Технология Инвизилайн (Invisalign) - позволяет проводить ортодонтическое лечение абсолютно незаметно для окружающих. Вместо брекетов корректирующее давление на зубы создается прозрачными пластиковыми позиционерами, так называемыми каппами, которые надеваются на оба зубных ряда.

**Цель исследования** - проверить применение данной (Системы Инвизалайн) в ортодонтической практике у беременных женщин.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной цели и выполнения задач исследования было проведено комплексное обследование и оказана ортодонтическая помощь 27 ортодонтическим пациентам в возрасте 19-27 лет. В исследовании выборочно использовались следующие рентгенологические методы: ортопантомография и телерентгенография головы в боковой проекции. Оклюзиограммы у пациентов получали с использованием методики, с целью получения более точных данных в классическую методику были внесены изменения. Помимо артикуляционной бумаги толщиной 71 мкм была использована бумага 40 мкм, а также был использован более тонкий носитель в виде тонкой кальки. Анализ окклюзиограмм а именно в цифровом формате, позволяет провести более точный расчет в процентом соотношения и оценить результаты после лечения.

**Результаты.** Элайнеры не вредят состоянию эмали. Более того, в элайнеры можно добавить специальный укрепляющий гель, благодаря чему зубы будущей мамы станут еще более крепкими и здоровыми. Можно снять в любой момент и есть абсолютно любые блюда, в том числе рекомендованные для женщин в положении. При лечении все посещения врача заранее распланированы, дополнительные консультации практически никогда не требуются. Это значительно экономит время. Элайнеры Инвизилайн сделана из гипоаллергенного эластичного пластика, не содержат металл и не вызывают аллергии. За полостью рта очень легко ухаживать - достаточно снять элайнеры и чистить зубы привычным образом. Элайнеры легко очистить при помощи щетки. Приходить на плановые консультации нужно раз в два месяца. Это значительно экономит время. Элайнеры незаметны: можно свободно общаться, улыбаться, делать фотосессии. Элайнеры Invisalign без опасений можно носить женщинам во время беременности и в период лактации.

**Выводы.** Виртуальный план лечения, создаваемый уникальной программой Align Technology-ClinCheck, покажет направление движения ваших зубов при коррекции, что позволит увидеть конечный результат до начала лечения. Элайнеры изготавливаются индивидуально по программе ClinChes. В технологии Инвизилайн меняются каппы каждые 2-3 недели на следующую пару, немного отличную по форме, пока зубы не примут правильное положение.

Наш опыт показал применение данного аппарата (Системы Инвизалайн) его преимущество по сравнению со съёмными пластинами у беременных женщин за счет токсикога более эффективным.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И АНОМАЛИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ**

**Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С., Раззаков У.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Осанка - привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Она формируется в процессе физического развития ребенка и совершенствования статодинамических функций. У младенца одновременно с приобретением навыков удержания головы, сидения, а затем стояния постепенно формируется физиологическое искривление позвоночника с изгибами: в шейном отделе выпуклостью вперед - шейный лордоз, в поясничном отделе - поясничный лордоз и в грудном выпуклостью назад - кифоз. При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, лопаткам, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое.

По данным исследований, проведенных Новосибирским НИИТО МЗ РФ, у 37% детского населения выявлено предсколиотическое состояние, 3,5% имеют выраженную II степень сколиоза, 1-2% страдают III степенью сколиоза, 0,05-0,1% имеют IV степень сколиоза.

**Цель исследования** - обосновать особенности взаимосвязи нарушения осанки и аномалий размеров лицевого отдела черепа у детей с мезиальной окклюзией.

**Материал и методы исследования.** Клиническое обследование 112 пациентов проводили по общепринятой схеме, на кафедре ортодонтии ТГСИ. Для уточнения диагноза и определения степени выраженности нарушения, детей направляли на компьютерное оптическое топографическое обследование. В результате было установлено, что все дети с мезиальной окклюзией имеют деформации позвоночника: 9% - нарушения в сагиттальной плоскости (выраженный грудной кифоз). 27% - сколиозы различной степени выраженности (предсколиозное состояние, сколиоз I и II степеней). 64% - сочетанные изменения во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

**Результаты исследования.** Для определения влияния осанки на формирование лицевого скелета изучены осанка и деформации позвоночника у детей с мезиальной окклюзией и проведен корреляционный анализ между данными компьютерной оптической топографии, измерения моделей челюстей и ТРГ головы.

Больше всего корреляционных связей определено между параметрами, характеризующими положение тела в состоянии покоя (SN), угловое

положение вершины поясничного лордоза относительно VII шейного позвонка (ST) и угловое положение вершины шейного кифоза относительно межъягодичной складки (SK). Параметр, характеризующий положение тела в состоянии покоя (SN), влияет на длину тела верхней ( $A^? - PNS$ ) и нижней ( $Go - Gn$ ) челюстей, высоту ветвей нижней челюсти ( $Co-Go$ ). Положительные связи средней силы обнаружены с величиной сагиттальной щели и параметрами, характеризующими наклон ( $<U1/NL$ ) и зубоальвеолярную высоту ( $U1 - NL$ ) верхних резцов, сильную положительную корреляцию определили с суммарным углом ( $<Sum$ ), характеризующим направление роста челюстей. Размеры апикального базиса верхней челюсти и высота ветвей нижней зависят как от нарушения положения тела, так и от величины грудного кифоза: высоты дуги (B), описанного (УО) и вписанного угла раскрытия (УВ), проективного угла (УП), и интегральной нормированной высоты дуги (ИВ)- отрицательная связь средней силы. Влияние последних на длину тела нижней челюсти несколько слабее. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

Положительные корреляционные связи средней силы тех же параметров и величиной сагиттальной щели между резцами ( $r$  от 0,55 до 0,68) могут свидетельствовать о том, что увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводит к увеличению щели. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

**Заключение.** На основании данных комплексного обследования (клинического, антропометрического, телерентгенометрического, функционального), а также результатов лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов выделены 3 степени ее выраженности. Так и телерентгенометрические, определяющие нарушения гармоничности (соразмерности) в гнатической части лицевого отдела черепа (нарушение соотношения передних точек апикальных базисов челюстей: Wits-число ( $N=0,78\pm 0,26$ ),  $<ANB$  ( $N=3,38\pm 0,33$ ); нарушение квадрилатерального соотношения размеров апикальных базисов челюстей (в норме они равны); нарушение наклона резцов по отношению к плоскости основания соответствующей челюсти:  $<U1/SpP$  ( $N=67,94\pm 0,8$ ) и  $<Ы/MP$  ( $N=85,48\pm 1,03$ ).

### **ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОИМПЛАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОРТОАНОМАЛИЙ ЗУБОВ**

**Нигматова И.М., Саъдуллаева Г., Батиров Б., Даминова Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[nigmiroda@gmail.ru](mailto:nigmiroda@gmail.ru)

**Актуальность.** В последнее время наблюдается значительный прогресс в лечении зубочелюстных аномалий с помощью миниимплантатов.

Преимущества этой техники очевидны, так как она позволяет лечить ортодонтическую патологию в любом возрасте, начиная с начального периода постоянного прикуса, осуществлять контроль перемещения зубов во всех плоскостях, а также не требует кооперации с пациентом.

**Цель исследования** - изучить эффективность применения ортодонтических минимплантатов при лечении ортоаномалий зубов.

**Материалы и методы.** При определении ортоаномалии зуба мы использовали антропометрический метод, биометрический метод Пона и Тона у 24 детей в периоде сменного прикуса 14-16 лет. Кроме того, их рентгенологических методов ОПТГ и по необходимости ТРГ для уточнения диагноза и в дальнейшем лечении.

**Результат исследования.** Одним из главных вопросов ортодонтического лечения всегда являлся контроль опоры. Данный термин в переводе с английского языка «анкораж» широко распространился среди ортодонтот. В настоящее время в качестве стабильного анкораж используют имплантаты. Минимплантаты – миниатюрные «винты», основными конструктивными элементами которых являются: резьба (располагается внутри кости), шейка (располагается внутри десны) и головка (располагается над десной или слизистой оболочкой). Они имеют различный дизайн, размер и материал изготовления. Наиболее часто их изготавливают из титана или стали медицинского назначения, так как данные материалы нетоксичны, биосовместимы с костной тканью и обладают достаточной механической устойчивостью. Для положительных результатов лечения важнейшим этапом является выбор области установки минимплантата.

Так, для нижней челюсти имплантаты чаще всего устанавливают:

- в области корней 1-го моляра с вестибулярной и оральной стороны;
- в области адентии и потери зубов;
- в ретромоллярном пространстве;
- латерально от области симфиза с вестибулярной стороны.

На верхней челюсти:

- пространства в области корней 1-го моляра с вестибулярной и оральной стороны;
- области адентии и потери зубов;
- область срединного небного шва; обращенная вниз область передней носовой кости.

Несмотря на большое количество преимуществ применения минимплантатов, этот метод имеет определенные недостатки: наличие противопоказаний, как общих, так и местных; достаточно большое количество диагностических исследований для определения точного места введения минимплантата.

**Заключение.** В ходе работы изучили показания и противопоказания применения ортодонтических имплантатов при лечении зубочелюстных аномалий. Применение их в ортодонтии позволило расширить возможности ортодонтического лечения и избежать нежелательного смещения опорных зубов

аномалий.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Низомова Л.Н., Эргашалиева Н.Ж., Самерханова Е.А., Жанибеков Ш.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в наше время ожирение стало одним из самых распространенных хронических заболеваний. Многие называют ожирение болезнью века. Как было доказано совсем недавно, ожирение повышает риск развития как минимум девяти видов рака, ежегодно являясь одной из причин появления 70 тысяч онкологических больных.

Более половины населения Узбекистана (50,1%) имеет избыточный вес (индекс массы тела равен или превышает 25 кг/м<sup>2</sup>). При этом ожирением (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) страдает каждый пятый житель страны (20,1%).

**Материал и методы.** Обследована пациентка Х. 54 лет. Предоперационное обследование выявило картину морбидного ожирения алиментарноконституционального генеза, по абдоминальному типу, осложненное гигантской жировой складкой передней брюшной стенки и вторичной лимфедемой. Проведена атипичная средняя абдоминопластика с реконструктивнопластическим компонентом передней брюшной стенки.

**Результаты** - успешное удаление жирового "фартука" весом в 60 кг.

**Выводы.** Исходя из нашего клинического опыта можно сказать, что пациенты с запущенным морбидным ожирением положительно поддаются комплексному лечению с минимальными осложнениями в послеоперационном периоде. Удаление основного коллектора жировой ткани положительно влияет на дальнейшее снижение веса в комплексе с консервативной терапией.

## **ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

**Ниязбеков Э., Шагулямова К.Л.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из самых распространенных заболеваний на планете, а поражение многих органов и систем, связанных с ней, определяет актуальность и важность изучения данной проблемы. ЖДА в Узбекистане при МДИ в 1996 составлял 60,4% у женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) и 60,8% у детей в возрасте от 6 месяцев до 4,5 лет. Причем, у 0,9% женщин и 1,2% детей была анемия тяжелой степени, у 14,2% женщин и 25,6% детей - средней тяжести, у 45,3% женщин и 34,0% детей - наблюдалось легкое течение анемии. Такие высокие показатели и обуславливают актуальность поставленной темы.

**Цель исследования** - оценить качество жизни пациентов с ЖДА, а также, более подробно изучить характер влияния ЖДА на состояние органов и систем организма.

**Материалы и методы.** В данной работе на основе клинико-лабораторных методов проводилась диагностика и лечение железодефицитной анемии. На основании исследований, проведенных врачами Ташкентского государственного стоматологического института, в исследование были включены больные с железодефицитной анемией (ЖДА). Клинические методы исследования включали сбор жалоб больных и анамнеза с учетом выписок из анамнеза и оценку клинического течения заболевания. Терапевтическое обследование больных проводили по общепринятой схеме, включающей осмотр и оценку состояния больного (бледность кожных покровов, повышенная утомляемость, головокружение, сухость кожи, онемение конечностей, чувство холода, головная боль, одышка, боль в грудной клетке, тахикардия).

Лабораторные методы включали общий анализ крови. Дополнительные исследования включают: измерение сывороточного ферритина, сывороточного железа, общей железосвязывающей способности и/или трансферрина.

**Результаты.** ЖДА - это анемия, вызванная недостатком железа в организме из-за дисбаланса между поступлением, использованием и потерей. Это самый распространенный вид анемии (80% от общей заболеваемости анемией). Наиболее частой причиной ЖДА выявлены повторяющиеся и длительные одиночные кровотечения, иногда массивные, приводящие к потере железа вместе с эритроцитами. Чаще всего это наблюдалось при маточных, реже при желудочно-кишечных, почечных, легочных кровотечениях. При геморрагическом синдроме ЖДА может возникать при нарушении поступления железа с пищей (при вскармливании детей только коровьим или козьим молоком) и при увеличении потребления железа при беременности, в период роста, созревания организма, в период беременности, лактации.

Также частой причиной развития ЖДА являлось снижение всасывания железа при заболеваниях пищеварительного тракта (гипоацидный гастрит, хронический энтерит) или резекции его отделов, а также нарушении транспорта железа (гипотрансферринемия при поражении печени, наследственная атрансферринемия), нарушения выведения их из резервов (при инфекциях, интоксикациях, глистной инвазии) и депонирования (при гепатите, циррозе печени). Около 94% больных предъявляли жалобы на: бледность кожных покровов, быструю утомляемость, головокружение, сухость кожи, онемение конечностей, чувство холода, головную боль, одышку, боль в грудной клетке, учащенную тахикардию, что связано с развитием тканевой гипоксии.

**Вывод.** ЖДА - вызвана недостатком железа в организме, может приводить к нарушениям сердечной деятельности: аритмии, снижению сократительной способности сердца и даже инфаркт миокарда и сердечная недостаточность. Для беременных железодефицитная анемия опасна изменением тонуса мышц матки, а также задержкой развития плода.

Необходимо уделять серьезное внимание профилактике и лечению этого

заболевания, чтобы вышеуказанные нарушения и патологии не повторялись в будущем.

Вопросы о проведении и назначении лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению развития этой патологии и ее осложнений также остаются на настоящий момент весьма актуальными.

## ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИДА РИВОЖЛАНАДИГАН ОҒИЗ БЎШЛИГИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Норбўтаев А.Б.

Самарканд давлат тиббиёт университети  
[rafulin2021@bk.ru](mailto:rafulin2021@bk.ru)

**Кириш.** Гомеостазнинг бузилишида, электролит ва микроэлементлар мувозанати ўзгаришида, шунингдек, соматик касалликларда патогенетик жиҳатдан оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг зарарланиши рўй беради. ТТК билан оғриган беморларда аъзо ва тўқималарнинг кислород билан етарли даражада тўйинмаслиги содир бўлади, шу сабабли уларнинг трофикасида салбий ўзгаришлар рўй беради, сўлак безлари функцияси бузилади, бу эса унинг секрецияси ва буфер қобилияти пасайишига олиб келади.

**Тадқиқот мақсади** - темир танқислиги ҳолати ва камқонлиги негизида ривожланган сурункали тарқалган пародонтит касаллигини кечишини ўрганиш ва комплекс даволаш чора-тадбирларини такомиллаштириш.

**Тадқиқот объекти** сифатида темир танқислик ҳолати ва негизида сурункали пародонтит патологияси билан оғриган ва биз томондан ишлаб чиқилган сўровномани қўллаб комплекс текшириш ва даволаш олиб борилган 100 нафар бемор олинган. Тадқиқот предмети сифатида оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини кўриқдан ўтказиш ва балларда баҳолаш, биокимёвий таҳлиллар учун олинган беморларнинг веноз қони ҳамда қон зардоби намуналаридан фойдаланилган.

**Тадқиқот натижалари.** Сурункали тарқалган пародонтит темир танқислиги камқонлиги билан кечганда микроциркуляцияни ўрганиш қуйидагиларни кўрсатди. Биринчи гуруҳ беморларда (муолажаларга гликодент гели ва антианемик препарат сорбифер дурулес/аскорбин кислотаси) микроциркуляция, унинг базал қон оқими ўртача квадратик оғиши, қон оқими вариацияси коэффициенти кўрсаткичларида ишончли ижобий ( $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ,  $P < 0,001$  барча ҳолларда) ўзгаришлар кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларда (сурункали пародонтитни фақат стандарт давоси) ижобий ишончли ўзгаришлар кузатилган бўлса ҳам улар юқори даражада ( $P < 0,05$  барча ҳолларда) бўлмади. Сурункали пародонтитда гликодент гели ва антианемик препарат билан стандарт муолажаларни биргаликда қўлланилиши оғиз бўшлиғи тўқималари микроциркуляциясига ижобий таъсир қилиши тасдиқланди.

**Хулосалар.** Сурункали пародонтит темир танқислиги ҳолати билан кечганда унинг стандарт давосига антианемик препарат ва гликодент гели қўшиб комплекс даво ўтказилганда қондаги темир танқислигини тасдиқловчи

темир ферритин ишончли ижобий ўзгаришлар ( $P < 0,001$ ) кузатилди; Биринчи гуруҳ беморларда CRITN, милк тўқималарининг яллиғланиши ҳамда гигиена индекслари ва гемоглобин орасидаги корреляцион боғлиқлик муолажаларгача мос равишда  $r = 0,086$  ( $P < 0,05$ ),  $r = 0,169$  ( $P < 0,05$ ),  $r = 0,204$  ( $P < 0,01$ ) тенг бўлиб, комплекс муолажалардан сўнг боғлиқлик кўрсаткичлари ўзгариб мос равишда  $r = 0,104$  ( $P < 0,05$ ),  $r = -0,081$  ( $P > 0,05$ ) ва  $r = -0,04$  ( $P > 0,05$ ) га тенг бўлди. Қонда гемоглобин кўтарилишига мос равишда пародонт саломатлик индекслари камайди, яъни унда ижобий ўзгаришлар кузатилди.

### **ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.**

**Норкузиев У.Ш., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** В повседневной практической работе на хирургическом приеме, врач часто сталкивается с необходимостью проводить оперативные вмешательства по поводу операции удаления зубов на верхней и нижней челюсти.

Существует множество сообщений в литературе о выборах техники: лечения больных с удалением зубов челюстей. Операция удаления зубов часто оказывается сложной из-за анатомических особенностей расположения зуба, разнообразия формы, и количества корней, патологических изменений в окружающих его костной ткани. Выполнение операции сопровождается значительным повреждением костной и мягких тканей, удаляемой зоны.

После сложной операция удаление зубов на верхней и нижней челюсти заживление в лунке удаляемого зуба не всегда протекает гладко, есть высокая вероятность развития различных гнойно-инфекционных осложнений таких как альвеолит лунки зуба, ретромолярный абсцесс и различные флегмонозные процессы околочелюстных тканей которые вызывают состояние нетрудоспособности пациентам молодого, среднего и пожилого возраста. Применение современных антисептических средств и препаратов ускоряющие реминерализацию кости в лунке зуба обеспечивает благоприятное местное воздействие на заживление лунки зуба после сложной операции удаление зубов челюстей.

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 исследования** - профилактика деформации альвеолярного отростка нижней челюсти после операции удаления зуба с применением препарата коллапан-Л с обогащенной тромбоцитарной аутоплазмой.

**Материал и методы исследования.** К обследованию привлекли 19 пациента с операцией удаление зуба нижней челюсти в возрасте от 18 до 43 лет.

Из них 10 (52%) мужчин, 9 (48%) женщин.

По методу проводимого лечения больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 9 пациентов которым были проведены операции по удалению зубов на нижней челюсти, было назначено традиционное методика лечения. То есть после удаления зуба всем больным этой группы было назначено антибактериальные и болеутоляющий препараты по выбору, при болях и местное полоскание ротовой полости антисептическими растворами в течении 5 дней.

Вторую группу составили 10 пациентов. До начала операции удаление зуба, у больных было взято кровь, с помощью центрифугирования получили обогащенную тромбоцитарную аутоплазму. После удаления зубов выковерена слизистонадкостничная лоскут на уровне удаляемого зуба нижней челюсти, в стерильном лотке были смешаны Коллапан-Л и обогащенная тромбоцитарная аутоплазма. Полученная смесью произведена “консервация” лунки удаленного зуба на нижней челюсти. Дополнительно больным обеих групп проводили клиническое, рентгенологическое, мультиспирально компьютерно томографическое (МСКТ) и иммунологические обследования.

Для профилактики воспалительных осложнений больным обеих групп использовали физические методы, с целью снижения бактериальной контаминации ротовой жидкости.

**Результаты исследования.** В первой группе пациентам после удаления зубов нижней челюсти из 9 пациентов у 2-х наблюдалось осложнение по типу альвеолита и у одного пациента развивался острый периостит нижней челюсти серозного характера. Больным было назначено соответствующее лечебная процедура. Заживление лунки удаляемых зубов наблюдали на рентгеновском снимке через месяц после удаления.

Мы полагаем, что данная методика должна иметь широкое применение в практике хирурга стоматолога и практике челюстно-лицевой хирургии.

В второй группе, в отличии от первой группы больных осложнения по типу альвеолита и периостита не наблюдалось за счет использование препарата Коллапан-Л в сочетании с обогащенной тромбоцитами аутоплазмой для предотвращения и уменьшение объема костной ткани челюсти и разрушение вышележащих мягких тканей. Аналогично в этой группе больных заживления наблюдали на рентгеновском через месяц после удаления. У всех больных с использованием Коллапан-Л и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой заживление лунки произошло первичным натяжением. Деформации лунки удаляемых зубов не наблюдалось.

**Вывод.** По данным изучения результатов больных первой группы с дополнительными методами исследования были определены ранние и поздние осложнения после операции удалении зубов у которых не было использовано препарата Коллапан-Л и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой. Наблюдаемые нами недостатки затрудняет возможность дальнейшего протезирования.

**ПОНИМАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В  
ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**Норкулов З., Сирожиддинова З.М.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Цель работы** - изучить особенности формирования психоаналитических травм в детском и подростковом возрасте и специфику их лечения.

**Материал и методы исследования** - анализ информации, полученной из научной литературы, проведение психологического эксперимента.

**Результаты.** Травматический стресс по интенсивности переживаемых чувств соразмерен со всей предыдущей жизнью. Полученная травма меняет видение не только настоящего, прошлого, но и будущего. Человек, получивший психологическую травму, ощущает себя не таким, каким он был прежде, а значительно взрослее, опытнее, чем его сверстники. Травмирующее событие притягивает к себе человека и не отпускает его. Преследующий, охваченный тревогой внутренний мир травмы воспроизводит себя в событиях внешней жизни, и человек, страдающий от последствий травмы с детства, «приговорен» к повторению паттернов саморазрушительного поведения в течение взрослой жизни. Такова опустошающая природа цикла, по которому водит травма, и сопротивления, которое травма приносит в психотерапию. Рассмотрим более подробно детскую психическую травму, явления которой, как свидетельствует практический опыт, можно наблюдать в современном социуме, в том числе в образовательной сфере, во все возрастающем размере, приводящем к особо негативным последствиям. Между тем психическое здоровье молодого поколения является неотъемлемым залогом психического здоровья взрослого общества и непременным условием социальной стабильности, прогнозируемости процессов, происходящих в социуме.

**Выводы.** Травму нельзя оценивать изолированно, надо учитывать всю совокупность условий, которые сопутствуют психотравматизированию. Это прежде всего возраст ребенка, уровень психического и интеллектуального развития, особенности личности, наличие депривации, психологические установки и пр. Острые психогенные травмы способны вызывать у ребенка сначала психогенные, а затем и невротические реакции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ОРБИТЫ**

**Норматов Д., Аъзамов А., Агзамова С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Решение задач по оказанию помощи пациентам с сочетанной травмой сегодня одна из актуальных проблем. В 34% травма орбиты сочетается с повреждением глаз. 27% случаев повреждение органа зрения сопровождается травмой трех и более анатомических областей. Многообразие, тяжесть и быстрота развития патологического процесса

затрудняют диагностику сочетанной травмы. Повреждения органа зрения при сочетанных травмах часто выявляются спустя несколько часов, дней и даже недель. В таких случаях лечение оказывается бесперспективным и пострадавшие теряют зрение.

**Цель работы** - определить методы и последовательность этапов оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой орбиты.

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 69 пациентов (12-64 лет) отделения челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) с 2018 по 2020 г. Переломы орбиты сочетались с контузионными изменениями глаз у 39 пациентов, открытой травмой глазного яблока - 30. Диагностика проводилась с использованием Rg, КТ, МТР.

**Результаты.** Среди изолированных переломов преобладали переломы нижней стенки орбиты 31%, медиальной стенки орбиты 17,4%, латеральной стенки орбиты 2,3%, костей носа 33,3%, скуловой кости 8%, стенки гайморовой пазухи 7,1%. Сочетанные переломы двух стенок орбиты наблюдалось у 7,1% пациентов. Множественные переломы нижней стенки орбиты наблюдались в 61,2% случаях, костей носа в 34%, скуловой кости в 38%, медиальной стенки орбиты в 23%, стенки гайморовой пазухи в 18% случаях. Реже сочетались переломы латеральной и верхней стенок орбиты. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, с использованием антибактериальных, стероидных, нейропротекторных, антиоксидантных, гемолитических, ноотропных и улучшающих микроциркуляцию в ретинальных сосудах препаратов, физиотерапия проводилась на 14 день от начала заболевания. Реконструктивные операции проведены у 33,5% пострадавших, из них с тяжелой ЧМТ и сочетанной травмой операции проводились после стабилизации состояния.

Выделены: первичная реконструкция (1-14 дней после травмы) - 36 пациентов, отсроченная реконструкция (14-30 дней) – 7 и поздняя (4 месяцев до 1,5 лет) - 26. В оперативном лечении и динамическом наблюдении участвовали: челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, ЛОР-врач, офтальмолог. Для восстановления анатомических структур орбиты использовали: титановые минипластины «Conmet», биоматериалы Аллоплант, пластмассу «Протакрил»; интубационную систему Ритленга. 26 пациентам реконструкция проводилась в 2 - 3 этапа.

Результаты оценивали через 6-8 месяцев после последней операции, проводили антропометрические измерения и фоторегистрацию изображений лица, расчет индекса асимметрии. Во всех случаях получен удовлетворительный результат. Коэффициент асимметрии не превышал 1,8. Протезированный глаз располагался на одном уровне со здоровым глазом, визуальные функции остались значительно улучшенными.

**Заключение.** При сочетанной травме сроки хирургического лечения определяются тяжестью ЧМТ. При стабилизации состояния пациента, распределяется последовательность: офтальмолог, нейрохирург, челюстно-

лицевой хирург.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ**

**Нормуродов М.Т.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Актуальной проблемой современного этапа является перспектива дальнейшего повышения эффективности лечебных мероприятий, которая в значительной мере связана с изучением состояния естественных защитных сил пациента. Ведь именно эти факторы принимают наиболее активное участие в развитии неспецифических иммунных процессов в течении раннего послеоперационного периода и могут служить показателями компенсаторно-приспособительной деятельности организма.

В свою очередь, это ставит перед специалистами вопрос о совершенствовании видов и ортопедических конструкций лечения переломов.

Проведённый анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты лечения больных с воспалительными осложнениями переломов нижней челюсти нельзя признать удовлетворительными, при этом основными актуальными и определяющими проблемами остаются определение критериев выбора методов диагностики и конкретных клинических условий с изучением микробиологического и функционального состояния костной ткани и слизистой оболочки, использования медикаментозных средств в комплексной патогенетической терапии.

**Цель исследования** - оптимизировать стратегию лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с переломами нижней челюсти на основании изучения клинических, цитоморфологических показателей и системы гемостаза крови.

**Материалы и методы.** Будут использованы следующие методы:

1. Клинические методы исследования.
2. Рентгенологические методы исследования.
3. Индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
4. Цифровой метод исследования оптической плотности костной ткани
5. Цитологическое исследование содержимого пародонтальных карманов.
6. Цитологические исследования

**Результаты и их обсуждение.** Будет определено, что у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти отмечается замедление консолидации отломков по сравнению с больными, не имеющими патологии пародонта.

**Выводы.** Разработанная нами схема лечения больных с переломами нижней челюсти в сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта будет включать определение показаний и противопоказаний к использованию назубных шин у больных с пародонтитом, использование комплекс физиотерапевтических средств, обработку пародонтальных карманов

линиментом циклоферона позволит повысить эффективность лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с переломами нижней челюсти в случаях использования для иммобилизации отломков назубных шин.

### **ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ПРИКУСА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МИОГИМНАСТИКИ И МАССАЖА МЫШЦ ЛИЦА**

**Нормуродова М.О., Куранбаева Д.Г., Нигматов Р.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Вопросы этиологии, патогенеза и клиники аномалии деформации челюстно-лицевой области приобретают особую актуальность, по мере их распространенности, постоянно увеличивается. Несмотря на быстрое развитие ортодонтии, качество лечение детей с нарушениями прикуса, осложненные речевые расстройства остаются нерешенными. Одна из самых частых причин неправильного звука произношение неправильное строение артикуляционного аппарата. В то же время нарушение звука и неправильное артикуляция, инфантильный тип глотания, нарушение тонуса жевательной и мимической мускулатуры вызывают аномалии и деформации зубочелюстной области.

**Цель** - оценка лечения аномалии прикуса с нарушением речи у детей с помощью миогимнастики и массажа мышц лица.

**Материалы и методы.** Нами было взяты на лечение 37 детей с временным прикусом в возрасте от 3 до 5 лет. В зависимости от патологии прикуса больные разделены на 2 подгруппы. В подгруппу А вошли дети с дистальным прикусом, в подгруппу Б - с мезиальным. В соответствии с выбранным методом ортодонтического лечения пациенты основной группы были дополнительно разделены на 2 подгруппы. В 1 подгруппе дети, лечение которых проводилось по нами предложенной методикой, во 2 подгруппе - по традиционной методике. В контрольную группу вошли 11 детей с физиологическим прикусом аналогичного возраста без нарушений речи. Для повышения эффективности лечения применяли комбинированное использование съемного ортодонтического аппарата и была предложена миогимнастические упражнения. Миогимнастика была направлена на активизацию спонтанной мимики и формирование произвольных движений мышц лица. Также был комплекс упражнений для нормализации тонуса круговой мышцы рта и комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц языка. Кроме того, комплекс модифицированных миогимнастических упражнений были использованы

**Результаты.** Эффективность предложенных схем ортодонтической и логопедической реабилитации доказана клиническими, антропометрическими и функциональными показателями, которые определяли до и в разные сроки после начала лечения. Клиническая эффективность проведенного ортодонтического лечения устанавливались по срокам лечения, нормализации

артикуляционной моторики, нормализация антропометрических показателей, нормализация характеристик палатограмм, показатели функциональной активности зубочелюстной системы, нормализации окклюзионных соотношений зубных рядов.

**Выводы.** Лечение аномалии прикуса с нарушением речи у детей показало, что использование миогимнастики жевательных и мимических мышц языка а также массаж мышц лица даёт хорошие и устойчивые результаты.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ**

**Норов А.У., Убайдуллаев Э.А., Заремба А.Е.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Бухарский государственный медицинский институт  
[drelbek@mail.ru](mailto:drelbek@mail.ru)

**Введение.** Поражение лицевого нерва - наиболее частое и характерное осложнение у пациентов, перенесших хирургическое удаление новообразований мостомозжечкового угла головного мозга, в частности вестибулярных шванном (ВШ). Частота его значительно снизилась с широким введением в клиническую практику интраоперационного нейрофизиологического мониторинга и совершенствованием микрохирургической техники. Правильный выбор способа реконструктивной операции и времени ее проведения оказывают влияние на последующее качество жизни больных лицевом нерве или на реконструктивные операции на мимических мышцах, и невротизация лицевого нерва являются важной составной и неотъемлемой частью для восстановления симметрии лица и эстетического составляющего.

Вестибулярная шваннома (ВШ) представляет собой доброкачественную внутричерепную опухоль, происходящую из шванновских клеток верхней вестибулярной порции преддверно-улиткового нерва в месте перехода центрального миелина в периферический (зона Оберштейн-Редлиха). Распространенность ВШ составляет около 2 на 100000 населения, составляя всего 0,8% объемных образований в области каменистой части височной кости и могут поражать любой сегмент нерва. ВШ чаще всего возникает в вестибулярной части VIII-пары черепно-мозгового нерва (ЧМН) и располагается в мосто-мозжечковом угле и/или внутреннем слуховом канале. Такого рода опухоли могут быть идиопатическими или возникать в рамках определенных синдромов. По данным авторов чаще всего отмечается вовлечение тимпанического сегмента лицевого нерва. Несмотря на доброкачественный характер опухоли, в процессе ее роста развиваются симптомы вследствие сдавления мозжечка, ствола мозга или нарушения функции преддверно-улиткового нерва. При выявлении ВШ, как правило, удается отследить имевшийся в течение нескольких лет кохлеовестибулярный синдром, включающий следующие симптомы: одностороннюю

сенсоневральную тугоухость, головокружение и ушной шум.

Другими основными симптомами при ВШ являются нарушения функции тройничного или каудальных нервов в виде, парестезии лица, нарушения глотания и фонации, вторичными стволовыми симптомами. Современные методы визуализации позволяют обнаруживать опухоли небольшого размера.

По результатам исследований, размеры ВШ представляют собой основной фактор, определяющий подход к лечению, а также прогноз в отношении клинического исхода (сохранение слуха, функции лицевого нерва).

Основными хирургическими методами лечения острого паралича лицевого нерва являются пластические операции и различные виды невротизации лицевого нерва. Лечение хронического паралича лицевого нерва обычно требует регионарной или свободной мышечной пересадки. Важно помнить, что статические методы восстановления симметрии лица могут использоваться при остром, промежуточном или хроническом параличе лицевого нерва, поскольку эти методы часто являются важным дополнением к общей стратегии лечения.

**Целью данного исследования** является выявить особенности поражения лицевого нерва после удаления вестибулярных шванном.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на результатах наблюдений над 35 больным с параличом лицевого нерва, находившихся на хирургическом лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии Республики Узбекистан в период с 2018 по 2021 годы по поводу удаления новообразования мостомозжечкового угла головного мозга.

**Результаты.** При радикальном удалении вестибулярных шванном гигантских размеров нарушение анатомической целостности лицевого нерва наблюдался у 3 больных (8,6 %) случаев, а его функциональные расстройства отмечался у 21 (60 %) случаев, через 2 недели после оперативного вмешательства удовлетворительная функция лицевого нерва (I и II степень по шкале House-Brackmann) отмечалась у 24 больных (68,6 %), хорошая функция (III степень по шкале House-Brackmann) – у 6 (17,1 %) пациентов. сохранение функции лицевого нерва (I и II степень по шкале House-Brackmann) достигается у 68,6 % пациентов.

### **Выводы:**

-степень поражения лицевого нерва при удалении вестибулярных шванном зависит от размера, роста и расположения новообразования;

-комплексный подход при сочетании реиннервацией соседними двигательными нервами при лечении грубого постпаралитического синдрома дает наиболее оптимальные результаты лечения;

- усовершенствованию микрохирургических техник и использованию интраоперационного нейрофизиологического мониторинга способствует достигнуть наиболее удовлетворительных результатов симметрии лицевой мускулатуры.

**ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ**

**Носирова Х.С., Турсунходжаев М.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

После рождения малыша жизнь новоиспеченной мамы меняется на все сто. Кто-то делит жизнь на до и после, а кто-то просто живет и наслаждается материнством. Но ничто не может предостеречь от послеродовой депрессии. Она может ощущаться, даже если мама и малыш окружены любовью и заботой. Ведь основная причина не в отсутствии внимания. Причин намного больше, и они имеют здравые объяснения.

Разберём основные из них: личное пространство (в большинстве случаев мамы скучают по свободе передвижения и пространству. Поэтому в такие моменты очень важны понимание, забота и любовь; гормоны-неподвластные контролю гормоны меняются до и после родов. Именно поэтому мамы испытывают перепады настроения; наше тело-во время беременности строение нашего тела меняется. Зарождение новой жизни в организме даётся нелегко, порой даже рискованно. Во многих случаях это вызывает тревогу. Помимо этого, для полного восстановления тела нужно некоторое время. Это может расстроить мам, но это абсолютно нормальной самая главная причина по мне это- чувство ответственности, вместе с ребёнком на свет появляется и большая ответственность. Это подразумевает новую роль в жизни мамы, новые задачи и обязанности.

Основой лечения перинатальной депрессии являются психотерапия и антидепрессанты. Необходимы дополнительные исследования, чтобы понять, какие методы лечения безопасны, предпочтительны и эффективны. Послеродовая депрессия, именуемая в настоящее время в DSM-V перинатальной депрессией, является одним из наиболее распространенных осложнений в послеродовом периоде и имеет потенциально значительные негативные последствия для матерей и их семей. В этой статье освещаются общие клинические проблемы при лечении послеродовой депрессии и рассматриваются доказательства доступных в настоящее время вариантов лечения. Психотерапия является методом лечения первой линии для женщин с легкой или умеренной послеродовой депрессией. Женщинам с умеренной и тяжелой депрессией рекомендуется прием антидепрессантов в сочетании с терапией. Хотя объединенные отчеты о случаях и небольшие контролируемые исследования продемонстрировали неопределяемые уровни в сыворотке младенцев и отсутствие краткосрочных нежелательных явлений у младенцев от матерей, кормящих грудью, при приеме сертралина (Золофт) и пароксетина (паксил), необходимы дальнейшие исследования, включая более крупные выборки и долгосрочное наблюдение. скрининг младенцев, подвергшихся воздействию антидепрессантов через грудное вскармливание, с контролем материнской депрессии.

Рекомендации по фармакологическому лечению кормящих женщин должны включать обсуждение с пациенткой преимуществ грудного

вскармливания, риска применения антидепрессантов во время лактации и риска невылеченного заболевания. Растет доказательная база немедикаментозных вмешательств, включая повторяющуюся транскраниальную магнитную стимуляцию, который может предложить привлекательный вариант для женщин, которые хотят продолжать кормить грудью и обеспокоены тем, что их младенцы подвергаются воздействию лекарств. В тяжелых случаях послеродовой депрессии с психозом оправдано направление к психиатру или дипломированной психиатрической медсестре с расширенной практикой. Суицидальные мысли или мысли об убийстве с желанием, намерением или планом причинить вред себе или кому-либо еще, включая младенца, являются неотложной психиатрической ситуацией, и специалист по психическому здоровью должен немедленно провести оценку.

В общем, послеродовая депрессия-это крайне опасная и мерзкая болезнь. Да именно болезнь, на которую стоит обратить внимание при проявлении симптомов. Симптомами являются: сильное раздражение и злоба, частый плач, резкие перепады настроения, подавленность и безразличие, чувство отчаяния и безысходности или тревоги, физическая слабость, панические атаки, теряется интерес ко всему окружающему. На мой взгляд самая главная причина депрессии-не принятие ситуации, что теперь ты мама. Это не про то, что ты плохая мать. Нет! Это про то, что просто ещё не перестроилась на это, что теперь все будет по другому. Теперь у тебя есть ребёнок. Ты взрослая и родив малыша, несешь за него полную ответственность. Это про то, что нужно отдыхать не от детей, а наслаждаться здесь и сейчас, учиться радоваться вместе с ними. Поэтому важно научиться наслаждаться материнством, не строить проблему из повседневных хлопот по уходу за ребёнком, а просто наслаждаться этим моментом. Быть мамой – самая благодарная работа, вознаграждением которой является безусловная любовь. Если вы ещё не стали мамой, то подумайте для чего вам ребёнок. Но точно не для того, что уже пора, что уже часики тикают, что у всех подружек уже по двое детей. Детей не заводят! Детей рожают, чтобы они стали нашей частью жизни.

**ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИНАМИКАСИНИ  
СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ**

**Нуралиева Н.Б.**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали  
[nur-nargiza-bek@mail.ru](mailto:nur-nargiza-bek@mail.ru)

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш статистик маълумотларига кўра охирги йилларда ноинфекцион касалликларнинг ошаётганлиги кузатилмоқда. Айниқса бу касалликлар орасида юрак қон томир тизими касалликларида ошиш тенденцияларини кўриш мумкин. Ҳаттоки, ривожланган давлатларда ҳам юрак қон томир тизими касалликларидан ўлим кўрсаткичи биринчи ўринда туради. Юрак қон томир тизими касалликларини келтириб чиқарувчи кўпчилик хавф омиллари бирламчи профилактика орқали бартараф қилиниши мумкин бўлган

омилларга киради. Бу касалликларининг олдини олишда ва эрта аниқлашда ҳамширалар тамонидан аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини фoал тарғиб қилиш кенг самара беради.

**Мақсад** - республикада юрак қон томир касалликларинг солиштирма таҳлил қилиш. Анкета ўтказиш йўли орқали аҳолининг юрак қон томир тизими касалликлари хавф омилларини билиш даражасини аниқлаш.

**Тадқиқот материали ва усуллари.** Аҳоли орасида сўнгги 5 йил (2012-2018) давомида юрак қон томир тизими касалликларини динамикаси “Даволаш профилактика муассасаси худудида яшовчи аҳолида қайд этилган касалликлар ҳисоботи” (12 SSV) шакли билан статистик таҳлил қилинди. Маълумотларни таҳлил қилишда математик-статистик усуллардан фойдаланилди.

**Тадқиқот натижалари.** Касаллиниш динамикасини таҳлил қилганда, 2012 йилдан бошлаб, Ўзбекистонда, шунингдек республиканинг барча регионларида юрак қон томир тизими касалликларининг ошаётганлиги кузатилди. Бу ҳолат Хоразм вилояти бўйича ҳам намоён бўлиб, энг юқори кўрсаткич гипертония касаллиги бўлиб, шу гуруҳдаги касалликларнинг 45,6% ини ташкил этади. Кейинги ўринда учраш частотаси бўйича юрак ишемик касаллиги (15,3%) туради. Юрак қон томир тизими касалликлари билан оғриган шахслар ўртасида касалликни олдини олиш ва келтириб чиқарувчи хавф омилларини билиши тўғрисида олиб борилган сўровлардан, бу доирада аҳолининг билим даражаси етарли эмаслиги тўғрисида хулоса чиқаришимиз мумкин. Касалларнинг кўпчилиги қисми (80%) узoқ йиллар давомида қон босиминг ошганлигини, бош оғриғи ва гипертония касаллигига хос бир қанча симптомларни ўзларида кузатишганини ва бунга алоҳида эътибор беришмаганини айтишган.

### **ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МЕДСЕСТЕР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Нуралиева Н.Б.**

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

[nur-nargiza-bek@mail.ru](mailto:nur-nargiza-bek@mail.ru)

Профилактика болезней в рамках первичной медико-санитарной помощи имеет два основополагающих аспекта. Первый включает круг технических вопросов о действенности и приемлемости использования инструментов профилактики. Второй касается подходов в организации профилактической деятельности и включает, в том числе, распределение обязанностей персонала первичного звена, что до настоящего времени остается дискуссионным вопросом.

В условиях нехватки медицинских кадров, в частности врачей общей практики на местах, сестринский персонал, должен рассматриваться как ценный ресурс здравоохранения для предоставления населению доступной, приемлемой и экономически рентабельной помощи в области профилактики

заболеваний в первичном звене здравоохранения.

**Цель исследования** - изучить уровень знаний патронажных медсестер по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и провести статистический анализ проведенного анкетирования.

**Результаты и обсуждение.** Задачей медицинских сестер является информирование больных о заболевании и факторах, влияющих на прогноз с акцентом на факторы, зависящие от повседневного образа жизни самого пациента, обучение навыкам самоконтроля, самопомощи, при необходимости доврачебной помощи при неотложных состояниях, что в конечном итоге способствует повышению приверженности лечению и выполнению врачебных назначений.

Привлечение для проведения в системе первичного звена здравоохранения пропаганды ЗОЖ среди населения медсестер будет способствовать решению вышеуказанной проблемы. ССЗ в настоящее время нельзя излечить, но можно контролировать течение заболевания и обеспечить предупреждение осложнений, продлить жизнь больных и повысить ее качество. Однако успешно контролировать данное заболевание даже с максимальным использованием арсенала современной медицины, но без активного участия пациента невозможно. Обучение, ориентированное на пациентов, помогает им, а также их семьям понять причину заболевания, вести здоровый образ жизни, осуществлять правильный уход.

Было проведено анкетирование среди 383 патронажных медсестер, что составила 17,7% всех патронажных медсестер, работающих в СГП, СВП, ССП Хорезмской области. Из них были в возрасте до 20 лет - 1,3%, 20-30 лет - 26,9%, 30-40 лет - 39,7%, 40-50 лет - 25,3%, старше 50 лет - 6,8%.

В анкетировании участвовали медсестры с высшим образованием - 6% и со средне-специальным образованием - 94%. В анкете были заданы ряд вопросов, касающихся проведения патронажа и мероприятий по профилактике ССЗ. Патронажными медсестрами обслуживается население всех возрастов, однако в связи с ССЗ в их сфере внимания находятся в основном лица пожилого и старческого возрастов. На вопрос, какие медицинские услуги, осуществляются в ходе патронажа - 97,9% указали на измерение артериального давления, причем 95,0% опрошенных ответили, что АД измеряется ими при каждом визите, 5,0% измеряют, когда их просят. Необходимо отметить, что почти все медсестры (98,4%) всегда при себе имели прибор для измерения АД, 1,3% иногда и 0,3% не носят с собой прибор во время патронажа. На вопрос как часто нужно измерять АД, почти треть (34,5%) респондентов считают, что АД необходимо измерять 2 раза в день, 48,3% рекомендуют измерять АД по состоянию самочувствия, 17,2% считают, что АД необходимо измерять по рекомендации лечащего врача.

По данным опроса, к наиболее часто встречающимся заболеваниям сердечно-сосудистой системы относятся гипертоническая болезнь, далее стенокардия, инфаркт миокарда. Большая часть медсестер не смогли дать правильный и полный ответ на вопрос о симптомах сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, основная часть респондентов располагают информацией

о факторах риска, способствующих развитию ССЗ. Вред курения отметили 99,0% опрошенных, 92,2% считают фактором риска стрессы, все единогласно отметили фактором риска ССЗ избыточный вес и при посещении пациентов рекомендуют (96,6%) правильное питание (овощи и фрукты, рыбу, постное мясо, обезжиренные молочные продукты, яйца, ограничение соли, жиров, отказ от вредных привычек). 82,8% опрошенных отметили, что измеряют вес пациентов старше 40 лет - при каждом их визите в поликлиники, СВП, 13,1% - иногда, для документации, 3,1% - прикидывают вес на глаз. В рекомендациях по профилактике ССЗ особое место медсестры уделяют следующим физическим нагрузкам - ходьбе в быстром темпе ежедневно не менее 30 минут (28,5%), занятия подвижными играми (18,3%), велосипедные прогулки (9,1%) и 11,5% все проводить в комплексе. При выявлении симптомов ССЗ (78,9%) опрошенных направляют в АПУ, в кардиологический центр (11,2%), к знакомому врачу (0,5%). Необходимо обратить внимание, что в 100% случаев медсестры при проведении патронажа контролируют выполнения предписаний врача по поводу заболеваний ССС.

Более половины респонденток правильно ответили на вопросы об основных факторах риска ССЗ, смогли правильно классифицировать массу тела и рассчитать ИМТ. Большинство медсестер осведомлены в вопросах нормальных уровней АД (77,0%). Полнота знаний в этих показателях является важной характеристикой для патронажных медсестер и дает информацию об их профессиональной компетентности. Однако, 1/3 опрошенных не имеют полного представления в вопросах о целевых показателях основных ФР ССЗ, практических навыков расчета и оценки уровней АД, ИМТ. Учитывая, что уровень знаний по вышеперечисленным вопросам напрямую связаны с профилактической направленностью профессиональной деятельности медсестер, необходимо постоянно повышать уровень знаний контингента, который будет привлекаться к патронажу населения.

### **ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ**

**Нуриддинов Х.Н., Вохидов У.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние годы в мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости хроническим синуситом, и в том числе - хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС). Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) - остается одной из наиболее проблемных и нерешенных патологий современной ринологии. Полипозный риносинусит в настоящее время рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежат инфекционно-аллергическое воспаление и аллергическая перестройка организма, аутоиммунные процессы, генетические нарушения на хромосомном уровне и функциональные нарушения со стороны вегетативной нервной системы. Все эти процессы сопровождаются снижением общей реактивности

организма, местного иммунитета слизистой оболочки полости носа и во многом являются результатом нарушения метаболизма и микроциркуляции, гипоксии и эндогенной интоксикации.

Несмотря на достижения в изучении многообразия пускового механизма заболевания, многие стороны этиопатогенеза хронического полипозного риносинусита изучены недостаточно. Это в первую очередь относится к системе клеточного иммунитета и ее важнейшего компонента - функционального состояния нейтрофильных лейкоцитов, обеспечивающих базальный уровень структурного гомеостаза

**Целью исследования** явилось изучение аллергологического состояния организма при хроническом полипозном риносинусите.

**Материалы исследования.** Материалом исследования явились 150 больных в возрасте 15-80 лет, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с диагнозом ХПРС. Всем больным было проведено специфическое аллергологическое исследование, включающее кожный тест на аллергены (аллергены были взяты из пыльцы: тимopheевки, ежа сборная, овсяница, райграс, костра, береза, полыни, амброзии, кукурузы, подсолнухи, ясеня, грецкого ореха, дуба, одуванчика) и определение количества эозинофилов в периферической крови.

**Результаты.** При сборе анамнеза, у 51,2% больных аллергия присутствовала в семейном анамнезе, а в 28% случаях у первостепенных родственников, также больные имели кожные заболевания, такие как, крапивница (15,4%) и экзему (10,2%). Было выявлено, что по социальному статусу 12,2% пациентов являлись фермерами, 16% - домохозяйками, 11,2% - офисными работниками, 6,4% - строительными рабочими и 4% - механиками. В анамнезе у 17,3% больных дома имелись собаки, кошки (14%), птицы (9,2%) и другая живность (5,6%). Специфические кожные тесты были положительными у 92 больных, основными из них отмечались положительная реакция на гистамин (61,3%), одуванчик (12%), подсолнух (4%), дуб (5,3%), костра (6,7%), кукуруза (6%), ясень (5,3%) и полынь (4%). Эозинофилия крови ( $6,87 \pm 1,51$ ,  $p < 0,05$ ) наблюдалась у 92 обследованных, у которых отмечалось положительный результат на аллергологическое исследование, однако, у остальных 58 больных показатели эозинофилов оставались в пределах нормы ( $2,07 \pm 1,09$ ,  $p < 0,05$ ). Аллергический фон встречается у 61,3% больных ХПРС.

**Вывод.** У более 60% больных с ХПРС в организме присутствует аллергия, что подтверждается проведенными исследованиями. В связи с этим, результаты предполагают назначение кортикостероидов с целью патогенетического лечения, а также антигистаминных препаратов для симптоматического лечения и снятия симптомов заболевания.

**ОБУЧЕНИЕ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДИЦИНЕ**

**Нурмаматова К.Ч., Мирзарахимова К.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Knurmamatova23@gmail.com](mailto:Knurmamatova23@gmail.com)

Управление всегда было одним из видов деятельности человека на объекты, процессы и их участников, осуществляющих в целях придания определённой направленности и получения желаемых результатов. Как только древние люди стали жить организованными группами, появилась необходимость ими управлять. На первом этапе, когда группы людей были невелики, управление племенем осуществлялось их вождём. Дабы загнать мамонта в пропасть, забить его, ободрать и заготовить припасы, вождю необходимо было осуществлять управление своими соплеменниками, выполнявшими его указания.

В дальнейшем, по мере разрастания групп и усложнения, выполняемых ими действий, появилось разделение труда и его дифференциация, а вместе с кооперацией деятельности управление превратилось в особую форму человеческой деятельности, направленную на осуществление действий и поддержание целенаправленности в работе всех подразделений и участников коллективного труда. Таким образом, управление в самом общем виде есть процесс формирования организации как системы и обеспечение ее устойчивости и развития.

Управление присутствует во всех областях жизни человека и осуществляется как над субъектом (человек, общество) так и над объектом (страна, фирма, школа и т.д.). И для того, чтобы добиться нужного результата, необходимо осуществлять воздействие на управляемый объект.

Исходя из вышеперечисленного: управление есть целенаправленное воздействие одной системы на другую, с целью изменения поведения последней в нужном направлении.

Можно выделить несколько видов управления:

- техническое (естественными и технологическими процессами);
- государственное (жизнью общества через различные социальные институты);
- идеологическое (внедрение в сознание общества различных идеологий);
- негосударственное и неполитическое (движение «Гринпис» или «Врачи без границ»);
- хозяйственное (производственной и экономической деятельностью организаций) и пр.

Между всеми видами управления есть нечто общее - законы, принципы и правила, однако есть и различия. Любая управленческая деятельность предполагает: установление целей, планирование мероприятий по их достижению, организацию и координацию работы, направленной на достижение целей, контроль полученных результатов. При управлении социальными, социально-экономическими и социотехническими системами,

необходимо добавить руководство, мотивацию и коммуникацию.

Следует иметь в виду, что термины «управление» и «менеджмент» относятся к категории «размытых», не поддающихся точному определению понятий.

Менеджмент (от английского *menegement* - управление, заведование, организация) система управления предприятием (учреждением, организацией), ориентированная на удовлетворение общественных потребностей посредством производства товаров и услуг в условиях рыночного хозяйствования. Менеджмент - это область управления экономикой, распространяющая свое воздействие на управление организациями, персоналом, производственными процессами в масштабах организации, компании, фирмы, проекта. Менеджмент - это эффективное использование и координация таких ресурсов, как капитал, здания, материалы и труд для достижения заданных целей с максимальной эффективностью. Такое определение приводится в «Международном справочнике по менеджменту».

В упрощенном варианте менеджмент - это координация людских и иных ресурсов с целью решения поставленных организационных задач, то есть это умение добиваться поставленных целей, используя труд, интеллект, мотивы поведения других людей. В широком смысле слова менеджмент означает стиль хозяйственной деятельности, поведение в условиях принятия решений по использованию материальных и духовных ресурсов как внутри предприятия, так и в сфере маркетинга. Содержание понятия «менеджмент» раскрывается широко и многосторонне: менеджмент как способ управления, руководства, направления или контроля; это искусство управления и руководства; это люди, контролирующие и направляющие работу организаций, а также управленческий персонал.

Менеджмент в здравоохранении - это наука управления, регулирования и контроля финансовыми, трудовыми и материальными ресурсами здравоохранения.

Цель менеджмента в здравоохранении - снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах. Применительно к медико-производственной деятельности понятия «менеджмент» и «менеджер» (управляющий) правомерно распространить на следующие процессы и лиц, управляющих этими процессами:

- управление производственно-хозяйственной деятельностью государственных организаций сферы здравоохранения, непосредственно оказывающих медицинские услуги;

- управление производственной и рыночной предпринимательской деятельностью коммерческих организаций здравоохранения со стороны наемных управляющих, привлеченных собственниками. В отдельных случаях хозяин, собственник дела, может выполнять и функции менеджера;

- непосредственно управление медицинским, вспомогательным персоналом, выполняющим услуги здравоохранения.

Управление здравоохранением - это менеджмент, объектом которого

является сложная, социотехническая открытая динамическая система. Сама специфика объекта делает управление им чрезвычайно сложным. К основным особенностям управления здравоохранением относят:

- особую ответственность принимаемых решений, от которых зависит жизнь и здоровье людей;

- трудность, а иногда и невозможность предсказания отдаленных последствий, принимаемых решений;

- трудность, а иногда и невозможность исправления неверных решений.

Задача управления здравоохранением - это наиболее эффективное достижение цели путем повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

В здравоохранении, медицинской деятельности управление ориентировано на производство, распределение, обращение, потребление медицинских товаров и услуг, участников этих процессов (персонал и организации, осуществляющие здравоохранительную деятельность) и в определенной степени - на пациентов - потребителей услуг. Медицинская деятельность является довольно специфической частью непродуцированной сферы, а медицинская услуга отличается от любой другой, но применение теории классического менеджмента в здравоохранении возможно при условии внесения некоторых корректив. Справедливость подобного утверждения доказывается уже имеющимся опытом применения методов менеджмента в организации управления у некоторых (особенно негосударственных) медицинских учреждений.

### **COVID-19 АНИҚЛАНГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИ ВА ТУҒРУҚ АСОРАТЛАРИ**

**Нурматова Х.Д., Сулаймонова Н.Ж.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Сўнгги 2 йил ичида хомиладорлик ва COVID-19 энг актуал муаммолардан бирига айланди. Чунки COVID-19 натижасида хомиладорлик даврида учрайдиган гестацион қандли диабет, муддатдан олдинги туғруқ (39%), хомилани ривожланишдан орқада қолиши (10%), хомиланинг ўз-ўзидан тушиши (4%), кесар кесиш (77%), хомила дистресси (66%) чакалоқ асфиксияси, хомила ичи инфекцияси, фетоплацентар етишмовчилик билан туғилиш сони ошди.

**Тадқиқот мақсади** - COVID-19 аниқланган хомиладор аёлларда хомиладорлик кечиши ва туғруқ асоратларини ўрганиш.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари.** Биз COVID-19 билан оғриган хомиладор аёлларда хомиладорлик кечиши ва касаллик натижасида юзага келадиган асоратларни ўргандик. Асосий гуруҳга COVID-19 кузатилган 35 хомиладор аёл, назорат гуруҳига эса хомиладорлик даври асоратсиз кечаётган 20 нафар аёл киритилди. Тадқиқотларда хомиладорликнинг III триместрида коагулограмма, бачадон-йўлдош қон оқими доплерометрияси, доимий назорат

ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги хомиладор аёллар 21 ёшдан 35 ёшгача ораликда бўлиб, ўртача  $27,4 \pm 1,26$  ёшни ташкил қилди ва таққослаш гуруҳининг  $26 \pm 2,54$  ёш кўрсаткичларидан деярли фарқ қилмади.

Хомиладорликнинг III триместеридаги коагулограмма натижаларига кўра ПТИ кўрсаткичлари асосий гуруҳда 10-15% кўтарилган бу гиперкоагуляция ҳисобига содир бўлади. БЙХТҚАБ (бачадон-йўлдош-хомила тизими қон айланиши бузилиши) доплерометрия кўрсаткичлари бўйича асосий гуруҳда турли даражада БЙХТҚАБ 30-40% аёлларда кузатилди.

**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** Асосий гуруҳдаги хомиладор аёлларда БЙХТҚАБ 10 ҳолатда, назорат гуруҳида эса 4 тани, хомила ичи дистресси 8 ва 2 ҳолатда, чақалоқлар асфиксияси 3 ва 1 ҳолатда, хомила ичи инфекцияси 20 ва 5 ҳолатда кузатилди. Ўтказилган тадқиқотлар давомида асосий гуруҳ беморларида хомиладорликнинг эрта муддатларда хомиланинг тушиш хавфи, хомиладорлик физиологик кечаётган аёллардагига нисбатан сезиларли даражада кўп учраши аниқланди (асосий гуруҳда - 44,2% назорат гуруҳида - 10,7%,  $p < 0,05$ ). Морфологик тадқиқот натижалари, назорат гуруҳига нисбатан солиштирилганда, статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовут борлигини кўрсатди ( $p < 0,05$ ).

Янги туғилган чақалоқларнинг қониқарли ҳолати (Апгар бўйича 7/8 балл) назорат гуруҳида кўпроқ қайд қилинган бўлса - 73,5%, бачадон-йўлдош қон айланиши бузилиши аниқланган гуруҳда бу кўрсаткич 19,2% ни ташкил қилди ( $p < 0,05$ ).

Гипоксия ҳолати (Апгар бўйича 6/7 балл) БЙХТҚАБ (бачадон-йўлдош-хомила тизими қон айланиши бузилиши) аниқланган асосий гуруҳ чақалоқларида кўпроқ учради - 67,8%, назорат гуруҳида эса ўртача гипоксия ҳолати 32,5% болада қайд қилинди.

Текширувлар натижасида турли даражадаги асоратлар аниқланган бўлса-да, оналар ўлими ва неонатал ўлим ҳолатлари кузатилмади.

**Хулоса.** COVID-19 оналар ва янги туғилган чақалоқларда хомиладорлик ва туғруқ жараёни касалликка чалинмаган аёлларга нисбатан асоратли ва оғирроқ кечади. Хомиладорликнинг барча босқичларида хомиладор доимий текширув ва назорат остида бўлиши талаб этилади. Чунки манбаларда тасдиқланишича хомиладорликнинг айниқса III триместрида кўп ҳолларда касаллик симптомсиз кечиши кузатилган.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Гриненко Э.В.**

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия  
[grinelvik@mail.ru](mailto:grinelvik@mail.ru)

**Актуальность.** Сахарный диабет 1 типа чаще всего проявляется в возрасте до 25 лет у генетически предрасположенных лиц или под влиянием стрессовых факторов у здоровых пациентов. Это заболевание находится в тесной взаимосвязи с изменениями тканей пародонта, способствуя воспалительным процессам в них. Поэтому наличие диабета требует ранних профилактических мероприятий по поддержанию здоровья полости рта, а также поддерживающей терапии уже имеющихся воспалительных заболеваний пародонта.

**Цель** - оценить гигиеническое и пародонтологическое состояние полости рта у пациентов с сахарным диабетом в возрасте от 18 до 21 года до и после проведения комплекса профессиональной гигиены.

**Материалы и методы.** Проведено стоматологическое обследование 48 человек с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 18 до 21 года, наблюдающихся в Санкт-Петербургском Территориальном диабетологическом центре, включающее в себя определение гигиенических и пародонтальных индексов, измерение кислотно-щелочного баланса ротовой жидкости и выявление скорости кровотока сосудов пародонта методом ультразвуковой доплерографии. Далее выполнен комплекс профессиональной гигиены полости рта, состоящий из снятия зубных отложений, коррекции индивидуальной гигиены полости рта, обучения и мотивационной беседы о необходимости ранней профилактики заболеваний пародонта.

**Результаты.** Индекс КПУ составил  $8,8 \pm 1,36$  б., что говорит о средней интенсивности кариеса. Обнаружено улучшение гигиенического состояния полости рта у пациентов юношеского возраста, имеющих диагноз сахарный диабет, после проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта. Так, изначально значение индекса ОНI-S составляло 1,44 б., что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта, а значения индексов РLI и АРI находились на неудовлетворительном уровне (1,03 б. и 65,44%, соответственно). Через 1 месяц после проведения профессиональной гигиены значения индексов стали следующими: ОНI-S = 1,25 б., РLI = 0,916., АРI = 56,45%. Пародонтологическое состояние пациентов юношеского возраста было на неудовлетворительном уровне: индекс РМА составлял 39,12%, что соответствует средней степени воспаления тканей пародонта; индекс кровоточивости SBI и проба ВОР составили 1,07б. и 46,92%, соответственно, что свидетельствует о легкой степени кровоточивости десневого края. Через 1 месяц после проведения гигиенического комплекса значения индексов изменились: РМА = 27,20%, SBI = 0,34 б., ВОР = 21,07%.

Уровень рН ротовой жидкости значительно увеличился – с 6,75 до 6,99 единиц.

Наблюдалось восстановление уровня линейной и объемной скоростей кровотока сосудов пародонта ( $V_{am}$  и  $Q_{am}$ ) с 0,3 до 0,35 см/с и с 0,29 до 0,25 мл/мин соответственно.

**Выводы.** Первые проявления заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом 1 типа наблюдаются уже в раннем возрасте (РМА = 39,12%, ВОР = 46,92%), что требует проведения консервативной пародонтальной терапии. Обнаружена выраженная эффективность комплекса профессиональной гигиены полости рта, наблюдающаяся в течение 1 месяца и проявляющаяся в нормализации кислотно-основного баланса ротовой жидкости (6,99 ед.) и микроциркуляции сосудов пародонта ( $V_{am} = 0,35$  см/с;  $Q_{am} = 0,25$  мл/мин).

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ**

**Ортикбаева С.У., Исмаилов И.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В последнее время в медицинской практике все большее внимание уделяется изучению реологических свойств крови у больных. Этот интерес вызван прежде всего тем, что с реологическими свойствами крови очень тесно связана микроциркуляция: чем лучше реологические свойства крови, тем лучше ее микроциркуляция и наоборот. В самом упрощенном виде можно считать, что способность крови сохранять стабильность взвеси ее форменных элементов зависит в основном от таких физико-химических свойств, как вязкость, скорость движения, величина электрического потенциала клеток и соотношение высоко и низкодисперсных коллоидных частиц в плазме. Указанные свойства крови объединены ныне понятием «реологические свойства» (В.А.Левтов и соавт. 2005).

**Материалы и методы исследования** - изучение литературных сведений о вопросах нарушения микроциркуляции и реологических свойств крови, а также исследований изучения изменения реологических свойств крови при различных патологических состояниях.

**Результаты.** Исследования посвященные изменениям реологических свойств крови у оториноларингологических больных в доступной нам литературе встречались очень редко.

Общеизвестно, что повышение гематокрита и вязкости цельной крови у больных с нарушением функций внешнего дыхания происходит в следствие компенсаторного эритроцита в ответ на длительное снижение диффузии кислорода через альвеолы легких. В ходе многолетних исследований было установлено, что у больных с различными формами стойких деформаций гортани и трахеи имеет место синдром повышенной вязкости крови (Хантемиров Р.Г. 1980, Миразизов К.Д. и соавт 1992, Храмцовский В.В. 1991,

1995).

В оториноларингологии имеются исследования посвященные состоянию гемостаза у больных с воспалительными процессами уха и верхних дыхательных путей. З.С.Абдурахимова и соавт. (1973), Л.Г. Буссель и соавт. (1993) обнаружили синдром гиперкоагуляции у больных с гнойными поражениями среднего уха. В дальнейшем Л.Г. Буссель (1995) выявил значительные ухудшения результатов хирургического лечения осложненных гнойных средних отитов на фоне антикоагулянтной терапии гепарином и салицилатами. Исследования авторов показали, что при многих гнойно-воспалительных процессах уха, носа и гортани имеет место как местная, так и общая гиперкоагуляция крови (К.А. Ходжаева, 1992). Поэтому рациональным моментом комплексной противовоспалительной терапии в этих случаях является включение прямых антикоагулянтов. Аналогичного мнения как в оториноларингологии, так и в хирургии придерживаются другие клиницисты.

Необходимость коррекции гемореологических нарушений у больных очевидна. Она может быть осуществлена несколькими способами - изменением белкового состава плазмы, увеличением эластичности эритроцитов, подавлением агрегации эритроцитов, снижением гематокрита. Снизить вязкость крови можно также путем увеличения объема циркулирующей жидкости при одновременном введении вазодилататоров, однако использование этого метода у большинства больных противопоказано из-за склерозирования сосудов или повышенного артериального давления.

**Выводы.** Таким образом, обобщая анализ данных литературы представляется перспективным совершенствование консервативной терапии гнойно-воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух на основании исследования реологических свойств крови, а так же разработка и внедрение этиопатогенетически обоснованной схемы лечения данной категории больных. Весь этот круг вопросов тесно связан с проблемой улучшения микроциркуляции в тканях.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕЗОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНО- ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Останина Д.А., Бакалинская И.А., Митронин Ю.А.**

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России  
[dianaostanina@mail.ru](mailto:dianaostanina@mail.ru)

**Актуальность.** Болезни периапикальных тканей представляют большую медико-социальную проблему в связи с риском утери постоянных зубов и ухудшением качества жизни пациентов (Янушевич О.О., 2021). Распространенность хронических форм периодонтита в различных возрастных группах варьирует от 58,2% до 87,9%, что имеет прямую корреляционную зависимость с неудовлетворительным качеством ранее проведенного

эндодонтического лечения зубов (Максимовский Ю.М., Митронин А.В., 2015). В настоящее время процедура повторного эндодонтического лечения приобрела еще большее значение в эндодонтии, заменив традиционные хирургические методы. Повторное эндодонтическое лечение является наиболее сложным и мало прогнозируемым процессом, учитывая то, что наличие остаточного внутриканального пломбировочного материала служит своеобразным механическим барьером между дезинфицирующими средствами и биопленкой, что зачастую становится причиной неблагоприятного прогноза или неудачи проведенной терапии (Ricucci D., 2020; Cohen S., 2022). При дезобтурации корневых каналов помимо физического удаления корневой пломбы важным является применение химических веществ для растворения пломбировочных эндодонтических материалов. Продолжается поиск эффективных средств для очистки корневых каналов, которые будут способствовать ускорению процесса повторного эндодонтического лечения и снижению риска развития осложнений.

**Цель** - повышение эффективности повторного эндодонтического лечения зубов на основании выбора оптимального сольвента для дезобтурации корневых каналов.

**Материал и методы.** В экспериментальное исследование было включено 24 удаленных моляра верхней челюсти, ранее obturированных гуттаперчей на носителе (Termafil, Dentsply) и эпоксидным силером AN Plus (Dentsply). Все зубы в случайном порядке были распределены на 8 групп в соответствии с используемым сольвентом при их дезобтурации: 1 группа (контроль) – дистиллированная вода; 2 группа - Гуттапласт (Омега); 3 группа – Сольвадент №2 (ВладМиВа); 4 группа - апельсиновое масло; 5 группа - гвоздичное масло; 6 группа - грейпфрутовое масло; 7 группа – эвкалиптовое масло; 8 группа - эфирное масло мяты. На 1 этапе исследования для изучения растворяющей способности сольвентов гуттаперчевые штифты и порцию силера взвешивали с помощью электронных аналитических весов, затем погружали в 10 мл растворителя на 5 и 20 минут. Растворение гуттаперчи и силера рассчитывали в процентах с учетом разницы между исходной и конечной массой. На 2 этапе исследования была выполнена дезобтурация медиально-щечного корневого канала удаленных зубов с помощью исследуемых сольвентов и машинных эндодонтических файлов с учетом времени, затраченного на полную дезобтурацию корневого канала. Данные были проанализированы методами вариационной статистики с использованием пакета программ SPSS 22.

**Результаты.** Статистический анализ выявил значительно большую потерю веса в образцах силера по сравнению с образцами гуттаперчи ( $p < 0,05$ ). Более того, растворение силера в большей степени зависело от времени экспозиции ( $p < 0,05$ ), в отличие от гуттаперчи. При этом, грейпфрутовое масло (7,9%) и Сольвадент (9,3%) показали более высокую эффективность растворения гуттаперчи ( $p < 0,01$ ). В других исследуемых группах не было выявлено статистически значимых различий в растворении, как гуттаперчи, так и силера. Наименьшее количество времени было затрачено на дезобтурацию

корневых каналов в 3 группе ( $9\pm 0,3$  мин) и 6 группе ( $10\pm 0,5$  мин).

**Выводы.** Наибольшей растворяющей способностью гуттаперчи обладает Сольвадент №2, а силера AN Plus – грейпфрутовое масло. Выявлено, что применение в качестве сольвента препарата Сольвадент №2 в 3-4 раза уменьшает время на дезобтурацию корневого канала и на 10% повышает безопасность проведения повторного эндодонтического лечения.

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА НА БРОНХО-ЛЕГОЧНУЮ СИСТЕМУ

Отажонova X.И., Фатгаева Д., Холиков А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель исследования** - изучение клиничко-иммунологических особенностей течения гайморита, сочетанного с хронической обструктивной болезнью легких

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач обследованы 44 больных с хроническим гайморитом (ХГ) легкой и средней степени тяжести в возрасте от 24 до 50 лет, которых разделили на 2 группы: 1-ую группу составили 20 больных с хроническим гайморитом (10 - легкой и 10 - средней степени тяжести) в сочетании с ХОБЛ; 2-ую группу - 24 больных ХГ (12 - легкой и 12 - средней степени тяжести) без установленной патологии внутренних органов.

**Результаты.** Выявлены изменения со стороны гуморального иммунитета при сопутствующей патологии бронхов у больных со средней степенью тяжести гайморита. Это позволяет разработать патогенетически обоснованную комплексную терапию больных хроническим гайморитом на фоне хронической обструктивной болезни легких. Его первым этапом было назначение индивидуального гигиенического режима полости рта, предусматривающего двукратную чистку зубов после еды (утром и вечером), с последующим контролем за степенью очищения зубов от зубного налета с помощью эритрозина красного, индивидуально подбирались зубная щетка и паста. Местная терапия включала устранение травмирующих факторов в полости рта: назубных отложений, дефектов пломб, неполноценных протезов. Назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия (полоскание полости рта 0,06% раствором хлоргексидинабиглюконата, аппликации ромазуланом), применялись лечебные повязки с гепариновой мазью. При наличии кариозных полостей производили лечение зубов.

**Выводы.** Можно сказать, что у пациентов, на фоне хронической обструктивной болезни легких вследствие нарушения микроциркуляции и иммунодепрессии возникло усиление воспалительного процесса в области верхне челюстной пазухи. Впервые доказано, что у больных на фоне с ХОБЛ развитие хронического одонтогенного гайморита это происходит из-за нарушения вентиляционно и перфузионного состояния легких ( $\text{SaO}_2$  и резкого снижения индекса спирографии), нарушения коагуляционного звена

(увеличение количества фибриногена, ускорение тромбинового время и время свертывания крови), и эндотелиальной дисфункции (снижение NO-оксида азота в эндотелии).

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА  
ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ**

**Парпиев А.Л., Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г.,  
Исмоилов Ж.И., Комилов У.М.**

Андижанский государственный медицинский институт

Синуситы одонтогенного происхождения занимают значительное место среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а пациенты с одонтогенным верхнечелюстным синуситом составляют около 25,8% среди больных челюстно-лицевой стационаров, а среди стоматологических и оториноларингологических учреждений - от 3 до 10%.

В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом при операции удаления 7651567 зубов, реже 818 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 7651567 зубов. Иногда в зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может повреждаться при эргономичном продвижении зубоорудия вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областного многопрофильного больницы г.Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г.Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа – этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба – этот признак нами отмечен у 6 больных. (в связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос – это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить втяжку. Чтобы ликвидировать

эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое-36, обострение хронического – 3.

При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно. После ликвидации явлений раздражение слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Патхиддинов Ж.Ш., Мухаммедов М.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[muhiddinmuxamedov@gmail.com](mailto:muhiddinmuxamedov@gmail.com)

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не утратила своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных в современной челюстно-лицевой хирургии (Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., 2019; Ешиева А.А., 2020; Pham Dang N., Delbet-Dupas C., 2020).

У существенной части больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Шиханян Н.Н. и соавт., 2014).

Сведения о показателях иммунного сдвига на ранних этапах развития флегмон лица и шеи могут быть использованы для адекватного выбора и определения эффективности проводимой терапии (А.В. Добров и соавт., 2012).

По данным Н.Г. Баранник и соавт. (2016) все флегмоны челюстно-лицевой области независимо от степени их распространённости сопровождаются увеличением содержания в крови большинства провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1, ФНО $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-8). При увеличении зоны поражения флегмонозным процессом установлена активация защитных сил организма, что проявляется в увеличении синтеза ИЛ-4 по сравнению с нормой. Распространение гнойно-некротического процесса из челюстно-лицевой области в медиастинум приводит к подавлению иммунной реакции организма, сопровождающемуся выраженной депрессией синтеза ИЛ-4 в крови.

Кабанова С.А. (2015) установила, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области отмечаются иммунологические нарушения, проявляющиеся в статистически достоверном увеличении количества Т-активных лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов. Степень нарушения иммунного статуса достоверно зависит от тяжести течения воспалительного процесса.

Конев С.С. и соавт. (2017) отмечают, что цитокиновая регуляция иммунного ответа является универсальной реакцией неспецифического иммунного ответа. В этой связи исследовался уровень интерлейкина - 1 (ИЛ - 1), специфичность которого определяется в различных защитных механизмах иммунного ответа, который активируется при его нарушении. Следует уточнить, что ИЛ-1 является локальным медиатором воспалительного процесса. При возрастании концентрации ИЛ-1, его специфика приводит к возникновению многих системных реакций. Этот фактор делает его центральным медиатором ответной реакции острой фазы иммунного воспаления. Наряду с ИЛ – 1, авторами исследовалась концентрация уровня интерлейкина - 6 (ИЛ - 6). Этот цитокин, в большей мере, при повышенной концентрации способен стимулирует гепатоциты, конечной фазой которого является стимуляция синтеза белков острой фазы воспаления. Этот цитокин приводит к хронизации воспалительного процесса и переводит острые состояния процесса в хроническую форму.

Учитывая вышеизложенное, возможно сделать вывод о том, что определение уровня интерлейкинов, в частности, ИЛ-1, -6, является адекватным прогностическим фактором и может быть использован для определения эффективности проводимой терапии.

### **ВРЕД ЭНЕРГЕТИКОВ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ**

**Патхиддинова М., Ирисбоева Ф., Хусанхаджаева Ф.Т.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Начиная с середины 2000 годов, в многих странах Запада начали распространяться энергетики напитки, чуть позднее и в Узбекистане тоже энергетики стали модным напитком среди молодежи, которые, как заявляют их производители, помогают человеку снять усталость и оставаться бодрым на протяжении очень долгого времени. Как правило, энергетики содержат в себе кофеин, таурин, аминокислоты и ряд других веществ, оказывающих возбуждающее действие на мозг. Подобные напитки стали очень популярными среди студентов и молодежи – их любители считали, что они помогают эффективнее подготовиться к экзаменам или дольше не спать. С другой стороны, ученые достаточно давно говорят о наличии серьезных побочных эффектов у подобных напитков.

**Цель работы** - выявить негативные эффекты энергетиков на нервную и пищеварительную систему у молодежи.

**Материалы и методы.** Было исследовано 87 студентов 3 курса стоматологического факультета ТГСИ в возрасте 20-25 лет, которые употребляли энергетические напитки каждый день минимум по 1 банке в течении более 6 месяцев. Среди них 65,5% мальчики и 34,5% девочки. У всех было проведено анкетирования, в котором опрашивалось наличие нарушения сна, головные боли, тошнота, изжога, диарея и боли в области живота.

**Результаты.** Как показали результаты, большинство студентов отмечали бодрость, повышения настроения и прилив сил при употреблении энергетиков. Но долгое время употребления энергетиков у больше половины респондентов (52%) вызвал бессонницу. Среди них были студенты у которых отмечались дни бодрствования и заменяющимися днями сонливости. У 74% исследуемых жаловались на частые головные боли, на раздражительность. Среди 22,9% исследуемых было выявлено появления тремора на руках, раздражительность, а у некоторых даже потеря сознания. Примерно 4,3 % страдало от тошноты, рвоты и диареи. Больше жалоб было отмечено среди тех, кто долгое время употреблял энергетики.

**Выводы.** Энергетики действительно бодрят, однако - это искусственная бодрость. Энергетические напитки не способны дать дополнительной энергии, они лишь мобилизуют ресурсы организма, выжимая из него остатки жизненных сил. Большое количество стимуляторов заставляет организм работать на грани возможностей. Поэтому очень часто, когда энергетик перестаёт «работать», заряд бодрости сменяется чувством усталости, подавленности и разбитости.

### **СПОСОБ ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОЛЩИНЫ НАРУЖНОЙ АЛЬВЕОЛЫ ДЛЯ ЗУБОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ПЕРЕМЕЩЕНИЮ**

**Перова М.Д., Самохвалова И.Д., Севостьянов И.А.**

Кубанский государственный медицинский университет,  
Стоматологический центр «INTELLIGENT», г. Краснодар  
[mperova2013@yandex.ru](mailto:mperova2013@yandex.ru)

**Введение.** Рецессионный процесс в опорном аппарате зуба немикробного генеза, представляет собой обнажение поверхности корня, чаще с лабиальной стороны, вследствие апикального смещения маргинальных тканей пародонта от эмалево-цементной границы с морфологией нормального зубодесневого (клинического) прикрепления. Это часто встречающееся в клинике состояние создаёт трудности для стоматологов из-за неопределённости, прежде всего, с этиологией. Безусловно, характер нагрузок при ортодонтическом движении зубов влияет на циклы ремоделирования кости (Арсенина О.И. с соавт., 2020; Керефова З.В. с соавт., 2021), но четких критериев, касающихся силового безопасного воздействия на пародонт, до сих пор не представлено. Выбор ортодонтической аппаратуры осуществляется во многом эмпирически, а потому актуальным является поиск иных решений в части предотвращения

пародонтальных рецессий, связанных с выполнением ортодонтической программы.

В последнее десятилетие ортодонтическое лечение недвусмысленно связывается с возникновением или прогрессированием тканевых рецессий (Renkema AM et al., 2013; Gebistorf M. et al., 2018). Авторы укрепились во мнении, что в ходе планирования ортодонтической коррекции зубочелюстных аномалий прикуса у взрослых необходимо учитывать состояние десневого фенотипа и толщину края наружной альвеолы в области зубов, подлежащих перемещению. Наше недавнее проспективное рандомизированное клиническое исследование, в котором участвовало 60 пациентов обоего пола в возрасте 18-30 лет, продемонстрировало существенное влияние ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий на состояние пародонта. Оказалось, что у пациентов, имеющих тонкий альвеолярный морфотип, число осложнений, преимущественно в виде тканевых рецессий, в процессе аппаратурного перемещения зубов и сразу после завершения ортодонтического лечения, удваивалось по сравнению с таковыми при толстом морфотипе (Овчаренко Е.С. с соавт., 2022).

На основании собственных наблюдений и проведенного поиска научной литературы с учётом выводов актуальной позиционной статьи P. Cortellini и NF. Bissada (2018) о роли альвеолярного морфотипа, вошедшей в материалы консенсуса ААР по данной тематике (Kao RT. et al, 2020), нами был разработан и апробирован способ повышения стабильности структур наружной альвеолы у пациентов в попытке противостоять рецессионному процессу в пародонте при ортодонтическом перемещении зубов.

**Целью исследования** была разработка реконструктивного малоинвазивного хирургического вмешательства для увеличения толщины наружной альвеолы зубов до старта ортодонтической программы.

**Материал и методы.** В работу включено 22 пациента (9 муж. и 13 жен.) в возрасте от 19 до 33 лет, соматически здоровых, имеющих нормальный пародонт и нуждающихся в ортодонтическом лечении аномалий прикуса. После проведения профессиональной гигиены полости рта и контроля уровня мотивации, наряду со специальными методами обследования врача-ортодонта, по компьютерным томограммам пациентов, наложенным на программу цифрового моделирования будущего результата, была определена толщина наружной части альвеол в области планируемых к перемещению зубов, и оптическая плотность кости, оцененная в единицах Хаунсфилда (НУ). Методику применяли у пациентов с шириной прикрепленной десны  $\geq 4$  мм. Результат реконструктивного вмешательства оценивали в послеоперационном периоде, через 4 месяца после операции (период тканевого ремоделирования), то есть до старта ортодонтической программы, конечный результат - сразу после снятия ортодонтической аппаратуры.

Методика реконструкции наружной альвеолы основана на использовании индукторов локального остеогенеза, доставленных в зону интереса малоинвазивным способом без повреждения участка клинического

прикрепления (подана на заявка на Патент РФ). Предложены также варианты базовой методики: (1) для сокращения сроков ортодонтического лечения, при необходимости, хирургическая манипуляция может сочетаться с микроостеоперфорациями в межрадикулярных зонах; (2) для увеличения размеров прикрепленной десны – со свободной пересадкой десневого соединительнотканного матрикса с периостом, извлеченного из области твердого нёба; (3) могут быть применены как минерализованные гранулированные, так и биоматериалы в других формах со свойствами индукции регенераторного ответа кости и покровных тканей. Операции проводили с использованием микрохирургических инструментов и увеличивающей аппаратуры (лупы, операционный микроскоп).

**Результаты.** Послеоперационный период у всех включенных в работу пациентов протекал без особенностей; легкая гиперемия, незначительный отек и дискомфортные ощущения полностью исчезали к 3-м суткам, изменений состояния маргинального края пародонта не отмечалось.

Через 4 месяца после хирургического вмешательства пациенты жалоб не предъявляли; внешне участки операции выглядели диффузно увеличенными в объеме, что не причиняло неудобств в уходе за полостью рта и с позиций эстетики. Только у 2-х пациентов (из 22) отмечалось скопление зубного налета с симптомами гингивита, что было устранено перед установкой ортодонтической аппаратуры. По данным КТ пациентов с программным наложением толщина наружной кости альвеолы увеличилась после реконструкции в процессе ремоделирования структур с  $0,55 \text{ мм} \pm 0,12 \text{ мм}$  до  $1,73 \text{ мм} \pm 0,20 \text{ мм}$  (среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение), а показатели оптической плотности возросли на треть от исходных значений в целом по группе.

В большинстве случаев не было выявлено патологических симптомов в зоне реконструкции и в состоянии маргинальной десны в периоде наблюдения за пациентами в периоде ортодонтического лечения. Общим проявлением было незначительное снижение ширины альвеолярного гребня в зонах реконструкции, что, по-видимому, связано с продолжающимся созреванием тканей под воздействием сил аппаратуры. У 4 пациентов, нарушивших сроки контрольных явок, развился стойкий гингивит на фоне недостаточного гигиенического ухода за полостью рта. Однако апикального смещения маргинального края у этих пациентов не наблюдалось.

После снятия ортодонтической аппаратуры было осмотрено 20 пациентов (двое выбыли из группы исследования в связи с переменой места жительства). У 17 пациентов диагностировано нормальное состояние пародонта. У 2-х пациентов обоего пола с брекетами вестибулярной фиксации пассивного лигирования были зафиксированы начальные признаки пародонтита с увеличением глубины зондирования в среднем до 3мм на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта с одновременной ретракцией краевой десны как в области десневых сосочков, так и с лабиальной поверхности. У 1 мужчины с брекетами лингвальной

фиксации отмечено появление типичного V-образного рецессионного процесса в области клыков и первых премоляров верхней челюсти до 1,8 мм на фоне высокого уровня гигиены рта. При этом, обратило на себя внимание повреждение краевого пародонта с лабиальной поверхности, но проксимальнее участка реконструкции, который оказался нетронутым.

По данным КТ пациентов с программным наложением толщина наружной кости альвеолы после завершения ортодонтической программы дополнительно редуцировала в среднем по группе с  $1,73 \text{ мм} \pm 0,20 \text{ мм}$  до  $1,45 \text{ мм} \pm 0,17 \text{ мм}$  (среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение), а показатели оптической плотности в сравнении с таковыми через 4 месяца после реконструкции, в целом по группе, не имели тенденции к динамике.

**Заключение.** Полученные результаты превентивной реконструкции наружного кортекса альвеолы в области зубов, подлежащих ортодонтическому перемещению, продемонстрировали рациональность предложенного подхода с целью стабилизации опорного аппарата зуба в ходе выполнения ортодонтической программы. Ремоделированные во времени ткани в зонах реконструкции с применением биоматериалов-остеоиндукторов позволяют предположить возможность противодействия силам, используемым в ортодонтии, предотвращая появление истинных рецессионных дефектов немикробного генеза. Исследование будет продолжено с целью изучения отдаленных результатов.

### МОЛЕКУЛЯРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ РОТОГЛОТКИ

Полатова Д.Ш., Мадаминов А.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[akhmad.madaminov@inbox.ru](mailto:akhmad.madaminov@inbox.ru)

**Введение.** В настоящее время наступила новая эпоха в диагностике и лечении злокачественных новообразований, благодаря прогрессу в сфере молекулярной биологии. Однако заболеваемость продолжает расти и проблемы с профилактикой, ранней диагностикой и лечением остается нерешенной. Плоскоклеточная карцинома головы и шеи более 90% встречается в полости рта, ротоглотке и гортани. Одной из наиболее распространенной этиологии плоскоклеточной карциномы ротоглотки (ПККР) является вирус папилломы человека (ВПЧ). ВПЧ ассоциированный ПККР значительно возрос за последнее десятилетие, примерно в 70% случаях обнаруживаются транскрипционные активные вирусы.

**Методы.** Было исследовано 37 пациентов с T1-4N0-3M0 (AJCC, 7-е издание) ПККР, которые проходили лечение в Республиканском научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии в период 2015-2020 гг. Проведена иммуногистохимия (ИГХ) для определения косвенного биомаркера ВПЧ-статуса p16<sup>ink4a</sup>, экспрессии белков PD-L1 и p53 мутантного типа в опухолевых образцах (фиксированные формалином и залитые в

парафиновые срезы). Использована система визуализации EnVision FLEX+, High pH, которая предназначена для ИГХ с инструментами автоматической платформы Link. Система обнаруживала первичные моноклональные мышинные антитела к p16<sup>ink4a</sup> и p53, поликлональные кроличьи антитела к PD-L1 в соответствии со стандартным протоколом. p16<sup>ink4a</sup> считался положительным, когда интенсивное диффузное ядерное или цитоплазматическое окрашивание составляло >70%. p53 мутантного типа оценивали как положительным, когда экспрессия превышала 10%. Положительный статус PD-L1 определялся по наличию окрашивания положительных опухолевых клеток >1%. ИГХ была выполнена на образцах взятых у 20 пациентов из 37. Неудовлетворительные или не поддающиеся оценке образцы исключены от исследований. Всего было проведено 60 исследований ИГХ, в том числе 20 ИГХ исследований для p16<sup>ink4a</sup>, 20 ИГХ исследований для мутантного типа p53 и 20 ИГХ исследований для PD-L1 опухолевых клеток.

**Результаты.** Из 37 пациентов 20 были мужчинами (54%) и 17 женщинами (46%). Средний возраст 51,6 года (28-77 лет). Частота локализации опухоли в ротоглотке: небные миндалины 19 (51%), боковая стенка 8 (23%), основание языка 6 (16%), мягкое небо 2 (5%) и задняя стенка 2 (5%). Из 20 пациентов, которым выполняли ИГХ, 12 (60%) имели положительный ВПЧ-статус (гиперэкспрессия p16<sup>ink4a</sup>), 8 (40%) ВПЧ-статус отрицательный (гиперэкспрессия p16<sup>ink4a</sup> не выявлена). Положительная экспрессия PD-L1 идентифицировано в 9 случаях (45%), положительная экспрессия p53 в 8 случаях (40%). 10 (83%) пациентов с положительным статусом ВПЧ были моложе 60 лет. В 5 случаях наблюдалась положительная экспрессия обоих белков p16<sup>ink4a</sup> и PD-L1, в группе положительно экспрессируемых p53 не было идентифицировано ни одного положительного окрашивания p16<sup>ink4a</sup>.

**Выводы.** Средний возраст пациентов с положительным статусом ВПЧ был меньше при сравнении с средним возрастом общего числа исследуемых. Результаты показали, что экспрессия p53 мутантного типа отрицательно коррелируются с положительностью p16<sup>ink4a</sup>, тогда как PD-L1 часто экспрессируется при ВПЧ-индуцированном ПККР. Полученные результаты предоставляют первое доказательство того, что экспрессии молекулярных маркеров p16<sup>ink4a</sup>, PD-L1 и p53 связаны с прогнозом ПККР и, как могут быть потенциальным инструментом для стратификации риска. Для подтверждения этих выводов необходимы дополнительные более углубленные исследования.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАПРАВЛЕННОЙ ТКАНЕВОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА. ТИПОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА, КАК КЛЮЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ УСПЕШНОСТИ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**

**Попков В.С., Ярыгина Е.Н.**

ФГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет  
Минздрава России  
[Vasilypopkov442@gmail.com](mailto:Vasilypopkov442@gmail.com)

**Введение.** Патология тканей пародонтального комплекса является особо актуальной проблемой в современной стоматологической практике. На долю данной группы заболеваний приходится более 60% всех причин удаления зубов. Потеря объема пародонтального прикрепления создает, заведомо отягощенные исходные условия для последующего протезирования. В частности, с использованием дентальных имплантатов. Реализация данного протокола лечения может потребовать значительных временных и материальных затрат, опосредованных необходимостью проведения аугментационных процедур, как костной ткани, так и мягкотканного компонента периимплантной зоны. Именно с учетом указанных критериев, протоколы лечения, в частности оперативного, направленные на сохранение компонентов зубного ряда, обеспечивают предсказуемый, функционально и по возможности эстетически ориентированный результат, позволяющий отсрочить необходимость восстановления утраченных зубов.

**Цель исследования** - разбор клинического случая направленной тканевой регенерации тканей пародонтального комплекса с использованием соединительно-тканного трансплантата. Определение типоспецифических параметров пародонтальных тканей, их роли в обеспечении успешности регенеративных процедур.

**Материалы и методы.** На основании метода описательной статистики и анализа произведён ручной поиск в базах данных Web of Science, Pubmed, ScienceResearch, а также корреляционный анализ источников литературы и публикаций, имеющих отношение к регенеративным процедурам тканей пародонтального комплекса, мягкотканной аугментации в пародонтологической практике. Произведён анализ клинического случая пациента с сочетанной потерей объема пародонтального прикрепления, в период его реабилитации с 2021 по 2022 г, с целью верификации успешности проведённой регенеративной процедуры.

**Результаты исследования.** Ключевыми параметрами, обеспечивающими успешность регенерации пародонта являются: устранение микробного фактора, подготовка тканевых структур перирадикулярной зоны для последующего восстановления прикрепления, стабильность кровяного сгустка, а также барьерный компонент, устраняющий влияние конкурентного мягкотканного

звена, контаминацию покрывного эпителия в регенеративную зону.

Ведущими звеньями, обеспечивающими стабильность восстановления пародонтального прикрепления, являются типоспецифические особенности строения тканей перирадикулярной зоны. Объем апроксимальных мягких тканей, форма десневых сосочков, является определяющим фактором в достижении фиксации репанированного лоскута, а также реализации заживления операционной раны первичным натяжением. Именно супракрестальная порция мягких тканей, позволяет фиксировать барьерные структуры, обеспечивающие стабильность аугментата в регенеративной зоне. Особенности биотипа мягких тканей в зоне внутрикостного дефекта, напрямую коррелируют с необходимостью использования тентовой опоры в зоне регенерации, во-избежании коллапса покрывных тканей в зону дефекта. Кроме того, форма внутрикостной части пародонтальной потери прикрепления, напрямую зависит от возможности полной регенерации данного участка периодефекта. Выявленные в ходе анализа данные, говорят о том, что наиболее предсказуемый протокол направленной тканевой регенерации у дефектов щелевидной формы, с глубиной дефекта более 5 мм.

Пациентка С. 28 лет, находилась на лечении и диспансерном наблюдении в Стоматологической поликлинике ВолгГМУ с 2021 по 2022 г. На момент первичного осмотра, в зоне нижних резцов отмечалось наличие рецессий десны, от 3-6 мм, а также внутрикостная потеря объёма пародонтального прикрепления медиального участка перирадикулярной зоны зуба 4.1, глубиной 4 мм по данным КЛКТ. Зона между зубами 4.1 и 3.1 соответствовала 3 классу периодефектов по Миллеру. До начала оперативного лечения, была произведена консервативная фаза пародонтологического лечения по протоколу полной дезинфекции полости рта, с целью удаления триггерного микробного фактора, в виде бактериальной биопленки. Через 2 месяца после проведённой консервативной фазы, было произведено оперативное лечение - направленная тканевая регенерация с сочетанной мягкотканной аугментацией с использованием деэпителизованного соединительно-тканного трансплантата в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. С целью компенсации супракрестальной усадки мягких тканей, ткани покрывного лоскута были репанированы по протоколу коронально-смещенного лоскута. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 месяцев после проведенного лечения, отмечалось устранение внекостной части потери пародонтальной поддержки, в виде рецессий десны до уровня эмалево-цементной границы каждого зуба. Пародонтологические индексы в пределах нормы. Глубина зондирования - в пределах зубодесневой борозды. В апроксимальной зоне зуба 4.1 - зондирование 2 мм. По данным КЛКТ, отмечается регенерация внутрикостного дефекта, до зоны биологического костного контура.

### **Выводы.**

1. Наиболее значимыми анатомо-морфологическими особенностями тканей пародонтального комплекса, определяющими возможность и

эффективность регенеративных процедур являются особенности мягкотканного компонента тканей перирадикулярной зоны.

2. Одной из основных проблем современной регенеративной пародонтологии является игнорирование роли супракрестальной порции мягких тканей, в участке периодефекта, в осуществлении стабильности заживления операционной раны. Именно утрата этих тканевых структур приводит к формированию рецессий в послеоперационном периоде и соответствующему ограничению объёма восстановления пародонтального прикрепления.

3. Метод направленной тканевой регенерации с использованием соединительно-тканых трансплантатов, позволяет успешно устранять сочетанные периодефекты, предлагаемый метод обеспечивает предупреждение послеоперационной усадки мягких тканей, способствует стабильности внутрикостного аугментата, оптимизирует состояние мягких тканей в зоне, регенерации, что определяет стабильность полученного результата оперативного лечения.

### ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИИ АБАТМЕНТОВ К ДЕНТАЛЬНЫМ ИМПЛАНТАТАМ

**Прялкин С.В., Рубникович С.П., Бусько В.Н.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Белорусский государственный медицинский университет,  
Государственное научное учреждение «Институт прикладной физики  
Национальной академии наук Беларуси» Минск, Республика Беларусь  
[prialkin\\_sv@mail.ru](mailto:prialkin_sv@mail.ru), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [busko@iaph.bas-net.by](mailto:busko@iaph.bas-net.by)

**Актуальность.** В настоящее время в стоматологии существует множество вариантов конфигураций соединения дентального имплантата с абатментом. Как при плоскостном, так и при коническом типе соединения абатмент к дентальному имплантату фиксируется при помощи винта с контролируемым механическим усилием, которое составляет от 20 до 40 Н/см. При функционировании зубочелюстной системы происходит накопление биомеханической усталости ортопедических конструкций вследствие постоянного воздействия циклических нагрузок. Циклические нагрузки на ортопедические конструкции с опорой на дентальные имплантаты возникают при глотании, пережёвывании пищи и при парафункциональной активности зубочелюстной системы.

**Цель исследования** – оценить в эксперименте прочностные характеристики винтовой фиксации абатментов к дентальным имплантатам с внутренним шестигранным типом соединения в условиях циклических нагружений, имитирующих функциональные нагрузки в полости рта.

**Материал и методы исследования.** Экспериментальное исследование соединения в системе «дентальный имплантат-абатмент» проводили на лабораторной установке в Институте прикладной физики НАН Беларуси. В экспериментальных условиях оценивали прочностные характеристики

винтовой фиксации ортопедических компонентов к 24 дентальным имплантатам из сплава Ti-6Al-4V диаметром 3,75 мм и длиной 11,5 мм с плоскостным типом соединения, которые были распределены на 4 группы ( $n=6$ ) в зависимости от угла нагружения и силы воздействия. Силовое воздействие осуществляли на середину ортопедической конструкции между вторым и третьим винтовым соединением – что соответствует проекции области 2-го премоляра и 1-го моляра как функционального центра жевания человека. Проводили анализ следующих параметров ортопедической конструкции экспериментальной модели: момент зажатия и последующего ослабления фиксирующих винтов, который контролировали динамометрическим ключом типа MT-R1040 (в Н/см) с точно заданным крутящим моментом зажатия  $M$  (сила первоначального зажатия винтов составила 35 Н/см для абатментов цементируемых конструкций) и измерение глубины винтового соединения при помощи цифрового глубиномера. Глубину винтового соединения определяли по расстоянию от основания шестигранника фиксирующего винта до окклюзионной поверхности ортопедической конструкции испытуемого образца, измеренное при помощи модифицированного цифрового глубиномера.

**Результаты исследования.** Разработана и изготовлена новая экспериментальная модель для оценки функционирования испытуемых образцов дентальных имплантатов и ортопедической конструкции. Конструкция экспериментальной модели в форме восьмигранника и ортопедической конструкции овальной формы, а также направление действия нагрузки  $P$  на ортопедическую конструкцию представлены в двух проекциях на рис. 1а, б.

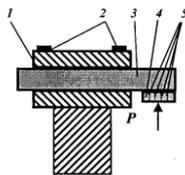


Рис. 1а. Схема строения узла закрепления

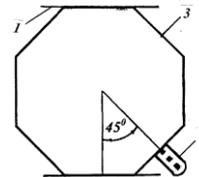


Рис. 1б. Схема основания с ортопедической конструкцией

При этом форма жевательной поверхности ортопедической конструкции (испытуемого образца), на которую воздействует под углом нагрузка  $P$ , имеет вид овала в сечении.

### **Выводы.**

1. Разработана, изготовлена и апробирована новая экспериментальная модель для оценки прочностных характеристик винтовой фиксации абатментов к дентальным имплантатам.

2. Выявлено достоверно значимое снижение показателей глубины соединения и степени зажатия ортопедических винтов после экспериментального нагружения экспериментальной модели.

3. Установлена выраженная корреляционная зависимость при увеличении угла и количества циклов нагружения до 200 000 накопление усталости ортопедических конструкций возрастает в 1,78 раз.

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОПРИЗНАКОВ У РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ**

**Пулатова Б.Ж., Шомуродов К.Э., Хайдаров Н.К., Бабаджанов Ж.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Исходя из литературных источников известно, что для мультифакториально-наследуемых расщелин губы и нёба необходимо наличие генетической предрасположенности и воздействие каких-либо неблагоприятных факторов среды, способствующих реализации подверженности в порок развития. Сами по себе неблагоприятные факторы среды вне зависимости от определенного генетического фона не вызывают возникновение таких синдромов, но могут возникать при хромосомных аномалиях как один из компонентов множественных пороков развития.

**Цели исследования** - изучить роль, клинико-диагностическое значение родительских микропризнаков при определении риска развития расщелин верхней губы и нёба у детей.

**Материалы и методы** - анализ отечественной и зарубежной научной литературы, ретроспективный анализ

**Результаты и обсуждение.** РГН неспецифичны для какого-либо одного хромосомного синдрома, они возникают при аномалиях 50% хромосом причем как при делециях, так и транслокациях. Однако необязательно возникновение расщелины у ребенка с РГН, например, при синдроме Дауна, однако частота этой аномалии при синдроме Дауна в 10 раз превышает цифры в общей популяции.

При ВРГ и/или Н у родителей могут быть обнаружены орофациальные микропризнаки проявления действия аномальных генов. При внешнем осмотре они легко определяемы, стоят ближе к "порогу" реализации наследственного отягощения. Следовательно, наличие микропризнаков имеют значимый риск рождения ребенка с расщелиной, чем у других членов популяции. При диагностике наследуемой расщелины основа состоит в выявлении у родителей пациента или других родственников всех степеней родства проявлений аномальных генов - истинных микропризнаков.

К истинным микропризнакам у родителей причисляют:

1. При расщелине губы - наличие короткого неба, асимметрия красной каймы верхней губы, прогнатия, асимметрия крыла носа, девиация оси носа, атипичная форма и положение латеральных резцов и клыков верхней челюсти;
2. При расщелине неба - это диастема, истинная прогения, укорочение и деформация мягкого неба, небо, расщепление язычка мягкого неба, атипичная форма и положение латеральных резцов и клыков ВЧ.

При проведении молекулярно-генетического исследования и анализируя научные результаты выделена ключевая роль в формировании повышенного риска к ВРГ с/без Н полиморфизма гена GSTP1 Val105, входящего в состав всех статистически значимых моделей, что также ранее было отмечено в работах

Мещеряковой М.О. (2015), Давлетшина Н.А. (2009), Нехорошкиной М.О. (2015).

**Выводы.** Таким образом, группу риска можно выявить при обычном стоматологическом осмотре беременных женщин и в консультации ориентировать женщину, «обладающей теми или иными микропризнаками врожденной патологии», пройти медико-генетическое консультирование, а иногда и пренатальную диагностику.

Молекулярно-генетическое исследование необходимо проводить больным с ВРГН, так как, являясь одним из ключевых этапов медицинского сопровождения, включает: постановку точного диагноза, выяснение риска повторения порока развития в семье и консультирование о прогнозе заболевания. Для выполнения поставленной цели и определения принципиально нового подхода к диагностическому значению обнаружения у родителей орофациальных признаков фактора риска развития у детей расщелины, а также содержание полиморфизма генов маркеров предрасположенности к ВРГН. Как правило, группа больных с данной патологией остается недообследованной в плане генетических исследований, а прогноз риска повторного случая заболевания в семье не исключен.

Необходимо также уделять пристальное внимание раннему выявлению характерных признаков наследования – так называемых микропризнаков, легко определяемых при внешнем осмотре даже в первичном звене здравоохранения при плановом стоматологическом осмотре беременных женщин.

На основании полученных результатов, родителям и детям с ВРГН, комбинированной с другими микроаномалиями и врожденными пороками развития, отставанием физического и задержкой психомоторного развития рекомендовано для выявления хромосомной патологии проводить хромосомный микроматричный анализ.

## **ЛИМБИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОСНОВА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА**

**Пулатходжаева Х.Д., Равшанов С.Р., Обидова М.Б.,  
Рустамов А.А., Нуримова Д.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель** - изучение особенностей поведенческих реакции организма связанной с центрами лимбической системы.

Лимбическая система головного мозга (висцеральный мозг) включает в себя отделы среднего, промежуточного и конечного мозга.

Определение «лимбическая система» было впервые предложено П.МакЛином в 1952 году и на тот момент состояло из ряда образований головного мозга, находящихся «на краю».

Настоящая время лимбическая система состоит из следующих анатомических структур: ретикулярная формация среднего мозга; обонятельная луковица; обонятельный тракт; обонятельный треугольник; переднее

продырявленное вещество; парагиппокампальная извилина; зубчатая извилина; гиппокамп; миндалевидное тело; гипоталамус; поясная извилина; сосцевидное тело.

Функции лимбической системы: через гипоталамус - регуляция функции внутренних органов; - формирование мотиваций, эмоций, поведенческих реакций; играет важную роль в обучении; обонятельная функция; - организация кратковременной и долговременной памяти и в том числе пространственной; участие в формировании ориентировочно - исследовательской деятельности; организация простейшей мотивационно-информационной и коммуникации (речи); - участие в механизмах сна.

Лимбическая система человека имеет замкнутую структуру, основанную на восходящих и нисходящих путях. Особенности ее строения заключаются в стабильных нейронных связях, которые поддерживают ее функционирование, обеспечивают продолжительное поддержание нервного возбуждения в клетках. Благодаря этому поддерживается замкнутый круг функционирования ее структур.

При нарушениях со стороны висцерального мозга страдает, прежде всего, память. И хотя лимбическая система не является архивом, нарушаются процессы воспроизведения и восстановления знаний и навыков, воспоминания остаются, но становятся разрозненными.

Причин ее нарушения множество, к основным относятся следующие:

- травмы головы;
- инфекции, поражающие нервную систему;
- нейротоксины;
- заболевания сосудистой системы головного мозга;
- психиатрическая патология;
- алкогольные отравления.

Клинические проявления, нарушения в работе лимбической системы.

Повреждения лимбической системы включают в себя потерю или нарушения памяти, вызывает корсаковский синдром они могут проявляться следующими симптомами: потеря или спутанность долговременной памяти до фокальной нейропатии (ретроградная амнезия); невозможность формировать новые воспоминания (антероградная амнезия);

При корсаковском синдроме всегда имеется двустороннее поражение лимбической системы он включает ретроградную амнезию и фиксационную амнезию

Висцеральный мозг, как и нервная система в целом, еще до конца не изучен. Ученые по-прежнему проводят исследования с целью достоверно установить все функции и методы коррекции состояний, вызванных дисфункцией.

**СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА  
ФЕЛОДИПИН ВА АМЛОДИПИННИ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ  
ЦИРКАД РИТМИГА ТАЪСИР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ**

**Равшанова З.М., Кучкарова Ш.А., Тоирова Г.А.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Тадқиқот мақсади** - сурункали буйрак касаллиги III босқичидаги артериал гипертензия билан асоратланган беморларда фелодипин ва амлодипин препаратини артериал қон босими суткалик циркад ритмига таъсирини таққослама баҳолаш.

**Тадқиқот материали ва услублари.** Илмий текшириш учун ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 78 нафар (42 та аёл, 36 та эркак), ўртача ёши 50 (46-54) ёш сурункали буйрак касаллиги III босқичи билан касалланган, артериал қон босими нормадан баланд бўлган беморлар олинган. Ушбу беморларда ўртача (гипотензив препаратлар қўлланмаган ҳолда) САД - 170 (160-180) мм.сим.уст., ДАД - 100 (90-110) мм.сим.уст. эканлиги кузатилди. Беморлар шартли 4 тоифага бўлинди: 1-тоифадаги 34 нафар беморлар “dipper” (тунги АҚБ ни 10-20% га пасайиши); 2-тоифадаги 18 нафар беморлар “non dipper” (тунги АҚБ ни 10% дан кам пасайиши); 3-тоифадаги 16 нафар беморлар “over dipper” (тунги АҚБ ни 22% дан кўп пасайиши); 4-тоифадаги 10 нафар беморлар “night reaker” (тунги АҚБ ни кўтарилиши) гуруҳига киради. 1-тоифа “dipper” даги беморларнинг 14 нафарига, 2-тоифа “non dipper” даги 8 нафарига, 3-тоифа “over dipper” даги 5 нафарига, 4-тоифа “night reaker” даги 7 нафарига фелодипин препарати 10мг/кунига берилди. Қолган 1-тоифа “dipper” даги беморларнинг 20 нафарига, 2-тоифа “non dipper” даги 10 нафарига, 3-тоифа “over dipper” даги 11 нафарига, 4-тоифа “night reaker” даги 3 нафарига амлодипин препарати 10м/кунига берилди. Барча гуруҳларнинг даводан олдин ва давонинг 10-кунида АД ни мунтазам эрталаб, кечқурун ўлчанди.

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқот натижасига кўра фелодипин препаратини берган гуруҳимизнинг 1-тоифасидаги беморларнинг давонинг 1-кунининг АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 22.6% га пасайгани, тунги АҚБ эса 25.5% пасайганлиги кузатилди. Иккинчи гуруҳ амлодипин берган 1-тоифасидаги беморларнинг АҚБ давонинг 1-куни АҚБсига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 19.3% га пасайгани, тунги АҚБ эса 20.14% га пасайганлиги кузатилди. Фелодипин берган гуруҳимизнинг 2-тоифадаги беморларнинг давонинг 1-кунининг АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 21.3% га пасайгани, тунги АҚБ эса 22% пасайганлиги кузатилди. Иккинчи гуруҳ амлодипин берган 1-тоифасидаги беморларнинг АҚБ давонинг 1-куни АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 18.7% га пасайгани, тунги АҚБ эса 19.5% га пасайганлиги кузатилди. Фелодипин берган гуруҳимизнинг 3-тоифадаги беморларнинг давонинг 1-кунининг АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 16.3% га пасайгани, тунги АҚБ эса 22.1% пасайганлиги кузатилди. Иккинчи гуруҳ амлодипин берган 1-

тоифасидаги беморларнинг АҚБ давонинг 1-куни АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 15.9% га пасайгани, тунги АҚБ эса 24.7% га пасайганлиги кузатилди. Фелодипин берган гуруҳимизнинг 4-тоифадаги беморларнинг давонинг 1-кунининг АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 19.6% га пасайгани, тунги АҚБ эса 17.2%га пасайганлиги кузатилди. Иккинчи гуруҳ амлодипин берган 1-тоифасидаги беморларнинг АҚБ давонинг 1-куни АҚБ сига нисбатан давонинг 10-кунида эрталабки АҚБ 15.7% га пасайгани, тунги АҚБ эса 14.4% га пасайганлиги кузатилди.

**Хулоса.** Юқорида берилган маълумотларга асосланиб шуни хулоса қилиш мумкинки, фелодипин дори воситаси амлодипинга нисбатан барча тоифадаги беморларимизда ижобий натижаларни кузатдик. Бу билан биз СБК билан оғриган беморларда АҚБ циркад ритмини меъёрий кўрсаткичларга яқин даражада ушлаб туриш имконини беради.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ В Г. УРГЕНЧЕ

**Раджапова Ф.Р., Махкамова Ф.Т.**

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Цель исследования** - изучить распространенность и факторы, способствующие развитию кариеса молочных зубов у детей 3-5 лет в г.Ургенче.

**Материалы и методы исследования.** Случайным образом были отобраны данные 60 детей в возрасте от 3 до 5 лет. Оценивали распространенность кариеса и другие показатели, а результаты анализировали с помощью разработанной спецпрограммы. Опекунам детей также была роздана анкета для выяснения потенциальных факторов риска, связанных с кариесом.

**Результаты.** Индекс кариозных, отсутствующих и пломбированных зубов (кпу) у детей 3, 4 и 5 лет составил 3,17, 5,13 и 6,07 соответственно, а частота кариеса - 62,16, 75,89 и 87,28% соответственно. По мере взросления увеличивается и распространенность кариеса. Были статистически значимые различия в показателях распространенности кариеса между разными возрастными группами ( $p \leq 0,05$ ). Заболеваемость кариесом среди сельских детей была достоверно выше, чем в городской местности ( $\chi^2=15,323$ , 95% ДИ=0,8511039, U (критерий Манна-Уинни)=0,8344201 перцентиль = 53,7), при этом достоверных различий между мальчиками и девочками в разном возрасте ( $p=0$ ) не наблюдалось. У детей 5 лет распространенность кариеса в городской и сельской местности составила 81,0% и 94,0% соответственно. По пломбированию кариеса установлено, что у 32 детей всего 39 кариозных зуба, в том числе 27 незапломбированных, 2 отсутствующих и только 14 запломбированных, что составляет 6,55%. В нашем исследовании уровень кариеса верхнего центрального резца был самым высоким (51,08%), а нижний латеральный резец был самым низким (4,17%), а уровень молочного моляра нижней челюсти был выше, чем у молочного моляра верхней челюсти. По

частоте отдельных кариесов 12,4% детей имели два кариозных зуба, а дети с четырьмя кариесами – 7,9%. Кариес в большинстве случаев располагался симметрично в полости рта.

**Выводы.** Состояние полости рта детей в возрасте 3-5 лет не оптимистично. Многие родители плохо осведомлены о здоровье полости рта. Усиление пропаганды знаний о здоровье полости рта является эффективным способом изменить ситуацию.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОПРЕВАЛЕНТНОСТИ К SARS-COV-2 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА НА ФОНЕ COVID-19**

**Ражапова Ш.М., Абдуллаев Р.Б.**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В конце 2019 г. появились сообщения о вспышке инфекции, вызванной новым штаммом  $\beta$ -коронавируса SARS-CoV-2, заболевание ВОЗ определила как coronavirus disease 2019 (COVID-19). В Республике Узбекистан первый случай COVID-19 был диагностирован 15.03.2020 г., это был завозной случай из Франции. Период нарастания заболеваемости продолжался с 12-й по 19-ю неделю, когда был зарегистрирован самый высокий показатель, составивший 16,7 на 100 тыс. населения. В дальнейшем отмечалось статистически значимое снижение заболеваемости. Изучение серопревалентности было проведено на 27-й неделе (8-я неделя снижения заболеваемости).

**Целью** проведенного сероэпидемиологического исследования было определение уровня и структуры популяционного иммунитета к вирусу SARS-CoV-2 среди населения Республики Узбекистан Хорезмского региона в период распространения COVID-19.

**Материалы и методы.** Отбор волонтеров для исследования проводили методом анкетирования и рандомизации путем случайной выборки. Критерием исключения была активная инфекция COVID-19 в момент анкетирования. На наличие специфических антител к SARS-CoV-2 обследовано 2946 человек. Возраст обследованных добровольцев варьировал от 7 лет до 78 лет и старше.

**Результаты.** Результаты показали, что в Хорезмском регионе в период заболеваемости COVID-19 наблюдалась умеренная серопревалентность к SARS-CoV-2, составившая 31,3%, на фоне высокой частоты (94,5%) бессимптомной инфекции у серопозитивных лиц, не имевших в анамнезе перенесенного заболевания COVID-19, положительного результата ПЦР и симптомов ОРВИ в день обследования. Максимальные показатели коллективного иммунитета установлены у детей 7-13 лет (42,0%), детей 14-17 лет (40,3%) при одновременном снижении серопревалентности у лиц в возрасте 70 лет и старше (24,0%). В разных районах Хорезмской области наблюдалось широкое варьирование показателей серопозитивности от минимального в Янгиарикском районе (8,6%) до максимального в городе Ургенче (74,3%). Результаты в других районах не учитывались, в связи с малым количеством анкет и опрошенных. У реконвалесцентов COVID-19 антитела вырабатываются

в 83,3% случаев. У лиц с позитивным результатом ПЦР-анализа, проведенного ранее, антитела выявлялись в 100% случаев. Среди волонтеров, имевших контакты с больными COVID-19, доля серопревалентных 37%.

**Заключение.** Динамику серопревалентности среди населения Хорезмской области можно квалифицировать как позитивную. Полученные результаты могут быть использованы для разработки прогноза развития эпидемиологической ситуации, а также планирования мероприятий по специфической и неспецифической профилактике COVID-19.

### **ХАРАКТЕР И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДИ И ЖИВОТА У ВЕЛОСИПЕДИСТОВ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ.**

**Райимжанова К.Ф., Индиаминов С.И.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Цель исследования** – изучения характера и осложнений поражений структуры груди и живота у велосипедистов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов заключений судебно-медицинской экспертизы, в отношении 202 лиц велосипедистов, погибших при ДТП. Пострадавшие получили травму в результате столкновений движущихся других транспортных средств (ТС) на корпус движущихся велосипедов, из них в 151 случаях наезд ТС был совершен сзади и в 51 случаях – сбоку на корпус велосипедов.

**Результаты исследования.** Установлено, что при наезде транспортных средств сзади на корпус велосипеда, у велосипедистов формируются двухсторонние переломы ребер в 37,09% случаев, а при наезде сбоку на корпус велосипеда показатели повреждений этих структур составляют 48,27%. В обоих вариантах наезда отмечены частые поражения всех ребер, преимущественно по среднеключичной, передним и средним подмышечным линиям. В условиях наезда транспортных средств сзади на корпус движущегося велосипеда у велосипедистов часто наблюдались переломы ключиц, преобладали ушибы легких и сердца, а также разрывы паренхимы легких. Однако, при наезде транспортных средств сбоку на корпус движущегося велосипеда, у велосипедистов переломы тел грудины, лопатки и ключицы, а также поражения структуры органов грудной полости отмечены редко, часто отмечались только двусторонние переломы ребер и при этом преобладали кожные повреждения в виде ссадин и кровоподтеков на переднебоковых частях туловища. Выявлено, что при разных вариантах наезда ТС на корпус движущегося велосипеда у пострадавших велосипедистов повреждения структуры органов живота выявляются в 22,27% случаях. При этом чаще всего формируются разрывы печени, затем – селезенки, вплоть до их размозжения. В обоих вариантах столкновений формирования повреждений структуры органов груди и живота было обусловлено падением и соударением туловища велосипедистов о твердое

дорожное покрытие - во 2-ой фазе ДТП.

**Выводы.** У велосипедистов, пострадавших при дорожных происшествиях часто наблюдается сочетанная травма груди и живота с преимущественным повреждением ребер, легких, печени и селезенки, которые сопровождались массивной кровопотерей и явлениями шока, вызывая смерть пострадавших на ранних сроках посттравматического периода.

## МЕХАНОГЕНЕЗ ПОРАЖЕНИЙ СТРУКТУРЫ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ

**Райимжанова К.Ф., Шавази Р.Н., Рустамова Д.С.,  
Зубайдиллоева З.Х., Индиаминов С.И.**

Самаркандский государственный медицинский институт

**Актуальность.** Позвоночно-спинномозговые повреждения (ПСМП) в структуре травм скелета составляют в среднем от 6,3- до 26% и основными причинами являются в основном различные виды автомобильных травм (36-43%), падения с высоты (24,2-63,2%), ныряние на мелководье (3-32%) и удар тупыми твердыми предметами (7-11%).

**Цель исследования** - изучить характер поражений структуры позвоночника при тупой травме.

**Материалы и методы исследования.** Проанализировали результаты исследования 82 трупов, погибших в результате падений с высоты; 172 погибших при столкновениях с движущимися автомобилями, из них 140 случаев столкновений пешеходов с современными легковыми автомобилями.

**Результаты исследования.** Установлено, что при столкновениях с автомобилями у пострадавших пешеходов в 43 случаях (25%) отметили ПСМП: компрессионно - взрывчатые переломы позвонков отмечены в 6 случаях, в остальных 37 случаях имели место дистракционные и ротационные переломы. Переломы позвонков часто наблюдались (23 случаев) между позвонками, при этом в 17 случаях имел место полный отрыв спинного мозга на уровне переломов структуры позвонков. В тоже время у пешеходов преобладали в нижнешейном (13), верхнегрудном (8) отделах и СТ шейного и грудного отделов (7). ПСМП у пострадавших водителей отметили в 14,5% случаях и характеризовались шейно-затылочной травмой, а также поражениями структур шейных, верхнегрудных и поясничных позвонков. В составе ПСМП шейного отдела нередко отмечалась шейно-затылочная травма (ШЗТ) и повреждения структуры C<sub>1-2</sub>, что отличали от ПСМП формируемых при падениях. При падениях ПСМП 41,5% случаев наблюдался с поражениями других отделов тела и нередко с охватом 2-х и более частей позвоночника, а по локализации чаще всего - в нижнешейном, верхнегрудном и поясничном отделах. Часто отмечались компрессионные переломы, которые явились результатами падений на ноги и ягодицы.

**Заключение.** Характер и морфология повреждений ПСМП при разных видах тупой травмы определяются механизмом повреждений. При падении с

высоты - компрессионные (взрывные) оскольчатые переломы тел позвонков. При чрезмерном сгибании позвоночника - вывихи с разрывом связочного аппарата, при чрезмерном разгибании, например, при внутрисалонной АТ - вывихи и клиновидная компрессия тел шейных позвонков (хлыстообразные повреждения). При падении на подбородок возникают переломы нижнего угла С<sub>2</sub> С<sub>5</sub> С<sub>7</sub> (каплевидного вклинения), в тоже время при вращении и чрезмерном сгибании развивается односторонний вывих с разрывом связочного аппарата.

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТОВ УШНОГО ХРЯЦА И РАСЩЕПЛЕННОГО РЕБРА**

**Рахимов М.М., Махмудов А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Переломы дна орбиты встречаются чаще всего. челюстно-лицевых травм в настоящее время в связи с увеличением уровень межличностного насилия и дорожно-транспортных происшествий несчастные случаи. Как отмечают Чанг и Манолидис, Маккензи был первым, кто описал орбитальное дно переломов в 1844 г. С тех пор различные исследования обсудили показания и наиболее выгодные время, в течение которого следует рассмотреть вопрос об операции а также наиболее значительный хирургический метод для использования при орбитальных взрывных переломах. Спустя сто лет, особенно в 1957 году Смит и Риган определили неполноценные ущемление прямой мышцы, что привело к уменьшению подвижность глаз при переломах орбиты и назвали их «взрывными переломами». С того времени, многочисленные исследования изучали показания и наиболее подходящие сроки для хирургического вмешательства в дополнение к наиболее благоприятному хирургическому модальность. Для того, чтобы использовать ауто трансплантаты, аутологичный пациент ткань должна быть доступна для забора от донора сайт. Он должен быть дополнительно сформирован, чтобы идеально соответствовать размеры дефекта, чтобы обеспечить со структурно неповрежденной опорой для основного тканей и структур. Обычно легче собирать хрящей и формировать его, следовательно, в дальнейшем способствует долгосрочная поддержка без резорбции. Аутологичная реконструкция дна глазницы по хрящевые трансплантаты использовались в различных исследованиях в качестве представлено Castellani et al., и Ozayzgan et al. и др. Однако другие предыдущие исследования рассматривали костные трансплантаты для дна орбиты в соответствии с рекомендациями лечение перелома орбиты. Этот подход в зависимости от наличия достаточного количества аутологичная кость, полученная из донорского участка. В нем есть быть дополнительно сформированы и вставлены, чтобы дать твердая структурная поддержка в восстановлении дефекта. Будучи биосовместимыми, черепно-лицевые хирурги отдавали предпочтение костным трансплантатам при лечении таких переломов. Среди донорских участков - расщепленный свод черепа. Костный трансплантат, ребро и гребень подвздошной кости. Графты могли располагаться как

трансплантаты накладок, фиксироваться с помощью пластина и винт, фиксируемый стягивающим винтом или фиксируется в сочетании с аллопластическим материалом, например, титановая сетка или пористый полиэтилен листов. Нет однозначного одобрения подходящий материал для реконструкции. Целью данного исследования является сравнение результатов использования аутологичного хрящевого трансплантата расщепленный реберный трансплантат в маленьком посттравматическом дне орбиты реконструкция дефектов.

**Материал и метод.** Рандомизированное контролируемое сравнительное исследование проводилась в Челюстно-лицевом Хирургическое отделение ГКБСМП. Настоящее исследование включало 30 пациентов, 22 мужчин и 8 женщин в возрасте от 23 до 49 лет, в среднем 36 лет. Они представили на амбулаторно-поликлиническое отделение больницы с переломами дна глазницы наряду с дефектами дна либо изолированные, либо с другими челюстно-лицевыми переломами с ноября 2014 года по декабрь 2016 года. Пациенты были разделены на две группы, 15 случаев лечили с использованием аутологичного хряща трансплантаты для реконструкции дефектов дна орбиты либо односторонний, либо сшитый биконхальный хрящ трансплантаты в зависимости от размера дефекта (группа 1) и 15 случаев лечили с помощью отдельных накладок. реберный трансплантат (группа 2). Пациенты были отобраны случайно, независимо от возраста и пола. Были выполнены следующие критерии включения: (1) Клиническая диагностика дефектов дна орбиты; (2) Компьютерная томография (КТ), показывающая дно орбиты дефекты; (3) Интраоперационная находка малого орбитального дефекты пола  $2\text{см}^2$ . Критерии исключения включают (1) перелом дна орбиты без дефекта кости или (2) большие дефекты  $>2\text{ см}^2$  или пациенты, у которых ранее оперативное вмешательство было исключено из исследования. Записан анамнез и проведено полное клиническое обследование проведено в том числе местное и общее экзамены. Местная экспертиза была сделана платно особое внимание на следующее: движение, глазная дистопия, энофтальм, диплопия особенно при взгляде вверх, парестезии в распространение подглазничного нерва и ступенчатая деформация. Все пациенты прошли офтальмологическое обследование в госпитализация, до операции, после операции после опухоль прекратилась, и во время последующего наблюдения. Любые другие травмы были зарегистрированы и оценены и подтверждается родственными разными специальностями. Всем пациентам выполнялась КТ с аксиальной, коронарной сагиттальные срезы и построение 3D-изображения. Информированный согласие было получено от всех пациентов. Все больные оперировались под общим анестезия. Мы использовали трансконъюнктивный разрез. субцилиарные разрезы во всех случаях. Наибольшие размеры 274 Том. 42, № 2 / Сравнительное исследование трансплантатов раковинного хряща и расщепленных реберных трансплантатов дефект измеряется и в соответствии с размер дефекта В 1-й группе дефекты орбитальной пол был реконструирован Conchal Cartilage Трансплантаты либо односторонние (размер дефекта до

1,5см<sup>2</sup>) или ушитые трансплантаты биконхального хряща (размер дефекта 1,5-2см<sup>2</sup>). Трансплантаты конхального хряща собирали через передний или задний разрез. Особая забота была в беспокойство во время сбора трансплантата, чтобы обеспечить целостность раковины как моноблока, направленного на лучшая окклюзия пола.

Во 2-й группе реконструировали аналогичные дефекты. использование реберных трансплантатов onlay, где ребро было собрано, расщепляется и прикладывается к дефекту. Во всех случаях все содержимое выпавшей орбиты (предглазничный жир, нижняя прямая мышца и нижняя косая мышца) освобождали от верхнечелюстной Синус и свободное движение глаз были обеспечены. После прививка, закрытие выполнено по плоскостям доступ к глазнице с тщательным закрытием надкостницы во избежание экстрезии наложенного трансплантата. Послеоперационный уход за больными осуществлялся, в том числе медикаментозное лечение в виде внутривенных жидкостей, анальгетики, антибиотики и послеоперационное наблюдение КТ. Кроме того, было проведено офтальмологическое обследование. рутинна. Обследование нашим пациентам было проведено в нашей поликлинике через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Цифровые фотографии были сделаны в то время травм, до и после операции и с последующим посещения. Осложнения, если таковые были отмечены для дальнейшая оценка и управление.

## **СИМТОМАТИКА И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Рахимова Г.Ш., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Физиологические процессы в организме беременных, связанные с изменением гормонального статуса, могут влиять на активность некоторых медиаторов, участвующих в развитии воспалительной и аллергической реакций. При этом по литературным данным каждая пятая беременность сопровождается ринитом.

Ринит беременных рассматривается как заложенность носа в течение 6 или более недель беременности без других признаков инфекции дыхательных путей и каких-либо известных причин аллергии, полностью исчезающих в течение 2 недели после родов. Однако не всегда заложенность носа при беременности должна интерпретироваться как ринит беременных, так как может быть вызвана заболеваниями околоносовых пазух, глотки или аллергическими реакциями.

Аллергические заболевания являются актуальной медико-социальной проблемой во всем мире, что обусловлено высокой распространенностью, необходимостью проведения адекватной терапии и постоянного мониторинга состояния пациента с целью профилактики обострения. Немаловажной является проблема аллергических заболеваний у беременных.

**Цель работы** - определить особенности течения ринита беременных.

**Материал и методы.** Группу исследования составили 30 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели с симптомами ринита, которые возникли впервые при беременности и прошли в течение 2 недели после родов.

Группу сравнения составили 20 здоровых беременных женщины в возрасте от 20 до 30 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели без симптомов ринита.

Всем пациенткам проводился: сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, клинический анализ крови, цитологическое исследование назального секрета, определение времени мукоцилиарного транспорта назального секрета с помощью сахаринового теста, микробиологическое исследование отделяемого из полости носа, а также анализ катamnестических данных путем телефонного опроса.

**Результаты.** В группе больных с ринитом беременных жалобы на заложенность носа возникали в среднем с 2-й по 30-ю неделю беременности, в среднем на сроке  $10,4 \pm 3,2$  недели. При этом у 16 женщин (53,3%) - в первом триместре, у 8 женщин (26,6%) - во втором триместре, а у 4 женщин (20%) - в третьем триместре и беспокоили на момент обращения к врачу на протяжении в среднем  $3,7 \pm 0,8$  месяца.

Среди обследованных женщин (33,3%) использовали интраназальные деконгестанты в среднем на протяжении  $8,4 \pm 2,1$  недели. Длительное использование  $\alpha_2$ -адреномиметиков вызвало развитие медикаментозного ринита, что затрудняло дифференциальную диагностику ринита при беременности. Однако при катamnестическом исследовании выявлено, что симптомы ринита купировались самостоятельно в течение 2 недели после родов, что подтверждает наличие у пациенток ринита беременных, а развитие медикаментозного ринита явилось следствием неконтролируемого использования лекарственных средств при беременности.

При эндоскопическом осмотре ЛОР-органов в группе беременных женщин с ринитом отмечалась гиперемия слизистой полости носа и отек слизистой нижних носовых раковин. При этом эти показатели превышали данные показатели в контрольной группе. Таким образом, получены достоверные различия выраженности изменений в полости носа в группе исследования и в контрольной группе:  $3,7 \pm 0,6$  и  $0,8 \pm 0,4$  балла по визуальной аналоговой шкале соответственно. Искривление перегородки носа наблюдалось у 8 женщин (26,6%) случаев и достоверно превышало данный показатель в группе исследования 3 женщины из 20 (15%) случаях в контрольной группе.

**Выводы.** Возникновение симптомов ринита беременных чаще наблюдалось в I триместре беременности, в среднем на  $11,9 \pm 2,1$  неделя беременности и в большинстве случаев не имело очевидной причины, что требует анализа влияния различных факторов на появление ринита. Во всех случаях беременных женщин беспокоила заложенность носа различной степени выраженности, как правило, на протяжении всего дня, с усилением выраженности жалоб в горизонтальном положении. Заложенность носа

приводит к затруднению носового дыхания и дыханию через рот, что обуславливает сухость слизистых и першение в горле. Назальная обструкция может являться причиной головной боли, дневной усталости и нарушения сна. Все это способствует снижению качества жизни у беременных.

## **ПОРАЖЕНИЕ СОПР У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ**

**Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан  
[rakhmatov1953@gmail.com](mailto:rakhmatov1953@gmail.com)

Красный плоский лишай (КПЛ) является проявлением комплекса дистрофических и воспалительных процессов с нарушением обмена веществ в коже и тканях полости рта, включая эпителиальный покров слизистой оболочки. Заболевание развивается обычно исподволь, длится годами, не причиняя каких-либо беспокойств. У отдельных больных хронический процесс может обостряться, появляются клинические признаки, свойственные для острого воспаления слизистой оболочки. В последние годы стали чаще встречаться случаи трансформации КПЛ в злокачественное образование.

**Цель исследования** заключалась в диагностике и лечении больных КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Под нашим наблюдением в консультативной поликлинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз за период 2001-2021 гг. находилось 62 больных (мужчин - 20, женщин - 12) с КПЛ в возрасте от 19 до 57 лет и давностью заболевания от 1 и более 10 лет. Во всех случаях клинический диагноз был подтвержден гистологическими исследованиями. У 28 (45,2%) больных была установлена классическая форма КПЛ, у 34 (54,8%) – атипичные формы: веррукозная – у 16, атрофическая – 6, кольцевидная – 4, пемфигоидная – 8 больных. При классической форме КПЛ проявления на СОПР в виде белесоватых папул, располагающихся в основном по линии смыкания зубов, в ретромоллярном пространстве и др., были выявлены у 16 из 28 (57,1%), в то время как при атипичных формах – у 29 из 34 (85,3%) больных, причем нередко развивались и эрозивные участки на СОПР. У больных КПЛ были выделены преимущественные зоны локализации высыпаний: во-первых, задняя часть щеки, где папулы в форме листьев и могут пальпаторно определяться; во-вторых, язык (латеральная и дорсальная поверхности), на котором могут определяться полигональные папулы. Лечение больных КПЛ проводилось согласно имеющимся Стандартам, высыпания на СОПР обрабатывали средствами, являющиеся ингибиторами кальциневрина, пимекролимус и такролимус, которые позволяли добиться клинического результата в среднем на 20-25 сутки лечения. Таким образом, КПЛ относится к хроническим дерматозам, при котором часто поражается СОПР, что, в определенной степени, может указывать на атипичное течение кожно-патологического

процесса.

## СЛУЧАЙ ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ

**Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

[rakhmatov1953@gmail.com](mailto:rakhmatov1953@gmail.com)

При многих кожных заболеваниях (пузырчатка, токсикодермия, многоформная экссудативная эритема и др.) может поражаться слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ, в виде эритематозно-эрозивных образований. В некоторых случаях именно симптоматика поражения СОПР позволяет правильно выставить дерматологический диагноз.

В этой связи приводится случай преканцерозного хейлита Манганотти, который впервые был описан в 1933 году Manganotti и имеются описания единичных случаев данного заболевания.

Приводит собственное наблюдение. Больная К.С., 32 лет, является жительницей Самаркандской области. Обратилась в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на появление болезненных эрозий на нижней губе. Из анамнеза было установлено, что возникновение своего больная ни с чем не связывает. Впервые небольшое покраснение нижней губы появилось 1,5 года назад, по поводу которого больная самостоятельно применяла наружные противовоспалительные средства. От проводимой терапии особого эффекта не отмечалось. В последующем на разных местах нижней губы, в центре и по боковым поверхностям, стали появляться эрозии, которые покрывались кровянистыми корочками. Самостоятельно даже без лечения данные эрозии эпителизировались, но затем вновь появлялись. При обращении к дерматологу по месту жительства был выставлен диагноз эксфолиативного хейлита и назначено соответствующее лечение согласно имеющимся Стандартам. Течение заболевания не изменялось, продолжались образовываться эрозивные поражения красной каймы губ. При обращении в консультативную поликлинику было проведено обследование пациентки, были исключены кожные (пузырчатка, пемфигоид Лёвера и др.) и герпетические заболевания, а также получены отрицательные результаты по ВИЧ-инфицированности и болезни Бехчета. Со стороны биохимических анализов особых изменений не обнаружено. Гистологическое исследование с очага эрозии выявило: погружение и расширение эпителиальных тяжей и атипизм в нижних рядах мальпигиева слоя и параэлоидоз; явления гиперкератоза выражены слабо. Больной был выставлен диагноз «абразивный преканцерозный хейлит», по поводу которого с успехом проведена лазеротерапия.

**СЛУЧАЙ ЧЕРНОГО ВОЛОСАТОГО ЯЗЫКА**

**Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан  
[rakhmatov1953@gmail.com](mailto:rakhmatov1953@gmail.com)

Причинами образования гипертрофических изменений сосочков языка могут являться хронические воспалительные процессы, вызванные многочисленными факторами: местными механическими и химическими раздражителями и общими воздействиями (заболевания ЖКТ, сахарный диабет и др.).

Приводим собственное наблюдение. Больной Р.Б., 22 лет, житель г.Ташкента. Обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на необычный вид языка, сухость, ослабление вкуса, плохой запах изо рта. Anamnesis morbi: считает себя больным в течение года. Незаметно появилась шероховатость поверхности языка, при приеме пищи отмечались неприятные ощущения на языке (чувство покалывания, болезненности). Появление данной симптоматики больной ни с чем не связывал. В последнее время указанные проявления стали все больше беспокоить больного. Anamnesis vitae: рос и развивался в хороших условиях. Из перенесенных заболеваний указывает только простудные. Вредных привычек не имеет. Обращает на себя внимание частое использование жевательной резинки. Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на спинке языка, причем от середины задней половины языка и далее кпереди, при этом кончик и края языка остаются нормальными. Окраска очагов имеет буроватый, темно-бурый почти черный оттенок. В очагах отмечается удлиненные сосочки языка, которые лежат на поверхности в направлении спереди кзади, так что при поглаживании в противоположную сторону они приподнимаются как ворс «веллюровой шляпы». Это явление зависит от чрезмерного разрастания нитевидных сосочков с гиперкератозом, атрофией эпителия и увеличением пигмента в нем. Сосочки имеют длину 0,5-1см и диаметром 1мм. По внешнему виду сосочки напоминают волосы. У основания сосочки менее пигментированы, чем кончики. Очаг поражения имеет овальную форму и располагается по средней линии, не захватывая края и кончик языка. На основании клинических данных был выставлен диагноз: Черный волосатый язык. Было рекомендовано исключение жевательной резинки, частое полоскание ротовой полости дезинфицирующими средствами и лазерное удаление удлиненных сосочков языка. Проведенные мероприятия исключили рецидив данного заболевания.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ПРИ ГИНГИВИТАХ У  
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Рахматуллаева Д.У., Суръатов Д.Х., Махмуджонова Ш.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[dilnozarakhmatullayeva1972@gmail.com](mailto:dilnozarakhmatullayeva1972@gmail.com)

**Актуальность.** Аномалии зубочелюстной системы у детей, зубных рядов и отдельных зубов диагностируются у 53,1% 7-12-летних детей. Гигиеническое состояние полости рта у детей и подростков при наличии брекет-систем ухудшается в 1,3 раза. Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов в 1,4-1,45 раз выше, чем у детей, не имеющих зубочелюстных аномалий. В этой связи наше внимание привлек препарат – иммуномодулятор Исмижен (производитель: Lalemand PHARMA), обеспечивающий местную стимуляцию как специфических, так и неспецифических защитных механизмов слизистых оболочек.

**Целью** нашей работы явилось изучение терапевтической эффективности Исмижен у ортодонтических пациентов с заболеваниями тканей пародонта, в частности при гингивитах.

**Материал и методы.** Проведено клиническое и микробиологическое обследование 30 ортодонтических больных детей с гингивитами в возрасте 11-15 лет (20 девочек и 10 мальчиков), а так же обследованы 10 практически здоровых. Больные были произвольно разделены на основную и контрольную группу по 15 детей. В первой контрольной группе проводили традиционный метод лечения, который заключается аппликации мазью Метрогил дента под повязку. Больные основной группы после антисептической обработки получали лечение препаратом Исмижен в виде ежедневных рассасывательных сублингвальных таблеток с 1-ой дозой препарата утром натошак и 10 дней. Для определения общего состояния было проведено: РМА и индекс гигиены полости рта по Федорову – Володкиной.

**Результаты и их обсуждение.** После проведенной нами терапии в основной группе, где проводилось лечение препаратом Исмижен, уровень РМА - у 28,0% было в пределах нормы, с гингивитами легкой степени у 72,0%, со средней степенью тяжести не наблюдалось. В то же время как при лечении традиционным методом лечения в контрольной группе, РМА в пределах нормы наблюдался всего у 7,6%, легкой степенью – у 84,2%, а средней тяжестью – у 8,2%. Результаты после лечения показывают, что показатели РМА в основной группе существенно лучше, чем в контрольной: при использовании препарата Исмижен РМА в пределах нормы наблюдался значительной большей степени по сравнению с контрольной (т.е. почти в 4 раза больше). Похожая тенденция выявлена и при сравнении динамики ГИ по Федорову-Володкиной. При этом количество больных с хорошим и удовлетворительным ГИ в основной группе достигло 53,4%, а в контрольной категории больных составил 46,7%, т.е. в контроле на 6,7 меньше.

**Вывод.** Таким образом, применение препарата Исмижен, как

иммуномодулятора способствует более выраженному улучшению клинико-микробиологических показателей по сравнению с традиционной терапией.

## **ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ**

**Рахматуллаевой Н.Р., Абдуганиева Н.А., Умаралиев Ж.Т., Нигматов Р.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

На протяжении последних 40 лет значительно увеличилось количество детей с адентией одного двух или нескольких зубов. Один из признаков редукции зубочелюстной системы это ретенция (нарушение сроков прорезывания) одного или нескольких постоянных зубов поражает своей частотой. По данным отечественной литературы ретенированными зубами могут быть любые комплектные зубы, однако наиболее часто встречается ретенция клыков - 51,1% среди ретенированных зубов (Г.В. Степанов 2016). По данным различных авторов частота встречаемости ретенции клыков на верхней челюсти составляет от 0,9 до 2,2%, причем из них 85% случаев составляют небно ретенированные клыки на верхней челюсти (D'Amico, Bjerklin, 2013).

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования явилось определение особенностей комплексного лечения ретенции клыков на верхней челюсти у детей.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленных задач было обследовано и взято на лечение 39 пациентов в возрасте от 12 до 16 лет с диагнозом ретенция клыков на верхней челюсти. Из них с диагнозом вестибулярная ретенция клыков - 15 (38,5%) детей, с диагнозом небная ретенция клыков - 24 детей (61,5%).

Все дети были распределены по возрасту и месторасположению ретенированного клыка на верхней челюсти. Всем детям проведены клинические, антропометрические и рентгенологические методы исследования.

**Результаты исследования.** Использование стандартных методов рентгенологического обследования таких как ОПТГ и ТРГ в боковой проекции позволили на начальном этапе диагностики аномалии окклюзии установить угол наклона ретенированного клыка к средней линии, оценить позицию корня ретенированного клыка, вертикальное расположение клыка относительно соседнего латерального резца, наложение проекции коронки ретенированного клыка на корень латерального резца.

Для уточнения расположения коронки и корня ретенированного клыка, оценки расстояния между ретенированным клыком и соседними зубами в трансверсальной плоскости необходимо было получение окклюзионной рентгенограммы. Анализ ТРГ в боковой проекции позволил изучить особенности строения краниального и лицевого скелета пациента, оценить положение зубов относительно базисов челюстей и мягкотканый профиль. Оценка этих показателей позволяла провести планирование ортодонтического лечения, направленное на устранение сопутствующих аномалий окклюзии и

определяла пути создания пространства для ретенированного клыка и выбор опоры.

У пациентов с диагнозом вестибулярная ретенция клыков на верхней челюсти сужение верхнего зубного ряда в области премоляров и моляров обнаруживалось в 53,3% случаев, расширение в 33,3%. Укорочение переднего участка зубной дуги встречалось в 80% случаев. У пациентов с небной ретенцией клыков на верхней челюсти укорочение переднего участка зубной дуги наблюдалось в 91,6% случаев. Расширение зубного ряда в области премоляров и моляров наблюдалось в 62,5% и сужение в 29,1% случаев.

Первая стадия подготовки зубного ряда для вытяжения ретенированного клыка состояла из использования эластичных никель-титановых дуг. На начальных этапах ортодонтического лечения пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти достижение хорошей формы зубной дуги очень важно. После применения легких, выравнивающих дуг, мы устанавливали более жесткие дуги и пружины для раскрытия дополнительного места для ретенированного клыка и для достижения плотных контактов между остальными зубами верхней челюсти.

Жесткая дуга должна быть плотно фиксирована, место для ретенированного зуба должно оставаться на протяжении всего дальнейшего лечения. Чем больше сечение дуги, тем лучше. Предпочтительно использовать сечение дуги не менее 0,017 x 0,025 дюйма при работе брекетами с пазом 0,018 дюйма; и 0,019 x 0,025 дюйма при работе брекетами с пазом 0,022 дюйма.

Удержание (фиксация) результатов лечения осуществлялось при помощи съемных ретенционных аппаратов (ортодонтические пластинки с вестибулярной дугой, каппы, позиционеры) и зависела от начальной аномалии окклюзии. В виду большой вариабельности расположения небо ретенированных клыков, стратегия хирургического и ортодонтического лечения имела свои особенности для каждой группы в зависимости от локализации ретенированного клыка.

**Заключение.** Ортодонтическое вытяжение ретенированных клыков на верхней челюсти необходимо проводить после подготовки зубного ряда и обеспечения стабилизирующей опоры. Направление приложения ортодонтической тяги зависит от начальной локализации клыка. При небной ретенции клыков на верхней челюсти ортодонтическое вытяжение должно состоять из 2-х этапов: перемещения клыка вертикально вниз и прорезывания его на небе, затем фиксации ортодонтической кнопки на вестибулярную поверхность коронки клыка и перемещения его к зубной дуге.

В зависимости от аномалии окклюзии, типа роста лицевого скелета, возраста пациента пространство для ретенированного клыка получали путем закрытия диастем и трем при мезиальном движении латеральных резцов, улучшения формы зубной дуги, увеличение длины зубной дуги или удаления постоянных зубов.

**ИС ГАЗИДАН ЗАҲАРЛАНИШ ОҚИБАТИДАГИ ЎЛИМДА  
БОШ МИЯ МОРФОЛОГИЯСИ**

**Рашидова У.Р., Расулова М.Р.**

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Турли тафсилотлар билан боғлиқ гайритабiiй ўлимнинг кузатилиши негизда заҳарланишлар, хусусан, ис гази (СО) дан заҳарланишлар сони тобора ортиб бормокда. Нерв тўқимаси ушбу ҳолатга ўта таъсирчанли бўлиб, заҳарланиш ҳолатларида чуқур зарарланиши билан кечади ва заҳарланган инсонлар ўлимига бевосита сабаб бўлади.

**Тадқиқот мақсади** – ис газидан заҳарланиш ҳолатларида бош миЯ тузилмалари морфологиясини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** СО дан заҳарланишдан вафот этган-21 нафар шахслар бош миЯ катта ярим шарлари пўстлоқ ва унинг асосида ётувчи оқ модда ҳамда миЯча қисмлари морфологик текширилади. Вафот этган қонида карбоксингемоглобин алкогoл концентрацияси 3%о гача -15 ҳолатда, 4 та ҳолатда эса - 3%о дан юқори бўлган, қолган 2 та ҳолатда этил спирти фақат сийдикда (1,05%о ва 0,55%о) аниқланган.

**Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси:** Бош миЯ қон томир тармоғи морфологияси артериал тармоқнинг нотекис тўлақонлиги ва МЦ-томирнинг тўлоқонлиги ҳалта қон томир даворлари қатламларининг деструктив бўзилиши билан ифодаланди. Артериал ва веноз томирларда қон реологик хусусиятининг бўзилиши - плазма ва шаклли элементлар табақаланиши, плазма стазаси, гиалин тромби ҳамда плазморрагия ҳолатлари ва сезиларли периваскуляр шиш билан ифодаланди. Нейронларда ўткир бўқиниш белгилари, айрим ҳужайралар ҳажмининг ошиши ва яққол ишемияси, цитoлиз ва кариолизга мойиллик ҳужайра соялари, ҳужайра ядроларининг деформацияси, қайд этилди. Шунингдек глиал ҳужайралар сонининг кўпайиши кузатилади. Морфометрик ўлчовлар натижалари таҳлили нейронлар заҳарланиш ҳажмининг кескин ортиши аниқланди.

**Хулосалар.** Кўриб турибдики ис газидан заҳарланишнинг алкогoл интоксикацияси негизда кечевиди хос бўлган миЯ қон томирлари тизимидаги морфофункционал етишмовчилик, қон реологик хусусиятларининг бузилиши натижасида юзага келади. Бу ҳолат, айниқса, қонда этанол миқдори 3%о дан юқори ва карбоксигемоглобин концентрацияси 60%о ва ундан юқори бўлганда яққол намоён бўлади ва бунда нейронлар зарарланиш ҳажми кескин ошади.

**ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ И ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ  
РЕАКТИВНОСТИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ  
COVID-19**

**Ризаев Ж.А., Зейнитдинова З.А., Ахмадалиев Н.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными

болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения и другие факторы провоцируют их появление, а высокая миграционная активность населения способствует распространению по всему миру. Поистине, инфекции не знают границ. По прогнозам ООН, к 2050 году население планеты достигнет 10 миллиардов человек. Это значит, что процессы миграции и урбанизации еще ускорятся. Эпидемия COVID-19 («coronavirusdisease2019») уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. На текущий момент количество зараженных в мире превысило 470 тыс. человек.

В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырёх коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63, -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей лёгкой и средней степени тяжести. Синдром высвобождения цитокинов (CRS), или цитокиновый шторм, является формой синдрома системного воспалительного ответа. Развитие цитокинового шторма является потенциально фатальным иммунным состоянием, которое характеризуется быстрым делением и гиперактивностью Т-клеток, макрофагов, натуральных киллеров и гиперпродукцией более чем 150 воспалительных цитокинов и хемокинов, которые высвобождаются иммунными или неименными клетками.

Несмотря на проведенные многочисленные исследования в различных странах мира, патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно. Данные о длительности и напряженности иммунитета у больных, перенесших коронавирусной инфекции, в настоящее время отсутствуют.

**Цель исследования** - изучить показатели местной резистентности и иммунологической реактивности полости рта у больных после перенесенного COVID-19.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 85 пациентов, перенесших COVID-19 различной степени тяжести с различной длительностью в возрасте от 55 до 65 лет. Средний возраст составил  $62,2 \pm 1,42$  лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимые с основной группой по полу, весу и возрасту.

Для забора крови использовались микрокуветы производства фирмы SARSTED (Германия). Подсчет показателей проводили с использованием автоматического гематологического анализатора «SYSMEX XT 2000/» (Япония).

Забор крови проводился из локтевой вены натощак в одно и то же время утром. Определение уровня цитокинов (ИЛ-1p, ИЛ-6), лактоферрина и кортизола в крови и ротовой жидкости проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов фирмы «HUMAN» на анализаторе фирмы MINDRAY.

Полученные результаты индексной оценки обрабатывали в соответствии с принципами медицинской статистики с использованием пакета программ

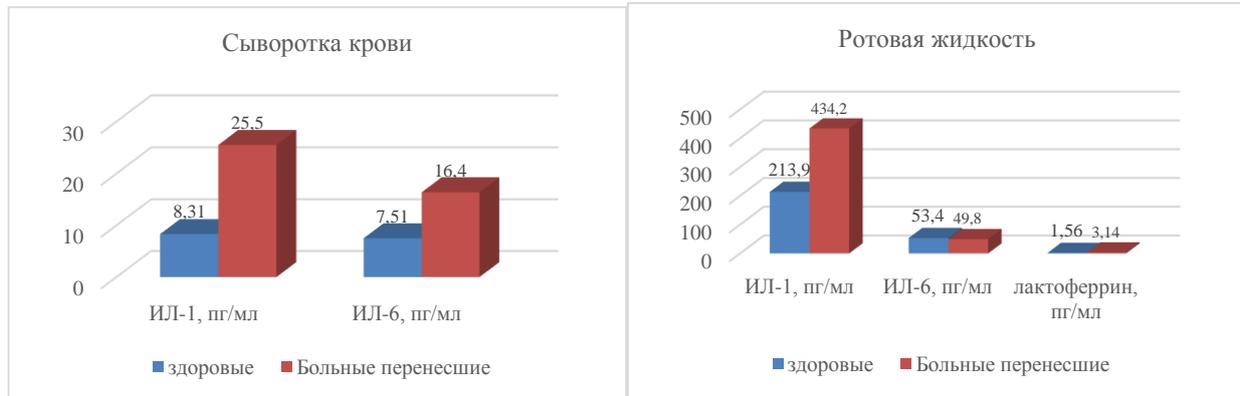
«Excel-7», «Statistica5,0» с применением непараметрических методов анализа количественных характеристик. Качественные альтернативно варьирующие показатели оценивались с использованием точного метода Фишера, показателя %. Достоверными считались различия между группами при  $P < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Роль слизистых оболочек в реализации иммунной функции объясняется тем, что большая часть антигенов попадает в организм, преодолевая этот физиологический барьер. Этот факт, по-видимому, объясняет значение слизистых оболочек, как части внутриэпителиальной иммунной системы. Являясь входными воротами для антигенов, слизистые оболочки определяются как важнейшая часть иммунной системы организма в целом. Установлено большое значение различных иммунологических показателей ротовой жидкости для профилактики заболеваний тканей, окружающих зуб. Среди них особое место занимают провоспалительные цитокины, а также латиферрин и стрессорный гормон-кортизол. Определение этих показателей позволяет судить о состоянии местных защитных механизмов полости рта, и косвенно характеризовать состояние иммунной системы в целом. Как известно, интерлейкин-1 $\nu$  ассоциирован с сильными воспалительными реакциями, особенно во время деструктивного процесса. При повреждении слизистых оболочек ИЛ-1 оказывает отчетливый ранозаживляющий эффект, усиливая бактерицидный эффект лейкоцитов, стимулируя синтез протеогликанов и коллагена.

Анализ полученных результатов исследований, представленной в рис. 1 свидетельствует об увеличении концентрации ИЛ-1 в сыворотке крови пациентов перенесших COVID-19 в 3 раза относительно показателей группы сравнения. Более выраженные изменения отмечено относительно ИЛ-1 в ротовой жидкости, где его концентрация у данного контингента пациентов превысило исходный показатель в 4,4 раза. Данное обстоятельство указывает на повышение интенсивности воспалительного процесса протекающий в клетках слизистой оболочки полости рта. Необходимо отметить, что высокие значения ИЛ-1 контролируется рецепторным антагонистом и аутоантителами к нему и указывают на истощение количества антагониста, вследствие хронического течения заболевания. При этом они ограничивают полноту действий цитокина, сдерживая интенсивность воспаления на уровне хронического, но не острого воспалительного процесса.

Как известно, ИЛ-6 может приводить к повышению сосудистой проницаемости, активации системы комплемента и коагуляционного каскада, приводящих к характерным симптомам, таким как диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС-синдром). Кроме того, активация интерлейкина-6, может быть, одним из признаков дисфункции эндотелиальных клеток и могут быть одной из причин высокой проницаемости капилляров сосудов для нейтрофилов крови. Нейтрофилы в свою очередь являются основным источником хемокинов и цитокинов. Возникает порочный круг, где нейтрофилы активируются и высвобождают токсичные медиаторы, что

сопровождается обширным образованием свободных радикалов и активных форм кислорода. Они, в свою очередь, подавляют эндогенные антиоксиданты, что приводит к окислительному повреждению слизистой оболочки полости рта.



*Рис. 1. Показатели местной защиты и иммунологической реактивности полости рта у больных*

Как видно из представленных результатов исследований (рис.1) наблюдаемое нами повышение уровня ИЛ-6 в сыворотке крови у пациентов, перенесших коронавирус, при сравнении с показателями группы сравнения в среднем в 2,2 раза. Данная динамика относительно ИЛ-6, как указано в литературных источниках, часто наблюдается при синдроме отмены кортикостероидов. Иная динамика отмечено относительно показателей ИЛ-6 в ротовой жидкости, где отмечено снижение уровня ИЛ-6 в ротовой жидкости у пациентов перенесших COVID-19. Таким образом, у больных перенесших Ковид-19 мы наблюдаем разнонаправленные изменения уровня ИЛ-1 и ИЛ-6 в сыворотке крови и ротовой жидкости.

Как известно, лактоферрин является полифункциональным белком из семейства трансферринов, синтезируемых эпителиальными клетками и в качестве одного из компонентов иммунной системы, содержащихся в различных секреторных жидкостях: слюне, секрете носовых желёз, грудном молоке, нейтрофилах крови и эпителий слизистой. Лактоферрин является важной составляющей системы неспецифической антимикробной защиты слизистых, обладает бактериостатическими свойствами, благодаря связыванию грамположительных и грамотрицательных бактерий. Кроме того, лактоферрин отражает степень воспалительных реакций в организме пациента.

Анализ полученных результатов исследований свидетельствуют о повышении уровня лактоферрина в ротовой жидкости у пациентов, перенесших коронавирус в 2 раза относительно показателей группы сравнения. Повышение уровня лактоферрина в ротовой жидкости отражает интенсивность активации нейтрофилов в биологических жидкостях, являясь системным маркером активности иммунной системы слизистой полости рта. Как было указано выше, лактоферрин принадлежит к семейству трансферринов – железосвязывающих и антибактериальных белков. Помимо этого, лактоферрин взаимодействует с

гликозамингликанами и протеогликанами мембран эпителия, поэтому на поверхности клеток слизистой оболочки могут возникать участки с высокой концентрацией этого белка. Связывая железо, лактоферрин снижает его содержание в слюне, а значит, и поступление в бактериальную клетку. Это приводит к замедлению образования гем-содержащих ферментов, участвующих в энергетическом обмене бактерий. Недостаток АТФ тормозит развитие и колонизацию патогенной микрофлоры. Следовательно, данный белок участвует как железо захватывающий гликопротеин в различных реакциях защиты организма от микроорганизма и участвует в регуляции функции иммунокомпетентных клеток. В целом, на основании полученных результатов можно констатировать на клинико-диагностическое значение маркера воспаления – лактоферрина при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Таким образом у больных перенесших коронавирус-19 отмечено в крови и ротовой жидкости повышение концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1в, ИЛ-6, а также концентрации лактоферрина в ротовой жидкости. На основании полученных результатов можно констатировать на клинико-диагностическое значение маркера воспаления – ИЛ-1, ИЛ-6 и лактоферрина при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

### **АПЕНДИКУЛЯР ЎСИМТА ВА ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ**

**Рисбоева М., Гадаев А.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Америкалик олимлар ўн миллиондан ортиқ беморларнинг касаллик тарихларини ўрганиб олиб борган кенг кўламли тадқиқотлари натижасида тўпланган маълумотлардан маълум бўлдики, аппендикуляр ўсимтани олиб ташлаш операциясини бошдан кечирган одамларда Паркинсон касаллигининг ривожланиши эҳтимоли тахминан уч баравар кўп учрайди. Бу даволаниб бўлмайдиган неврологик касаллик "титроқ фалажи" деб ҳам аталади.

**Тадқиқот мақсади** - Паркинсон касаллиги аппендицит билан қандай боғлиқлигини шифокорлар ҳозирча тушунтириб бера олмайдилар. Шубҳасиз, аппендикуляр ўсимтани олиб ташлаш операциясининг ўзи асаб тўқималарининг дегенерациясини тўғридан-тўғри келтириб чиқариши мумкин эмас, аммо қандайдир тарзда бу икки касалликнинг умумий жиҳати бор.

Сўнгги йилларда турли мамлакатлар олимлари бир неча бор аппендицит ва Паркинсон касаллиги ўртасидаги муносабатни аниқлашга ҳаракат қилишди. Кливленддаги университет клиникаси ходими Муҳаммад Шериф раҳбарлигида ушбу муносабатларни тасдиқлаш ва унинг механизмини яхшироқ тушуниш мақсадида кенг қамровли илмий-амалий тадқиқотлар ўтказилган.

**Материал ва усуллар.** Паркинсон касаллиги кўпинча "Кексалар касаллиги" гуруҳи деб аталади, чунки у кўпинча кекса ёшдаги одамларга таъсир қилади. Бироқ, касаллик анча олдин ривожланиши ҳам мумкин. Рус миллатига мансуб одамларда бошқа мамлакатлар аҳолисига қарганда тезроқ қариш кузатилади. Бу миллат вакилларида ҳатто 11 ёшдаги ўғил болаларда

ҳам Паркинсон касаллиги кузатилган.

Шифокорларнинг иккита мутлақо бошқача кўринадиган касалликларга бундай диққат қилишининг сабаби оддий. Яллиғланиш жараёнларида ичак трактида ҳосил бўлган алфа-синуклеин оксили Титроқ фалажи ривожланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

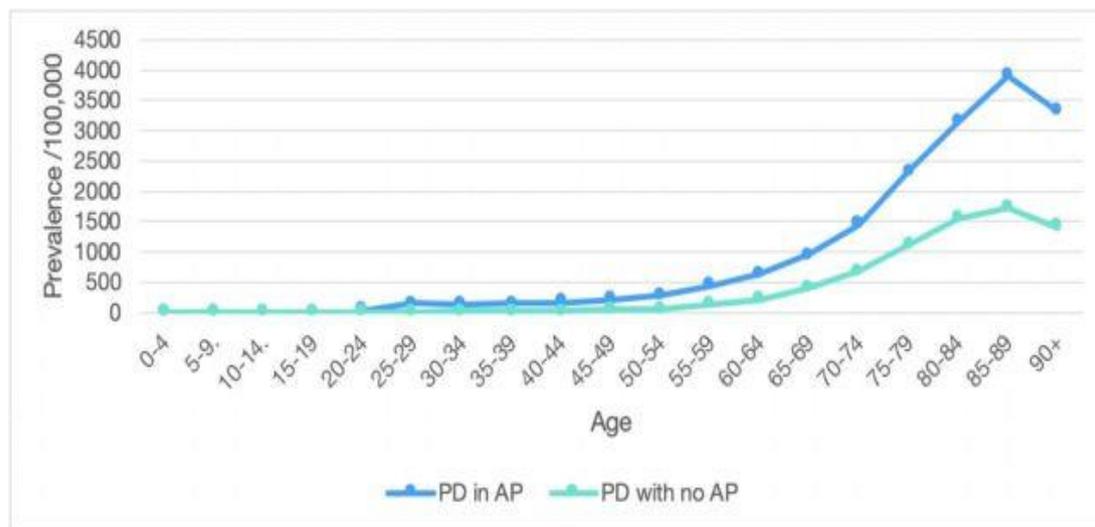
Аппендикуляр ўсимта ичакнинг нормал микрофлораси учун инкубатор вазифасини ўтайди. Уни олиб ташлаш ичак дисбактериозини келтириб чиқаради. Ичак дисбактериози ўз навбатида ичак яллиғланишларини келтириб чиқаради. Яллиғланиш жараёнларида ичак трактида алфа-синуклеин оксили ҳосил бўлишига ва танада ушбу оксил даражасининг ошишига олиб келади. Алфа-синуклеин оксили эса қандайдир тарзда асаб хужайраларига таъсир қилиши мумкин деб тахмин қилиш мантиқан тўғри.

**Натижа ва муҳокама.** М.Шериф ва унинг Кейс-Вестерн Университетидаги ҳамкасблари Е. Мансур, Г.Куперлар ушбу масалага кенгрок миқёсда ёндашишга қарор қилишди ва 62,2 миллион бемор ҳақидаги маълумотларни ўз ичига олган бутун бошли миллий электрон тиббий маълумотлар базасини таҳлил қилишди.

Кўк чизик - Аппендикуляр ўсимтаси олиб ташланган Паркинсон касаллигига чалинган беморлар;

Яшил чизик - Аппендикуляр ўсимтаси сақланиб қолган Паркинсон касаллигига чалинган беморлар.

Аппендикуляр ўсимтаси олиб ташланган беморларнинг 500 мингтасидан деярли 4500 тасида (0,92%) Паркинсон касаллиги аниқланди. Бироқ, аппендикуляр ўсимталари сақланиб қолган 61,7 миллион беморлар орасида Паркинсон касаллиги атиги 177 минг одамда (0,29%) ривожланган.



Сурат муаллифи, М. Шериф, Е. Мансур, Г. Купер

**Натижа ва муҳокама.** Тадқиқотлар таҳлилидан сўнг, олимлар аппендикуляр ўсимтани олиб ташлаш Паркинсон касаллигини ривожланиш хавфини уч мартадан кўпроқ оширади деган хулосага келишди.

Бироқ, тадқиқотчилар таъкидлашларича, бу аппендикуляр ўсимтасини

ҳар томонлама олиб ташлашдан сақланиш керак дегани эмас. Масалан, тамаки чекиш Титроқ фалажини ривожланиш хавфини 40% га камайтириши узоқ вақтдан бери маълум - аммо бу тамаки истеъмол қилишнинг бошқа салбий оқибатларини қопламайди.

## ОЦЕНКА pH СЛЮНЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Рихсиева Д.У., Салимов О.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Dildoraa1995@gmail.com](mailto:Dildoraa1995@gmail.com)

**Актуальность.** Изучение состава грудного молока вызвало интерес во всем мире, поскольку грудное молоко является уникальным по составу, и является идеально подходящим по составу для младенцев питательным элементом. Известно, что во время всего лактационного периода сохраняется отрицательный баланс кальция, что в свою очередь негативно влияет на костную ткань, в том числе и на зубную ткань.

Для оптимизации стоматологической помощи одним из ключевых моментов является слюна. Характерные изменения состава слюны в разный лактационный периоды остается малоизученным. Что вызвало интерес изучения

**Цель исследования** - изучить и оценить изменения pH слюны у женщин в период лактации

**Материалы и методы.** Было обследовано 60 кормящих женщин (20 в каждой группе 1-3, 3-6 и 6-9 месяцев) Контрольную группу составили 20 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Всех пациентов брали с учетом отсутствия сопутствующих заболеваний и вредных привычек (курение, алкоголь) в анамнезе. Измерение pH слюны проводилось с помощью универсальной лакмусовой бумаги, которую подводили к местам выхода протоков подчелюстных желез. Затем цвет лакмусовой бумаги сравнивали со шкалой, которая прилагалась к универсальной лакмусовой бумаге, а показатели pH фиксировали в индивидуальных картах обследования. Полученные данные обработаны статистическим методом.

**Результаты.** Наблюдалось, что pH слюны постепенно снижается от контрольной группы к первой группе, затем нормализуется до третьей группы. Постоянная необходимость кальция в организме восполняется из депо: из костной ткани, а также зубной ткани.

Изменяется минеральный состав слюны. Бикарбонаты служат первичными буферами слюны, и поскольку уровень бикарбонатов в слюне снижается во время лактации, происходит снижение pH.

**Выводы.** В начале грудного вскармливания pH слюны сдвигается в кислую среду что делает зубную ткань уязвимым к кариесогенным бактериям. Кислая среда вызывает деминерализацию, повышая чувствительность зубов. К концу первого года лактационного периода pH слюны начинает нормализоваться.

**ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕЗДОРОВЫХ КОМПОНЕНТОВ ПИЩИ  
НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ**

**Рихсихужаев А.Х., Нишанова А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В течение всей жизни в организме человека непрерывно совершается обмен веществ и энергии. Источником необходимых организму строительных материалов и энергии являются питательные вещества, поступающие из внешней среды в основном с пищей. Если пища не поступает в организм, человек чувствует голод. Но голод, к сожалению, не подскажет, какие питательные вещества и в каком количестве необходимы человеку. Мы часто употребляем в пищу то, что вкусно, что можно быстро приготовить, и не очень задумываемся о полезности и доброкачественности употребляемых продуктов. Полноценное рациональное питание - важное условие сохранения здоровья и высокой работоспособности взрослых, а для детей ещё и необходимое условие роста и развития.

Для нормального роста, развития и поддержания жизнедеятельности организму необходимы белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли в нужном ему количестве. Нерациональное питание является одной из главных причин возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов пищеварения, болезней, связанных с нарушением обмена веществ. Регулярное переедание, потребление избыточного количества углеводов и жиров - причина развития таких болезней обмена веществ, как ожирение и сахарный диабет.

Пищевой фактор играет важную роль не только в профилактике, но и в лечении многих заболеваний. Специальным образом организованное питание, так называемое лечебное питание - обязательное условие лечения многих заболеваний, в том числе обменных и желудочно-кишечных.

Очевидно, каждому из нас приходилось покупать в магазинах крупные, красивые овощи и фрукты, но, к сожалению, в большинстве случаев, попробовав их мы выясняли, что они водянистые и не отвечают нашим требованиям относительно вкуса. Такая ситуация происходит, если сельскохозяйственные культуры выращиваются с применением большого количества удобрений и ядохимикатов. Такая сельскохозяйственная продукция способна иметь не только плохие вкусовые качества, но и быть опасной для здоровья.

Для студентов проблема питания стоит особенно остро. В связи с недостатком времени у студентов нет возможности соблюдать правильный режим приемов пищи в количестве 3-4 раз. Также характерен, в основном сидячий образ жизни - гиподинамия. В сочетании с плохим рационом питания это пагубно влияет на организм и его состояние. Студенческая пора очень насыщена и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается вплоть до 15-16 час в сутки. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут

привести к нервно-психическому срыву. В компетенции этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание.

Для этого необходимо правильное питание. Рациональное питание есть физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда. Оно способствует длительному сохранению здоровья, высокой умственной и физической работоспособности, сопротивляемости вредным воздействиям окружающей среды, активному образу жизни и долголетию. Пищевая, биологическая и энергетическая ценность пищевых продуктов определяется содержанием в них белков, жиров, углеводов, минеральных элементов, витаминов, органических кислот, вкусовых ароматических веществ. Биологическая ценность пищевых продуктов зависит от количества белковых компонентов, перевариваемости белка и его аминокислотного состава. Энергетическая ценность характеризуется количеством энергии, которая высвобождается в процессе биологических функций организма.

Неправильное питание – это одна из первых причин многих заболеваний. Чипсы – это смесь жира и углеводов, покрытая заменителем вкуса и красителем. Газированные сладкие напитки – сочетание химии, сахара и газов – всё это способствует быстрому распространению вредных веществ по организму. Кока-кола – великолепное средство для уничтожения ржавчины и известковой накипи, а представьте, что происходит с желудком после выпитых пол литра этого напитка.

Безалкогольные энергетики представляют опасность для детей и подростков, считают педиатры из Университета Майами в США. Ученые напоминают, что эти напитки содержат не только большое количество кофеина, но и экстракты гуараны и женьшеня и таурин, которые до сих пор недостаточно изучены и добавляются в продукты без должного контроля. Кроме того, подростки выпивают несколько банок за день и нередко мешают энергетики с алкоголем. По данным исследований, семь из десяти детей в США в возрасте от 5 до 12 лет регулярно выпивают потенциально опасную дозу энергетиков. От них не отстают и их сверстники из других стран.

В настоящее время тенденция развития человечества складывается таким образом, что роль промышленного питания будет только возрастать. Это ставит перед учеными серьезную задачу по рационализации питания, повышению его эффективности в профилактике и лечении различных заболеваний.

### **ФИЗИОЛОГИЯ СНА. ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ**

**Рихсихужаев А.Х., Нишанова А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проблема недостатка сна занимает особое положение в жизни каждого студента. Целью нашего исследования явилось изучение продолжительности

сна на работоспособность человека и выяснение сколько часов необходимо спать студенту, а также негативные факторы, влияющие на сон.

Общая структура сна представляет собой последовательность функциональных состояний головного мозга – фазы медленного (ортодоксальный, или NREM-сон), которая за ночь занимает 75-85 % от всего времени, и быстрого сна (парадоксальный сон, или REM-фаза), – на долю которой приходится лишь 15-25 %. Нормальный восьмичасовой сон состоит из 4-6 волнообразных циклов, каждый из которых длится около 90 минут.

Во время медленного сна происходит восстановление организма от утомления, возникшего в течении дня, мозг анализирует сигналы, поступающие от внутренних органов, и на их основе запускаются процессы обновления.

Быстрый сон обеспечивает функции психологической защиты, переработку информации, ее обмен между сознанием и подсознанием. Периодическая смена стадий сна предполагает постоянную смену функциональных состояний центральной нервной системы, необходимую для нормального функционирования. Поэтому быстрому сну приписывается функция периодической активации мозга в течение сна, что предотвращает нежелательные изменения в функции и структуре нервных клеток, которые могли бы развиться в результате их бездельного состояния, а также функция поддержания сна в течение длительного времени.

Согласно гипотезе И.Карманова, быстрый сон предотвращает чрезмерное углубление в медленный сон, и служит как своеобразный клапан, предохраняющий головной мозг от наступающего во время медленного сна недостатка кислорода и избытка двуокиси углерода. Некоторые ученые считают, что во время фазы быстрого сна выделяются вещества, необходимые для нормального протекания медленного сна.

Чтобы выяснить взаимосвязь между длительностью сна и работоспособностью студента нами было проведено анкетирование, в котором участвовало 32 студента 2 го и 3 го курса стоматологического факультета ТГСИ. Условно разделили их на 3 группы. В первую группу входят студенты, которые спали 4-6 часов, во вторую 7-8 часов и в третью 9-11 часов.

Результаты показали, что 16 студентов (50%) первой группы в течение дня временами испытывали сонливость, ухудшение запоминания материала, становились более раздражительными, т.е. снижалась устойчивость к стрессовым ситуациям. У этих студентов наблюдался прерывистый сон, за счёт просмотра перед сном телеграмма в телефоне.

У второй группы студентов 10 студентов (31%) в течение дня чувствовали себя бодро и никаких жалоб не наблюдалось. В третьей группе 6 студентов (19%), несмотря на длительность сна, побуждались уже уставшими. Жаловались на недостаток сна, им было сложно проснуться и течение дня временами они чувствовали незначительную сонливость, снижение работоспособности, вялость.

Отсюда можно сделать вывод: продолжительность сна зависит от темперамента человека и его образа жизни, использования и просмотра перед

сном телефона, который отвлекает возникновение последовательных стадий сна и в дальнейшем влияет на состояние человека в течении дня. Оптимальная продолжительность сна должна составлять 7-8 часов.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОРБИТАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

Розиев Х., Газиева М., Агзамова С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Последствия переломов СОК являются ведущей причиной инвалидности по зрению. Выраженные нарушения зрительных функций снижают качество жизни пациента и приводят к утрате трудоспособности. При повреждениях зрительного нерва, а также при тяжелых, осложненных повреждениях органа зрения у пациентов со скулоорбитальными травмами, развитие травматической оптической нейропатии (ТОН) в 50% случаев может явиться причиной слепоты и слабовидения. Травматическим атрофиям зрительного нерва в 80% случаях характерно прогрессирующее течение. Современным методом диагностики ТОН являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), которые позволяют наиболее достоверно выявить различные патологические изменения зрительного нерва и окружающих тканей.

**Целью** работы явилось изучить офтальмологическую симптоматику у пациентов с сочетанными травмами орбиты в зависимости от гемодинамических нарушений.

**Материалы и методы.** С 01.09.2015 по 01.09.2019 в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) госпитализировано 3013 пациентов с ЧМТ, из них у 821 диагностированы различные переломы костей средней зоны лица (СЗЛ). На долю переломов СОК пришлось 423 (14,0%) наблюдений. Мужчины составляли 66,6%, женщины – 33,4%. Возраст пациентов от 18 до 55 лет (средний возраст составлял  $36,5 \pm 5,35$  года), большинство пациентов (80%) были в возрасте от 18-39 лет.

**Результаты.** При поступлении в стационар, пациенты предъявляли жалобы на нарушение зрительных функций. Основной причиной снижения зрительных функций являлись контузии органа зрения различной степени тяжести (54,3%): легкой степени в 13,6% случаев, средней степени - в 35,3%, тяжелой - в 5,4%. При офтальмоскопическом исследовании только у 145 (40,7%) пациентов наблюдались изменения глазного дна. Наибольшее количество изменений были в виде ангиопатии сосудов сетчатки у 84 (22,7%) пациентов, на втором месте был периневральный отек диска зрительного нерва - у 29 (8,5%), наименьшее количество наблюдалось в виде нисходящей атрофии зрительного нерва - у 2 (0,4%) пациентов. На основании анализа положения глазного яблока в орбите наибольшее количество дистопий выявлено в виде энофтальма у 98 (21,5% от всех травм) пациентов с переломами СОК и 71,5%

от всех дистопий глазного яблока.

Ультразвуковое В/ сканирование глазного яблока, ретробульбарной области и УЗДГ глазничной артерии проведено 51 (12,0%) пациентам. Ретробульбарные кровоизлияния диагностированы у 49 (12,9%) пострадавших, эмфизема ретробульбарной клетчатки - у 9 (2,8%), кровоизлияние в стекловидное тело - у 15 (3,8%), отслойка сетчатки - у 3 (0,9%). Показатели УЗОДГ ГА до начала лечения составляли  $19,1 \pm 0,14$  см/с. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, физиотерапия проводилась на 14 день от начала заболевания. В результате реконструктивных операций орбиты: полное или частичное восстановление положения глазного яблока наблюдалось у 104 (94,5%), что составило 80,2% от числа оперированных больных; окуломоторика восстановлена у 110 (98,2%), 83,9% соответственно. Во всех случаях первичной реконструкции орбиты получен удовлетворительный результат.

**Заключение.** Анализ результатов хирургического и совместного офтальмологического консервативного лечения пострадавших показал достоверное улучшение гемодинамических показателей, которые указывают на стабилизацию ишемического процесса в 95% случаев. Эти параметры у пациентов достоверно коррелировали с показателями остроты зрения. Полное восстановление зрительных функций у пациентов с травмами СОК наблюдалось у 68,1% пациентов, частичное - у 29,1% и у 2,8% наблюдалась полная утрата зрения.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**Рубникович С.П., Кузьменко Е.В., Денисова Ю.Л., Андреева В.А.**

Белорусский государственный медицинский университет,  
Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Минск, Республика Беларусь

[rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [elena-stom@yandex.ru](mailto:elena-stom@yandex.ru), [denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru),  
[elena-stom@yandex.ru](mailto:elena-stom@yandex.ru)

**Актуальность.** Проблема успешного лечения заболеваний периодонта остается одной из наиболее значимых в стоматологии и требует дальнейшего поиска эффективных методов ее решения. Актуальность данного вопроса обусловлена тем, что болезни периодонта занимают лидирующие позиции в структуре стоматологической заболеваемости как среди пациентов зрелого (90-95%), так и молодого возраста (80-83%). Комплексный подход к лечению болезней периодонта, сочетающий в себе консервативный, терапевтический, хирургический, ортодонтический и ортопедический методы, является относительно эффективным, однако не позволяет полностью восстановить и сохранить в течение длительного времени утраченные ткани периодонта.

Перспективным направлением развития современной медицинской науки и, в частности, стоматологии является применение стволовых клеток. Проводимые исследования свидетельствуют о высокой способности

мезенхимальных стволовых клеток инициировать и ускорять регенерацию тканей периодонта, что значительно повышает эффективность проводимого лечения. Научные исследования по разработке и совершенствованию методик получения стволовых клеток из жировой ткани, а также их последующего применения для лечения органов и тканей активно проводятся в Республике Беларусь. В специальной литературе представлены результаты исследований, свидетельствующие о высокой эффективности применения мезенхимальных стволовых клеток в лечении рецессии десны.

Для применения клеточных технологий в стоматологии, более глубокого понимания морфологических и патофизиологических процессов, происходящих в тканях периодонта, а также разработки эффективных методов лечения требуется проведение экспериментальных исследований. При этом моделирование болезней периодонта у экспериментального животного следует проводить с учетом необходимости создания максимально схожих с человеком условий и параметров. Помимо создания эффективной экспериментальной модели, необходимо выбрать корректные методы объективной оценки полученных результатов.

Вышеизложенное свидетельствует о целесообразности проведения экспериментально-клинических исследований по применению в стоматологии направленных на активацию процессов костной регенерации мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани, что позволит повысить эффективность лечения пациентов с заболеваниями периодонта.

**Цель исследования** – установить характер и динамику рентгенологических изменений в костной ткани при применении мезенхимальных стволовых клеток и их дифференцированных в остеогенном направлении аналогов, иммобилизованных на биодеградируемом носителе, для лечения хронического периодонтита в эксперименте.

**Материал и методы исследования.** В качестве экспериментальных животных использовали кроликов обоего пола породы шиншилла в количестве 45 особей. Экспериментальные животные в соответствии с запланированным методом лечения были разделены на 5 однородных групп: 1 контрольная и 4 опытные группы. Первым этапом исследования являлось создание модели экспериментального периодонтита. Под действием наркоза, в стерильных условиях после отслоения слизисто-надкостничного лоскута на вестибулярной поверхности нижней челюсти в области межкорневой перегородки центральных резцов с помощью твердосплавного шаровидного бора формировался костный дефект диаметром 2 мм и глубиной 4 мм. В контрольной группе сформированные у кроликов костные дефекты заполнялись кровяным сгустком, и операционные раны ушивались. В I группе исследования костные полости заполнялись стерильным биоматериалом в виде мембран на основе костного коллагена размером 5 мм × 5 мм. Во II опытной группе сформированные дефекты костной ткани заполнялись коллагеновыми мембранами того же размера со взвесью культур 50 тысяч аллогенных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК ЖТ), в III группе – со

взвесью 50 тысяч аллогенных остеоиндуцированных МСК ЖТ, в IV группе исследования – со взвесью смеси культур 25 тысяч аллогенных МСК ЖТ и 25 тысяч аллогенных остеоиндуцированных МСК ЖТ. После внесения соответствующих материалов в сформированные костные полости операционные раны у животных во всех группах исследования ушивались.

Рентгенологический контроль репаративной регенерации костной ткани осуществлялся путем анализа изображений, полученных с помощью конусно-лучевого компьютерного томографа Planmeca Pro Max 3D (Planmeca, Финляндия). Качественный анализ и количественная оценка динамики уровней плотности трабекулярной костной ткани в области послеоперационного дефекта проводились путем анализа трехмерной реконструкции полученного изображения в программе Romexis Viewer (Planmeca, Финляндия).

Для характеристики плотности костной ткани использовался коэффициент абсорбции Хаунсфилда, визуальным отображением которого являлись градации серого цвета. Плотностные характеристики костной ткани выражались в условных единицах Хаунсфилда (HU). Анализ плотности костной ткани проводился последовательно на трех томографических срезах (сагиттальном, аксиальном и коронарном) в точке их пересечения с «захватом» зоны костного дефекта, ранее сформированного в области межкорневой перегородки центральных резцов. Включение зоны для последующего анализа осуществлялось с помощью «эллипса» – инструмента программы Romexis Viewer. Толщина анализируемых срезов во всех группах составляла 0,2 мм. Значение плотности костной ткани для исследуемой области определялось как среднее арифметическое от показателей минеральной плотности в каждом срезе. Полученные данные обрабатывались статистически с помощью программ «Statistica» (Version 10, StatSoft Inc., США) и «Excel».

**Результаты исследования.** Рентгенологическая картина остеорепаляции на 14 сутки после оперативного вмешательства. Рентгенологическое исследование, выполненное на 14 сутки после оперативного вмешательства, позволило установить, что в контрольной группе, а также I группе исследования, в которой пострезекционный дефект заполнялся мембраной на основе костного коллагена, показатели ширины сформированных дефектов не изменились по сравнению с первоначальными (табл. 1) ( $p>0,05$ ). В обоих случаях границы дефектов имели четкие и ровные контуры.

Таблица 1.

**Динамика изменений показателей ширины дефектов костной ткани по данным КЛКТ, в мм**

Срок наблюдения	Группы исследования				
	Контрольная	I группа	II группа	III группа	IV группа
14 суток	1,89±0,10	1,86±0,08	1,44±0,07	1,32±0,03	1,47±0,08
1 месяц	1,68±0,07	1,35±0,14	0,65±0,05	0,45±0,11	0,52±0,09
2 месяца	1,21±0,12	0,89±0,05	0,12±0,02	0,00±0,00	0,00±0,00

Во II, III и IV группах исследования ширина пострезекционных дефектов достоверно уменьшилась по сравнению с первоначальными значениями (табл. 1) ( $p < 0,05$ ). Границы костных дефектов в перечисленных опытных группах имели неровные и нечеткие контуры, что указывало на происходившие процессы репарации.

Рентгенологический анализ репаративной регенерации костной ткани позволил установить, что в контрольной и I группах исследования плотность костной ткани составила  $231,63 \pm 19,81$  НУ и  $278,54 \pm 28,62$  НУ соответственно. Полученные значения более чем в 2 раза ниже значений коэффициента абсорбции, выявленных в группах, где сформированные дефекты костной ткани заполнялись коллагеновыми мембранами со взвесью культур аллогенных МСК ЖТ (табл. 2) ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, процессы костной репарации, наблюдаемые на 14 суток после оперативного вмешательства, в группах исследования, в которых замещение сформированных дефектов выполнялось с использованием МСК ЖТ, были значимо более выражены, чем в контрольной и I опытной группах. В то время как внутри указанных групп, не зависимо от типов применяемых стволовых клеток, статистически достоверных отличий не установлено ( $p > 0,05$ ).

Таблица 2.

**Динамика изменения минеральной плотности костной ткани по данным КЛКТ, в условных единицах Хаунсфилда (НУ)**

Группы исследования	Срок наблюдения		
	14 суток	1 месяц	2 месяца
Контрольная группа	$231,63 \pm 19,81$	$401,63 \pm 21,01$	$512,13 \pm 55,66$
I группа	$278,54 \pm 28,62$	$512,54 \pm 48,22$	$680,54 \pm 42,89$
II группа	$575,76 \pm 43,12$	$655,92 \pm 21,19$	$761,89 \pm 37,75$
III группа	$594,54 \pm 34,41$	$727,41 \pm 11,84$	$847,32 \pm 24,01$
IV группа	$561,71 \pm 39,30$	$712,42 \pm 45,78$	$859,73 \pm 16,12$

Рентгенологическая картина остеорепаляции через 1 месяц после оперативного вмешательства. Анализ компьютерных томограмм, полученных через 1 месяц после оперативного вмешательства, позволил выявить неровность и нечеткость границ сформированных костных дефектов у образцов в группе исследования с использованием мембран на основе костного коллагена, что свидетельствовало об активизации процессов репарации в указанной опытной группе. Показатели ширины дефектов в I группе исследования значительно сократились по сравнению с первоначальными и были достоверно меньше, размеров, полученных в контрольной группе (табл. 1) ( $p < 0,05$ ).

Процессы репаративной регенерации, наблюдаемые в II, III и IV группах проходили достоверно более активно, чем в контрольной и I группах, на что указывало значительное сокращение размеров сформированных костных

дефектов и наличие признаков остеорепарации непосредственно в зоне резекции (табл. 1) ( $p < 0,01$ ).

Плотностные характеристики костной ткани в контрольной и I опытной группах составляли  $401,63 \pm 21,01$  НУ и  $512,54 \pm 48,22$  НУ соответственно. В группах исследования, в которых сформированные дефекты костной ткани заполнялись коллагеновыми мембранами со взвесью культур мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани, плотностные показатели вновь сформированной костной ткани были значимо выше, чем в контрольной и I опытных группах (табл. 2) ( $p < 0,01$ ). Следует отметить, что коэффициенты абсорбции, наблюдаемые в III и IV группах исследования, были статистически достоверно выше, чем во II опытной группе (табл. 2) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, процессы костной репарации, наблюдаемые через 1 месяц после оперативного вмешательства, в группах исследования, в которых замещение сформированных дефектов выполнялось с использованием МСК ЖТ, были значимо более выражены, чем в контрольной и I опытных группах. При этом плотностные характеристики вновь образованной костной ткани в группах, в которых применялись остеоиндуцированные МСК ЖТ, а также смесь культур МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ, были значимо выше, чем в группе, в которой применялись недифференцированные МСК ЖТ.

Рентгенологическая картина остеорепарации через 2 месяца после оперативного вмешательства. Через 2 месяца после оперативного вмешательства в контрольной группе наблюдалось сокращение размеров пострезекционных костных дефектов по сравнению с первоначальными, наличие признаков перестройки костной ткани в зоне резекции (табл. 1) ( $p < 0,05$ ). Однако выявленные изменения были значимо менее выражены, чем во всех опытных группах ( $p < 0,01$ ).

В группе исследования, в которой послеоперационный дефект заполнялся мембранами на основе костного коллагена, значения ширины дефектов костной ткани уменьшились в 2 раза по сравнению с первоначальными ( $p < 0,05$ ). Однако скорость перестройки костной ткани была статистически достоверно менее выражена, чем в группах исследования, в которых помимо коллагеновых мембран применялись МСК ЖТ (табл. 1) ( $p < 0,01$ ). В опытных группах, в которых применялись остеоиндуцированные МСК ЖТ, а также смесь культур МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ через 2 месяца после оперативного вмешательства наблюдалось полное закрытие пострезекционных дефектов.

Минеральная плотность костной ткани в контрольной группе составила  $512,13 \pm 55,66$  НУ, в I опытной группе  $680,54 \pm 42,89$  НУ, что значимо ниже значений показателей остеорепарации, наблюдаемых в группах, где сформированные дефекты костной ткани заполнялись коллагеновыми мембранами со взвесью культур аллогенных МСК ЖТ (табл. 2) ( $p < 0,01$ ).

Значения коэффициентов абсорбции, наблюдаемые в III и IV группах исследования были достоверно выше, чем во II группе (табл. 2) ( $p < 0,05$ ). Однако статистически значимых отличий между показателями минеральной плотности вновь сформированной в области пострезекционного дефекта

костной ткани в III и IV опытных группах не установлено ( $p>0,05$ ), что обосновывает необходимость последующего проведения морфологического исследования с целью анализа более тонких структур.

Таким образом, признаки остеорепарации пострезекционного дефекта и показатели минеральной плотности костной ткани в группах, в которых применялись остеоиндуцированные МСК ЖТ, а также смесь культур МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ, были наиболее выраженными. При этом в данных группах наблюдалось полное восстановление костной ткани, а коэффициент абсорбции в области вновь образованной костной ткани соответствовал значениям этого показателя для интактной костной ткани данной анатомической области.

**Выводы.** В результате проведенного экспериментального исследования на модели периодонтального дефекта у кролика, рентгенологического контроля полноты восстановления костной ткани и анализа ее минеральной плотности было установлено, что применение коллагеновых мембран со взвесью культур аллогенных остеоиндуцированных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани, а также мембран со взвесью смеси культур аллогенных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани и аллогенных остеоиндуцированных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в пропорции 1:1, является наиболее эффективным методом остеорепарации.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ**

**Рубникович С.П., Грищенко А.С., Денисова Ю.Л.**

Белорусский государственный медицинский университет,  
Белорусская медицинская академия последипломного образования  
Минск, Республика Беларусь  
[rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [ip.arseny@gmail.com](mailto:ip.arseny@gmail.com), [denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru)

**Актуальность.** Рост численности пациентов с функциональными расстройствами жевательно-речевого аппарата не прекращается. Ведущим этиопатогенетическим фактором в развитии данной группы заболеваний является психогенный, зачастую нераспознанный и не устраненный своевременно, приводящий к осложнению патологии абфракциями, повышенной стираемостью зубов, периодонтитами, деформациями и дефектами зубных рядов. Дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, сочетающиеся с гипертонией жевательных мышц требуют комплексного подхода в лечении, включающего в том числе современные технологии протезирования.

При динамической активности жевательных мышц, в случаях дневного или ночного бруксизма, а также при статической активности жевательных мышц, в случаях неконтролируемого сжатия зубов или «кленчинга», согласно современным клиническим исследованиям необходимо использовать

необлицованные конструкции несъемных зубных протезов для снижения риска сколов керамики в области контактов антагонистов по вектору энграммы. Наряду с созданием металлических направляющих в металлокермических конструкциях несъемных зубных протезов в области контактов зубов-антагонистов, представляется актуальным использование безметалловых конструкций для улучшения эстетической составляющей ортопедической реабилитации. Конструкционной особенностью таких работ является фасетирование вестибулярной поверхности для создания микрорельефа и оптических характеристик близких к показателям естественных зубов.

Длительность сроков реабилитации пациентов с мышечно-суставными дисфункциями составляет в сложных клинических ситуациях несколько лет, и является дополнительным стрессовым фактором, который может негативно повлиять на результаты терапии. Решение эстетических задач - зачастую первичный запрос «современных» стоматологических пациентов, именно поэтому изготовление прецизионных ортопедических конструкций максимально приближенных по своим свойствам к натуральному зубу имеет большое значение в комплексной реабилитации. Важно также отметить, что в тех клинических случаях, где мышечно-суставная патология осложнена сопутствующими стоматологическими заболеваниями, и сроки реабилитации пациентов увеличены, представляется актуальным восстановление эстетики улыбки и лица с применением современных технологий протезирования на этапах подготовительного ортопедического лечения.

**Цель исследования** – оценить эффективность подготовительного этапа ортопедического лечения в комплексной реабилитации пациентов с функциональными расстройствами жевательно-речевого аппарата в сочетании с признаками бруксизма.

**Материал и методы исследования.** В основу клинической части работы положены результаты обследования и лечения 28 пациентов в возрасте 35–54 лет с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). У всех 28 обследуемых ведущим симптомом была мышечная гипертония, проявляющаяся в виде бруксизма или неконтролируемого сжатия зубных рядов. На диагностическом этапе проводили общепринятое обследование пациентов с включением методов конусно-лучевой компьютерной томографии ВНЧС и зубных рядов в привычной окклюзии, ультразвукового исследования ВНЧС, электромиографии жевательных мышц. На основании данных полученных в ранее проведенных нами исследованиях, в диагностический этап были включены методы психодиагностики: для определения уровня депрессии использовали шкалу самооценки депрессии Цунга (1965 г., В.Цунг), для измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях использовали Шкалу психологического стресса PSM-25 (1991 г., Лемур-Тесье-Филлион). В комплексную терапию были включены методы терапевтической и хирургической санации полости рта, подготовительного ортопедического лечения, в том числе аппаратного лечения (изготовление долговременных

депрограмматоров, защитных и репозиционирующих капп), ортодонтического лечения, имплантации с последующим протезированием. В качестве дополнительного терапевтического ресурса использовались методы условнорефлекторной терапии, виброакустического массажа, миорелаксации, психотерапии. Сроки реабилитации пациентов согласно предварительно составленным планам лечения, составляли от двух до трех лет, что было обусловлено необходимостью проведения сложного хирургического вмешательства с аутотрансплантацией костных блоков и синус-лифтингом перед установкой дентальных имплантатов, а также необходимостью ортодонтического лечения. В первой группе 14 пациентам на подготовительном ортопедическом этапе было проведено функциональное и эстетическое восстановление зубов и зубных рядов с применением безметалловых конструкций зубных протезов. Во второй группе 14 пациентам восстановление функции и эстетики зубов и зубных рядов с применением безметалловых конструкций зубных протезов проводилось на завершающем ортопедическом этапе комплексной терапии мышечно-суставных дисфункций. Контрольные осмотры проводились через 6, 12, 24 и 36 месяцев после завершения комплексного лечения, оценивалась эффективность реабилитации, на основании клинических данных и рентгенологического, ультразвукового, миографического, психодиагностического исследований. Для оценки результатов терапии также была разработана анкета «эффективности реабилитации и удовлетворенности пациентов».

**Результаты исследования.** Данные, полученные после обследования и лечения пациентов первой и второй групп, указывают на высокую эффективность терапевтического ресурса. Согласно результатам опроса 8 обследуемых первой группы и 6 обследуемых второй группы указывали на снижение частоты неконтролируемого сжатия зубов. Рентгенологически и на основании ультразвукового исследования отрицательной динамики суставных нарушений не отмечалось для всех 28 обследуемых. По данным электромиографического исследования, определялась тенденция к снижению мышечного напряжения, у пациентов обеих групп. Данные, полученные с использованием шкалы самооценки депрессии Цунга, указывают на наличие легкой депрессии невротического или ситуативного генеза у 86% пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, умеренной депрессии – у 7% обследуемых, отсутствие депрессивных признаков определялось у оставшихся 7% испытуемых. После проведенной терапии для обследуемых обеих групп отмечалось достоверное снижение показателей депрессии ( $p < 0,05$ ), у 21 из 28 пациентов отсутствовали депрессивные симптомы, легкая депрессия сохранялась у 7 пациентов.

При оценке стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях с использованием шкалы PSM-25 у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС в 71% случаев были определены высокие значения показателя психической напряженности. При повторном обследовании после проведенного комплексного лечения у пациентов обеих

групп значения показателя психической напряженности соответствовали низким значениям у 46% пациентов, средним значениям – у 36% пациентов, и лишь у 18% обследуемых остались на прежнем уровне. Полученные данные свидетельствуют о состоянии психического дискомфорта и напряженности у пациентов с эстетическими дефектами, что указывает на значительную роль соматической патологии в формировании патопсихологических признаков личности.

Данные полученные по результатам контент-анализа с использованием анкеты «эффективности реабилитации и удовлетворенности пациентов» представлены на рисунке 1. Следует отметить, что ожидание хорошего эстетического результата отмечалось у 82% пациентов до начала лечения, что указывает на бесспорную необходимость не только функциональной реабилитации пациентов с мышечно-суставными расстройствами, но и важное значение эстетической составляющей. Обращает на себя внимание значительное снижение страха получить неудовлетворительный результат от терапии в 1-ой группе с 93% до 14% и страха возможных осложнений в процессе лечения в 1-ой группе пациентов с 43% до 7%. И сохранение уровня данных ощущений во 2-ой группе на уровнях 36% и 57% соответственно. Полученные данные указывают на большое значение эстетики зубов и зубных рядов и улыбки в целом в восприятии себя пациентами и формировании веры в успех комплексной реабилитации, а также прогнозирования положительного исхода лечения без осложнений в случае с использованием современных методов протезирования на предварительном ортопедическом этапе. Из наиболее часто определяемых сложностей до начала комплексной реабилитации пациенты отмечали длительность и количество посещений, эти показатели заметно снизился в 1-ой группе обследуемых с 71% до 43% и с 50% до 29% соответственно. Во 2-ой группе обследуемых подобная тенденция к снижению не наблюдалась. Полученные результаты указывают на более легкое отношение к длительному процессу лечению в тех случаях, где на предварительном этапе был удовлетворен первичный эстетический запрос пациентов.

**Выводы.** Для достижения хороших результатов лечения пациентов с расстройствами жевательно-речевого аппарата важно в полной мере использовать диагностический и терапевтический ресурс, учитывая особенности личности пациента, психологический компонент, а также анализировать эти данные в рамках внутренней картины болезни. Восстановления эстетики зубов, зубных рядов и улыбки с использованием современных методов протезирования на подготовительном ортопедическом этапе положительно влияет на восприятие себя пациентами и обуславливает формирование веры в успех комплексной реабилитации, прогнозирование положительного исхода лечения, а также снижает страх возможных осложнений.

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ  
ПЕРИОДОНТА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ  
МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**Рубникович С.П., Владимирская Т.Э., Денисова Ю.Л., Волотовский И.Д.,  
Андреева В.А., Кузьменко Е.В., Хомич И.С.**

Белорусский государственный медицинский университет, Белорусская  
медицинская академия последипломного образования, Институт биофизики и  
клеточной инженерии Национальной академии наук Беларуси,  
Минск, Республика Беларусь

[rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [tan\\_2304@inbox.ru](mailto:tan_2304@inbox.ru), [denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru),  
[volot@biobel.bas-net.by](mailto:volot@biobel.bas-net.by), [vasilinastomatolog@tut.by](mailto:vasilinastomatolog@tut.by), [elena-stom@yandex.ru](mailto:elena-stom@yandex.ru),  
[ilya.khomich@gmail.com](mailto:ilya.khomich@gmail.com)

**Актуальность.** Воспалительный процесс в тканях периодонта имеет деструктивный характер и сопровождается резорбцией костной ткани, повреждением опорно-удерживающего аппарата зуба. Учитывая слабый репаративный потенциал данных структур восстановление дефицита кости за счет физиологической регенерации продолжается длительное время и редко происходит в полном объеме. Поэтому одним из направлений комплексных лечебных мероприятий является совершенствование хирургических подходов к устранению инфекционно-деструктивного очага в периодонте.

В настоящее время активно изучается способность тканей периодонта к регенерации при применении различных материалов. Высокую эффективность показал метод, основанный на применении мембран, которые ограничивают клеткам эпителия и соединительной ткани десны, не участвующим в построении периодонтальных тканей, доступ в регенерируемое пространство. Однако, несмотря на то, что мембраны замедляют миграцию эпителиальных клеток, они сами по себе не способствуют репопуляции периодонтального пространства клетками-предшественниками. С целью увеличения остеоиндуктивного потенциала целесообразно сочетать применение мембран с агентами, стимулирующими регенерацию. Проводимые в настоящее время исследования свидетельствуют о высокой способности мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК ЖТ) инициировать и ускорять восстановительные процессы в тканях периодонта, а также секретировать различные факторы, стимулирующие резидентные клетки-предшественники, что значительно повышает эффективность проводимого лечения.

Активно проводятся исследования эффективности применения клеточных технологий в различных областях медицины, в том числе и в периодонтологии. В научной литературе представлены данные, свидетельствующие об уменьшении распространенности и интенсивности рецессии десны, улучшении процессов микроциркуляции периодонта при применении МСК.

Изложенное выше свидетельствует о целесообразности проведения экспериментально-клинических исследований по применению в стоматологии МСК с целью восстановления костной ткани, а, следовательно, и повышения

эффективности лечения пациентов с болезнями периодонта.

**Цель исследования** – установить характер морфологических изменений в тканях периодонта при применении биомедицинского клеточного продукта на основе мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани.

**Материал и методы исследования.** Экспериментальными животными (ЭЖ) являлись 36 кроликов обоего пола породы Шиншилла с массой тела 3,7 кг. ЭЖ содержали в стационарных условиях вивария в соответствии с ветеринарно-санитарными правилами, утвержденными в Республике Беларусь. До начала эксперимента ЭЖ в течение 2 недель находились в виварии под карантинным наблюдением. В день начала эксперимента проведено дополнительное обследование и взвешивание ЭЖ. Принимая во внимание хронобиологическую зависимость большинства физиологических и биохимических процессов в организме животных, эксперименты проводили утром в одно и то же время суток.

В соответствии с запланированным методом лечения ЭЖ были разделены на 4 однородных группы: контрольную (9 ЭЖ) и 3 опытные группы (по 9 ЭЖ в каждой).

В контрольной группе подготовленный КД заполняли кровяным сгустком, в I группе – пористой мембраной на основе костного коллагена с иммобилизованными на ней 50 тыс. аллогенными мезенхимальными стволовыми клетками жировой ткани (МСК ЖТ), во II группе – мембраной с иммобилизованными на ней 50 тыс. аллогенными остеоиндуцированными МСК ЖТ, в III группе – мембраной со смесью из 25 тыс. аллогенных и 25 тыс. аллогенных остеоиндуцированных МСК ЖТ. После заполнения КД операционные раны ЭЖ ушивали.

В послеоперационном периоде осуществляли наблюдение за общим состоянием ЭЖ: массой тела, состоянием видимых слизистых, шерстного покрова, двигательной активностью, поведенческими реакциями, потреблением пищи и воды.

По истечении срока наблюдения ЭЖ контрольной и опытных групп выводили из эксперимента с соблюдением принципов биоэтики в соответствии со стандартами надлежащей лабораторной практики (GLP).

Производили забор костно-периодонтальных блоков нижней челюсти ЭЖ, содержащих зубы и ткани периодонта. Иссеченные участки нижней челюсти фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине в течение 48 часов. Декальцинацию проводили смесью муравьиной и соляной кислот с обязательным контролем полноты декальцинации оксалатом кальция. Затем участки нижней челюсти промывали в проточной воде в течение 24 часов, обезвоживали в спиртах восходящей концентрации (70, 80, 96, абсолютный спирт). Далее материал проводили через спирт-ксилол, ксилол, ксилол-парафин и заливали в парафин. Из парафиновых блоков изготавливали срезы толщиной 3-5 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином, по Массону.

Морфометрический анализ гистологических препаратов проводили на увеличении 50. Исследовали каждый микропрепарат в 5 случайно выбранных

полях зрения. Площадь поля зрения была постоянна и составляла 4561048,00 мкм<sup>2</sup>. Определяли площадь фиброретикулярной ткани. Полученные результаты представляли как отношение площади фиброретикулярной ткани к общей площади поля зрения, выраженное в процентах. Изучение микропрепаратов и изготовление микрофотографий проводили с помощью микроскопов Axio Imager («Zeiss», Германия) и DMLS с программным обеспечением («Leica», Германия).

**Результаты исследования.** Морфологическая картина восстановления костной ткани в контрольной группе. На 14 сутки у ЭЖ контрольной группы, у которых заживление происходило под кровяным сгустком, наблюдали костный дефект (КД) треугольной формы, отграниченный от материнской пластинчатой кости тонкой полоской фиброретикулярной остеогенной ткани, очагово растущей в пластинчатую кость (капсуляция КД). В просвете КД – рыхлая отечная соединительная ткань (СТ), мышечная ткань (МТ), очаги грануляционной ткани с локальными кровоизлияниями. В донной части КД – очаговое формирование фиброретикулярной остеогенной ткани. В прилежащей к КД пластинчатой кости наблюдали полнокровие сосудов каналов остеонов.

Через 1 месяц КД сохранял треугольную форму с западением поверхности и был отграничен от материнской пластинчатой кости тонкой полоской фиброретикулярной остеогенной ткани. В просвете КД – рыхлая отечная СТ с очагами кровоизлияний и кистозной трансформации. В поверхностном отделе донной части КД – участки некротизированной СТ, рыхлая СТ, расширенные кровеносные сосуды. Наблюдали очаговое формирование фиброретикулярной остеогенной ткани. В прилежащей к КД пластинчатой кости – полнокровие сосудов каналов остеонов.

Через 2 месяца КД имел округло-клиновидную форму и на 2/3 был заполнен остеогенной фиброретикулярной тканью. В зоне КД наблюдали множественные обширные кровоизлияния. В поверхностном отделе КД – участки некротизированной ткани. В донной части КД определяли очаговые скопления остеобластов и фибробластов. В прилежащих участках матричной кости – эктазия сосудистых костных каналов с фрагментацией и элиминацией их соединительнотканного компонента, очаговая жировая трансформация межбалочной ткани.

Морфологическая картина восстановления костной ткани в I группе. На 14 сутки наблюдали КД мешковидной формы с западением поверхности, заполненный МТ с расширенными кровеносными сосудами, рыхлой отечной СТ. По периметру КД определяли фрагменты отслоенной и расслоенной СТ полоски, отграничивающей дефект от матричной кости. В поверхностной части КД – фрагменты коллагеновой мембраны, участки некроза, очаг хондрофикации. В донной части КД – островки фиброретикулярной остеогенной ткани. В костной ткани матричной кости наблюдали констрикцию каналов остеонов и пролиферацию клеточного компонента.

Через 1 месяц определяли КД мешковидной формы, по краям на всем протяжении отграниченный от компактной кости неравномерно узкой полосой

соединительной ткани. В просвете дефекта наблюдали мышечную ткань с мелким очагом деструкции и лимфоидно-клеточной инфильтрацией. В донном отделе – сегменты рыхлой волокнистой, грануляционной и компактной фиброретикулярной ткани. Вне зоны КД – очаги гиперплазии межбалочной СТ.

Через 2 месяца КД имел овальную форму и был окаймлен неравномерно узкой полосой соединительной ткани, отслоенной от компактной кости. В поверхностной части КД определяли фрагменты коллагеновой мембраны, а также участки некроза. В донной части КД – рыхлая отечная СТ и очаги фиброретикулярной остеогенной ткани. В перифокальной пластинчатой костной ткани наблюдали эктазию и полнокровие сосудов каналов остеонов с разрыхлением периваскулярной ткани и гиперплазией клеточного компонента.

Морфологическая картина восстановления костной ткани во II группе. На 14 сутки КД имел овальную форму и по краям был ограничен от матричной кости тонкой полосой расслоенной рыхлой волокнистой или фиброретикулярной ткани. В донной части КД определяли рыхлую волокнистую незрелую СТ с диапедезными кровоизлияниями. Просвет КД заполнен МТ и рыхлой волокнистой СТ. В поверхностном отделе КД наблюдали фрагменты коллагеновой мембраны. В перифокальной пластинчатой костной ткани – эктазия и полнокровие сосудов каналов остеонов.

Через 1 месяц наблюдали КД овальной формы, окаймленный тонкой полосой расслоенной рыхлой волокнистой или фиброретикулярной ткани. В донной части КД – рыхлая волокнистая незрелая СТ с диапедезными кровоизлияниями. Просвет КД заполнен МТ и рыхлой волокнистой СТ. В поверхностном отделе КД – фрагменты коллагеновой мембраны. В перифокальной пластинчатой костной ткани наблюдали эктазию и полнокровие сосудов каналов остеонов.

Через 2 месяца КД имел овально-мешковидную форму и был ограничен от матричной пластинчатой кости узкой полосой рыхлой СТ в поверхностном отделе и фиброретикулярной в донном отделе. Просвет КД заполнен отечной МТ с очагами кровоизлияний. В донном отделе – фиброретикулярная остеогенная ткань и очаги кровоизлияний. В зоне фиброретикулярной ткани наблюдали остеогенные островки с редкими остеобластами на их поверхности. Отдельные гаверсовы каналы костного матрикса матричной кости расширены, сосуды полнокровны.

Морфологическая картина восстановления костной ткани в III группе. На 14 сутки наблюдали мешковидный КД. По краю пластинчатой костной ткани дефект ограничивал узкий тяж соединительной ткани, сегментарно отслоенный и расслоенный, в том числе в донной части КД. В поверхностном отделе КД – мелкие фрагменты некротизированной ткани. В просвете КД – дистрофичная мышечная ткань на всем протяжении с очаговым некрозом. В донной части КД – поперечный узкий тяж соединительной ткани с очаговым склерозом и диапедезными кровоизлияниями, ограничивающий КД от подлежащей пластинчатой костной ткани. В матричной кости наблюдали

пикнотичные остециты и очагово их некроз.

Через 1 месяц по краю пластинчатой костной ткани, отграничивающей КД, наблюдали сформированную полоску фиброретикулярной остеогенной ткани. В просвете КД в поверхностном отделе – фрагменты малоклеточной или бесклеточной гомогенной ткани с очаговой мелкоячеистой трансформацией, очаги атрофичной лимфоидной ткани и, преимущественно, участки дистрофичной мышечной ткани с очагами некроза. В донной части КД – участки рыхлой малоклеточной волокнистой ткани и фиброретикулярной остеогенной ткани, очаг хондрофикации. Наблюдали распространенное полнокровие сосудов гаверсовых каналов матричной кости.

Через 2 месяца пологий и неглубокий КД был сегментарно окаймлен неравномерно тонкой мелкоячеистой полоской фиброретикулярной остеогенной ткани. В просвете КД наблюдали участки фиброретикулярной остеогенной ткани с формирующимися остеогенными островками и костными трабекулами. Отмечали очаговые скопления остеобластов и их высокую плотность. Костный матрикс матричной кости имел нормальное гистологическое строение, при этом определялось распространенное полнокровие сосудов гаверсовых каналов матричной кости.

Морфометрическое исследование позволило установить, что в III опытной группе, где использовали коллагеновую мембрану со смесью МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ в пропорции 1:1, показатели площади фиброретикулярной ткани достоверно выше по сравнению с данными I и II групп ( $p < 0,05$ ). Максимальные показатели площади остеогенной ткани выявлены в III опытной группе на всех сроках эксперимента ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Применение коллагеновой мембраны с остеоиндуцированными МСК ЖТ позволяет сократить сроки регенерации КД по сравнению со сроками восстановления костной ткани при применении МСК ЖТ, что выражается в более раннем заполнении просвета дефекта наряду с мышечной тканью рыхлой волокнистой соединительной тканью с участками фиброретикулярной остеогенной ткани, формировании очагов грануляций и выраженной сосудистой реакции ткани костного дефекта.

Применение смеси МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ в пропорции 1:1 позволяет сократить сроки регенерации костного дефекта по сравнению с длительностью восстановления костной ткани при применении МСК ЖТ, остеоиндуцированных МСК ЖТ, что выражается в заполнении дефекта костной ткани наряду с мышечной фиброретикулярной остеогенной тканью через 1 месяц после оперативного вмешательства. Через 2 месяца в зоне дефекта, заполненного коллагеновой мембраной со смесью МСК ЖТ и остеоиндуцированных МСК ЖТ в пропорции 1:1, выявлены признаки начала формирования костных балок, что свидетельствует о более полноценном остеосинтезе, чем при заживлении под кровяным сгустком.

**ҲЕРБСТ АППАРАТИ ВА УНИНГ МОДИФИКАЦИЯЛАРИНИ  
ОРТОДОНТИЯ АМАЛИЁТИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

**Рўзиев Ш.Д., Нигматов Р.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Мавзунинг долзарблиги.** Стоматолог учун махсулдорлик, кундалик амалиёт билан шуғулланиш ҳамда яхши ва сифатли натижавийлик 2-синф окклюзиясини даволашда ишлатиладиган олинмайдиган аппаратлар ривожланиши ва турларини кўпайишига олиб келди. Ушбу изланиш Ҳербст аппаратининг юз-жағ суякларига таъсири, юз профилидаги ўзгаришлар, мускуллар ҳаракати, таянч муаммолари, (мандибуляр кесув тишлар протрузиялари) клиник мураккабликлар, аппарат дизайни ва хирургик даволаш ҳамда Ҳербст аппарати билан 2-синф окклюзиясини даволаш орасидаги солиштиришлар каби кенг миқдордаги ўргаришларни ўз ичига олади. Ҳербст аппаратининг таянч воситаси сифатида ҳамда унинг модификацияларини турли-хил даволаш чора-тадбирлари учун қўллаш ортодонтияга осонликча кириб келгани йўқ, ундан ташқари бу ҳақда адабиётларда жуда қисқа маълумотлар мавжуд.

**Кўзланган мақсад.** Ушбу тадқиқотдан мақсад модификацияланган, қуйма шинали Ҳербст аппаратини ортодонтия амалиётида қоллаш ва уни таҳлил қилиш.

**Материаллар ва услублар.** Барча беморлар ишлари тафсилотлари ТДСИ Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедрасидаги ортодония амалиётларидан олинган. Ортодонтик даволаш мезонларида Ҳербст аппарати ва уни модификацияларидан фойдаланиб даволаш ўз ичига олинди. Модификация турлари, рақамлари ва қанчалик тез учраб туриши беморларнинг файллари, рентген тасвирлари, расмлар ва моделлар асосида келтириб чиқарилди. Клиникада ва амалиётда барча беморларда Ҳербст аппаратининг қуйма шинали шаклидан фойдаланилди. Ўртача ёш  $15.6 \pm 5.61$ . 53.3% беморлар аёл жинсли ва 46.7% беморлар эркак жинсли, Ҳербст апапрати билан даволанаётган беморлардир.

Модификация тури, индивидуал модификацияларни учраш тезлиги ва сони, беморларнинг хужжатлари, рентген тасвирлари, моделлари, расмлардан фойдаланиб аниқланди.

**Олинган натижалар.** Кундалик ортодонтия амалиётида 12% ҳолатда Ҳербст аппаратидан фойдаланилади, шу миқдорнинг 18% модификацияланган ҳолатда. Ҳербст аппаратининг юқори таянч сифати ҳамда куч-таъсир геометрияси 2-синф окклюзиясини классик даволаш чора-тадбирларига кўшимча равишда жуда ҳам мос келади. Пастки жағ чайнов тишлари дистализатсияси учун 27% (12 та) беморларда Ҳербст аппарати дистализатсия механизми билан биргаликда ишлатилган. 15% беморларда (7 та) пастки жағ чайнов тишлари орасидаги масофани қисқартириш мақсадида таянч воситаси сифатида ишлатилган. Масофани сақлаб туриш учун 9% (4 та) беморларда бар конструктсияси ишлатилган ва 7% (3 та) ҳолатда Ҳербст аппаратидан

дистопияланган тишларни теккизлашда фойдаланилган. Бир аппаратда кўп қисмли модификацияларни учраш ҳолати 11% ни (5 та) ташкил этди. Ушбу вақт давомида университет тиббиёт марказида кўп қисмли модификациялар ва Ҳербст аппаратининг куадрохеликс аппарати билан комбинатсияси мавжуд бўлмади.

**Хулоса.** Кундалик ортодонтия амалиётида 12% ҳолатда Ҳербст аппарати қўлланилади ва шунинг 18% модификацияланган туридир. Ҳербст аппаратининг юқори таянч функцияси, 2-синф окклюзияси даво чоратадбирларида, вақт ва пул тежамкорлиги билан бирга кўп функциялик таянч вазифасини малга ошириш имконини беради. Ҳербст аппарати даволаш чоратадбирига қараб индивидуал модификация ҳолатига ҳам келтирилиши мумкин. Даволаш жараёни ўсмирлик давридан кейинги даврга тўғри келадигон бўлса даволас учун кетадиган вақтни қайта кўриб чиқиш керак. Кўп қисмли модификация имкониятлари ҳали тўлиқ ўрганилмаган. Режалаштирилган пастки жағ моляр тишлар мезиализатсиясида вақтинчалик таянч аппаратлари Ҳербст аппарати каби бимаксилляр олинмайдиган аппаратлардан кўра кўп вақтлардан бери фойдаланиб келинмоқда.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Рузиева С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Протезы (также известные как вставные зубы) представляют собой протезы, созданные для замены отсутствующих зубов и поддерживаемые окружающими мягкими и твердыми тканями полости рта. Обычные зубные протезы являются съемными и несъемными (съемный частичный протез или полный съемный протез). Однако существует множество конструкций зубных протезов, некоторые из которых основаны на склеивании или фиксации на зубах или зубных имплантатах (несъемное протезирование). Есть две основные категории зубных протезов, различие заключается в том, используются ли они для замены отсутствующих зубов на нижнечелюстной или на верхней челюсти.

Полный съемный протез (также известный как полный съемный протез, вставные зубы или пластина) - это съемное приспособление, используемое, когда все зубы в челюсти потеряны и нуждаются в протезной замене. В отличие от частичного протеза, полный протез изготавливается, когда в дуге больше нет зубов, поэтому это протез, поддерживаемый исключительно тканями. Полному съемному протезу может противопоставляться естественный зубной ряд, частичный или полный съемный протез, несъемные приспособления или, иногда, мягкие ткани.

Полные съемные протезы подвержены различным смещающим силам разной величины, так как опираются на слизистую оболочку полости рта и находятся в непосредственной близости с тканями, которые постоянно изменяются за счет действия мышц. Следовательно, чтобы полные съемные

протезы были ретенционными и стабильными, удерживающие силы, которые удерживают протезы на месте, должны быть больше сил, направленных на его смещение. Достижение максимальной стабильности и ретенции является одной из самых сложных задач при изготовлении полных съемных протезов.

Большинство врачей и зубных техников не умеют пользоваться современными моделями артикуляционной системы, гипсование моделей в окклюзионной области, размещение зубов на стекле и другие устаревшие принципы проектирования зубных рядов в полных съемных протезах приводят к бесчисленным коррекциям жевательных поверхностей и базисов, их смещению, переделке и отказу пациентов от использования таких конструкций. Наличие клинико-лабораторных этапов изготовления полных съемных протезов, разнообразие предложений и методик свидетельствуют о сложности и нерешенности проблемы.

Таким образом, изучение вопросов, связанных с проектированием полных съемных протезов в соответствии с современным уровнем развития гнатологии, позволяющих учитывать естественные движения нижней челюсти, представляется нам актуальным.

Один из самых бюджетных вариантов восстановления зубного ряда. Протезы из акриловой пластмассы эстетичны, цвет искусственной десны подбирается индивидуально. Несомненным преимуществом акрилового протеза является простой ремонт в случае поломки. Наиболее частая причина раскола конструкции – падение на плитку в ванной – зубные протезы требуют бережной эксплуатации и хранения.

Нагрузка на челюсть при ношении акриловых протезов распределяется равномерно. Однако акриловые протезы имеют недостатки. Полный протез закрывает нёбо, что не позволяет больному в полной мере ощущать вкус пищи, часто такие протезы провоцируют рвотный рефлекс и расстройства дикции, что вызывает неудобство в процессе адаптации.

Акрил может спровоцировать аллергическую реакцию, что сужает область применения. При выборе этого варианта протезирования рекомендуем проконсультироваться с аллергологом.

При ношении акрилового протеза придется отказаться от твердой пищи, а курильщикам нужно отказаться от вредной привычки. Материал впитывает запахи, удалить которые непросто. Протез требует тщательной гигиены. Пористая структура акрила быстро загрязняется. Несомненным преимуществом полных съемных протезов является цена. Стоимость этих изделий значительно ниже, чем при протезировании на имплантах.

К тому же съемные протезы практически не имеют противопоказаний, за исключением аллергической реакции. Конструкции универсальны и подходят практически всем пациентам.

К недостаткам можно отнести постепенную потерю костной ткани под протезом. К сожалению, остановить этот процесс невозможно из-за нагрузки на челюсть.

Конечно, недостатком зубных протезов являются неудобства, с которыми

пациенты сталкиваются во время их эксплуатации: ограничения в питании, переедание, проблемы с дикцией.

**Вывод.** Когда мы, врачи, добиваемся эффективного присасывания зубных протезов верхней и нижней челюсти, наши пациенты остаются довольными, а наша работа приносит нам большое удовлетворение.

Однако эффективная аспирация не решает всех проблем, с которыми сталкиваются специалисты в процессе изготовления полных съемных протезов. Только одна из составляющих успешного протезирования.

Помимо простых случаев, бывают и сложные, когда для лечения необходимо учитывать особенности прикуса, проблемы с положением челюстей, десен, движение протезов в трех плоскостях при жевании, технические проблемы в изготовлении протезов, слюноотделение и многие другие аспекты.

### ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

**Рузимов Г., Ботиров Б., Нигматов Р.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В настоящее время идет изучение влияния вредных привычек на развитие зубочелюстных аномалий. По данным наших исследований, у детей с нарушением осанки, страдающих сколиозом, в 31% случаев имеет тенденцию к недоразвитию фронтального отдела нижней челюсти, либо к ее дистальному смещению. Во время изучения распространенности ЗЧА у детей с вредными привычками С.Р.Катс обнаружил, что у 4 летнего ребенка частота встречаемости ЗЧА составила 49,7%, из них 36,4% вертикальная резцовая дизокклюзия, 12,1% - перекрестная окклюзия, дистальная окклюзия - 29,7%. По данным М. Моорс и J. McDonald привычка сосания пальца приводит не только к значительным зубоальвеолярным изменениям, но также может вызвать скелетные нарушения при формировании прикуса.

**Цель** - оценка взаимосвязи влияния вредных привычек на развитие зубочелюстных аномалий у детей.

**Материал.** Исследование проводилось в ТГСИ на кафедре Ортодонтии и зубного протезирования 1-1,5 в течении года. Были обследованы 64 пациентов, из них 42 (65,3%) мальчиков и 22 (34,7%) девочек, в возрасте от 4 до 12 лет. Для исследования вредных привычек мы провели клинический обследование полости рта и фото-протокол.

**Результат исследования.** При исследовании пациентов с вредными привычками был проведен анализ по влиянию вредных привычек: неправильная поза тела - у 13 детей (20,31%), неправильная речевая артикуляция - 15 (23,43%), привычка давления языком на зубы - 9 (14,06%), ротовое дыхание - 12 (18,75%), прикусывания губ, щек - 8 (12,5%). Накладывание руки на щеку во время сна - 7 (10,93%), На основе этих

исследований было определено влияние и развитие ЗЧА. По результатам наших исследований у детей с ротовым дыханием, у 2 (3,22%) мальчиков и у 4 (6,25%) девочек постепенно начинается формирования деформации лицевого скелета. Боковые части верхней челюсти сближались, твердое нёбо становился узким, высоким (готическим). Привычка сосания пальцев составлял у 7 (10,93%) мальчиков у 2(3,22%) девочек, следствием длительного пользования пустышкой и соской является открытый прикус во фронтальном участке, протрузия резцов верхней челюсти, сужение верхнего зубного ряда. Неправильная поза тела – у 4 (6,25%) мальчиков и 7(10,93%) девочек при нарушении осанки, а так же длительное нахождения ребенка в вынужденном положении. По данным наших исследований оказалось, что это может привести к недоразвитию фронтального отдела нижней челюсти либо к ее дистальному смещению. Прикусывание губ составлял у 2 (3,22%) мальчиков и 6(9,37%) девочек. Прикусывание нижней губы привело к формированию протрузии резцов верхней челюсти и смещение нижней челюсти назад, а также задержка роста фронтального отдела н/ч.

**Выводы.** При исследовании влияния вредных привычек у детей в раннем возрасте показало, что сосательные привычки способны оказывать влияние на временный прикус. Если же такие привычки сохраняются и во время смены зубов, то возможно формирование трем между верхними резцами, лингвальным наклоном нижних резцов, формирование вертикальной резцовой дизокклюзии, а также сужение верхнего зубного ряда.

По результатам наших исследований влияние вредных привычек приводит к формированию ЗЧА, а именно к диспропорции профиля лица и зубных рядов.

Таким образом, изученные факторы риска влияют на формирование аномалий зубочелюстной системы. Их раннее выявление и своевременное устранение позволят снизить вероятность возникновения зубочелюстных аномалий.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ**

**Рузматов К.М., Исматуллаев О.И., Хамидхужаев А.Х., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

На данный момент не существует общепринятой схемы комплексного лечения больных после трахеостомии и других хирургических вмешательств на гортани и трахее. Это приводит к увеличению сроков нахождения пациентов с данной патологией в стационаре, длительному канюленосительству, развитию хронических стенозов гортани и трахеи, требующих хирургических вмешательств, дорогостоящего обследования и лечения.

В результате широкого использования в практике интенсивной терапии длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и последующей

трахеостомии, а также увеличивающихся случаев автокатастроф, техногенных аварий, военных конфликтов, выполнения сложных хирургических операций у исходно тяжелой категории больных растет число пациентов с постинтубационными и посттрахеостомическими повреждениями гортани и трахеи.

С целью улучшения результатов хирургического лечения больных со стенозами гортани и трахеи путем разработки новых операций, внедрения современных технологий и применения диагностическо-лечебного алгоритма нами было обследовано 8 больных с хроническим стенозом гортани и трахеи.

Этиологией развития подсвязочного стеноза гортани у всех пациентов являлась длительная интубация. Всем пациентам была произведена операция баллонная дилатация подсвязочного стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подсвязочного отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подсвязочного стеноза гортани наблюдалось только у одного пациента.

Во многих случаях дилатация стеноза гортани и трахеи с помощью баллонных систем имеет значительные преимущества по сравнению с открытой ларингопластикой.

Данный метод все больше внедряется в медицинскую практику и применяется у пациентов различных возрастных групп со стенозом гортани и трахеи. В настоящее время развитие и использование эндоскопической баллонной методики позволяет определить точную локализацию стеноза, рассчитать силу воздействия, возникающего при использовании жестких систем дилатации.

Баллонная дилатация подсвязочного стеноза гортани является методом деликатного и малотравматичного лечения, который позволяет контролировать радиальное давление на стриктуру и прогнозировать диаметр просвета в зоне стеноза после дилатации.

В отделении отоларингологии под нашим наблюдением находились 8 пациентов с подсвязочного стеноза гортани постинтубационной этиологии (3 женщины и 5 мужчин) в возрасте от 25 до 59 лет. Причиной развития подсвязочного стеноза гортани у 5 пациентов являлась длительная интубация. У 3 больных причиной стеноза являлся гранулематоз Вегенера. У 3 больных на момент поступления в стационар имелась трахеостома. Всем пациентам были проведены клинично-лабораторное обследование, компьютерная томография гортани и трахеи, эндофибrolаринготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации смежных специалистов.

По результатам мультиспиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией хрящевого остова у всех пациентов на уровне перстневидного хряща определялось циркулярное сужение просвета за счет утолщения и уплотнения мягких тканей в просвете. Протяженность стеноза составляла от 6 до 11 мм, диаметр просвета самой узкой его части от 4 до 8 мм.

При трехмерной реконструкции изменений хрящевого остова гортани не выявлено, его каркасная функция не нарушена.

Операцию проводили под наркозом с установкой прямой опорной ларингоскопии и использованием видеозендоскопической техники. В 3 случаях интубация производилась через имеющуюся трахеостому. В 3 случаях интубационная трубка заводилась за уровень стеноза через установленный ларингоскоп, у 2 больных она устанавливалась над стенозом. При интубации использовались трубки с внутренним диаметром 5 и 6 мм.

Дилатацию рубцового стеноза подскладкового отдела гортани проводили при достижении 100% содержания кислорода в крови. В просвет стеноза после предварительно удаленной интубационной трубки заводили баллонный катетер. С помощью специального шприца-манометра в баллон диаметром 10 мм нагнетали жидкость, достигая давление в 10 атм. (время экспозиции 1 мин), затем жидкость из баллона эвакуировали и баллон удаляли. После достижения 100% сатурации через 5-6 мин процедуру повторяли. Дилатация проводилась в три подхода, между подходами проводили искусственную вентиляцию легких.

Следует отметить, что пациентам с выраженными рубцовыми изменениями тканей подскладкового отдела гортани дилатацию просвета проводили после эндоскопического рассечения рубцовой ткани при помощи электрокоагулятора.

В результате проведенного хирургического лечения удалось добиться стойкого расширения просвета подсвязочного отдела гортани путем микроразрывов рубцовой ткани строго по диаметру баллона. Сужения просвета в первые минуты после проведения дилатации не наблюдалось. По завершении операции в зону стеноза делали инъекцию 4 мг дексаметазона.

Длительность стационарного лечения составила 3-5 сут. Фиброларинготрахеоскопию выполняли в 3-е и 5-е сутки стационарного лечения. Проводилась консервативная антибактериальная, противовоспалительная (дексаметазон до 16 мг внутривенно в 1-е сутки и до 12 мг в последующие) терапия, местное эндоскопическое лечение путем инъекций дексаметазона в область рубца гортани, щелочные ингаляции, ингаляции с антисептиком. Пациентов выписывали для амбулаторного наблюдения на 7-й и 14-й дни после операции и далее наблюдали каждый месяц в течение года. Пациентам с трахеостомой при отсутствии процесса рестенозирования подскладкового отдела гортани, отсутствии жалоб на затруднение дыхания через 2 мес после баллонной дилатации проводили пластику трахеального дефекта.

По данным эндоскопического исследования гортани и трахеи, в послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечались реактивные явления в виде гиперемии мягких тканей в зоне дилатации, отека от незначительного до умеренно выраженного, наличия фибринового налета, которые успешно купировались проводимой консервативной антибактериальной и противовоспалительной терапии, физиотерапевтическим лечением. Сроки стационарного лечения составили в среднем 4,5 дня.

Рестенозирование подвязочного стеноза гортани наблюдалось у одного пациента с гранулематозом Вегенера, оно было связано с рецидивом основного заболевания, плохо поддающегося патогенетическому лечению, ему потребовалось повторное хирургическое лечение открытая ларингопластика; пациент до настоящего времени является канюленосителем.

По данным гистологического исследования тканей подскладкового отдела гортани, взятых микрощипцами, до проведения дилатации выявлены фрагменты слизистой оболочки гортани, покрытые несколько атрофичным зрелым многослойным плоским неороговевающим эпителием. В подлежащей строме отмечалась картина склеротической деформации, а также лимфоцитарной инфильтрации.

По результатам гистологического исследования после баллонной дилатации определялись мелкие фрагменты слизистой оболочки гортани, покрытые зрелым многослойным плоским неороговевающим эпителием, с десквамацией покровного эпителия. В подлежащей склерозированной строме отмечался выраженный отек, разволокнение, а также множественные сливающиеся очаговые кровоизлияния.

Система баллонной дилатации является современным малоинвазивным и малотравматичным методом лечения ограниченных стенозов подскладкового отдела гортани, позволяющим избежать проведения открытых хирургических вмешательств - ларинготрахеальной пластики либо крикотрахеальной резекции, и значительно сокращающим длительность стационарного лечения пациентов и периода полной реабилитации.

Расширение просвета гортани при проведении баллонной дилатации происходит за счет микроразрывов и разволокнения рубцово-измененных тканей.

Операция под прямой опорной ларингоскопией позволяет детально визуализировать зону стеноза, определить точную локализацию и под контролем зрения провести хирургическое вмешательство.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи. Отмечаемый ежегодный рост автодорожного, производственного и бытового травматизма, природных и экологических катастроф; предполагает постоянное увеличение данной категории больных. Однако до сих пор не выработана единая тактика, профилактики, диагностики и лечения пациентов с постреанимационными стенозами гортани и трахеи. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих хирургических способов ларинготрахеопластики является актуальной и социально значимой задачей и имеет важное практическое значение.

**ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЧАСТЕЙ ТЕЛА У  
ВЕЛОСИПЕДИСТОВ, ФОРМИРУЕМЫХ ПРИ ПАДЕНИЯХ С  
ДВИЖУЩИХСЯ ВЕЛОСИПЕДОВ**

**Рустамова Д.С., Зубайдиллоева З.Х., Райимжанова К.Ф.,  
Шавази Р.Н., Расулова М.Р.**

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Механизм формирования повреждений у велосипедистов при ВТ изучены недостаточно. Не разработаны критерии дифференциальной диагностики разных видов ВТ, а также от других видов ДТП и тупых травм.

**Цель исследования** - выявить характер и особенности формирования повреждений структуры различных частей тела у велосипедистов при падениях во время езды на велосипедах.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов СМЭ, связанных с падением велосипедистов с движущихся велосипедов со смертельным исходом (9) и аналогично с не смертельной травмой (18). Все пострадавшие лица мужского пола в возрасте от 8 до 74 года. Из общего количества наблюдений (27) дети в возрасте 8-17 лет составили 6 случаев.

**Результаты исследования.** У велосипедистов, пострадавших при падениях с движущихся велосипедов преобладали повреждения структуры головы и груди. Переломы костей верхних конечностей, позвонков, а также повреждений внутренних органов и костей нижних конечностей наблюдались значительно редко.

Повреждения структуры головы у погибших велосипедистов характеризовались наличием линейных и вдавленно-оскольчатый переломов лобно-височной кости, преимущественно слева, с переходами линий переломов в основание черепа, а также проявлениями ушиба мозга в виде очаговых и распространенных субарахноидальных кровоизлияний, в ряде случаев и субдуральных кровоизлияний на стороне соударения головы о дорожное покрытие. У живых лиц - велосипедистов травма головы протекала с проявлениями ушиба мозга легкой степени или же сотрясением головного мозга, без нарушения целостности костей черепа. Поражения структуры груди и органов грудной полости у пострадавших велосипедистов характеризовались переломами ребер, преимущественно нижних (8-10) по средне - ключичной и подмышечной линиям. Позвоночно-спинно-мозговую травму у погибших велосипедистов отметили в единичном случае, при котором выявлен компрессионные переломы тел 7-8 грудных позвонков. Повреждений структуры таза, а также переломы костей конечностей при ВТ со смертельным исходом не выявлены.

**Заключение.** Таким образом, у велосипедистов, пострадавших при падениях с движущихся велосипедов преобладали повреждения структуры головы и груди. В тоже время переломы костей верхних конечностей, позвонков, а также повреждений внутренних органов и костей нижних конечностей наблюдаются значительно редко.

**РИНОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ЗИГОМИКОЗ У ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**Савосин Ю.В., Шафранова С.К., Гайворонская Т.В., Вартанян С.А.**  
ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, ГБУЗ Краевой клинической больницы скорой  
медицинской помощи МЗ КК, г.Краснодар, Россия,  
[yurij-savosin@yandex.ru](mailto:yurij-savosin@yandex.ru), [Skonstantinovna@gmail.com](mailto:Skonstantinovna@gmail.com),  
[seiran.vartanyan@yandex.ru](mailto:seiran.vartanyan@yandex.ru)

Клиника риноцеребрального зигомикоза неспецифична и схожа на ранних стадиях заболевания с симптоматикой бактериального синусита или воспаления параорбитальной клетчатки. Результаты лечения инвазивного зигомикоза существенно зависят от сочетания таких факторов как: быстрота постановки диагноза, лечение основного заболевания (исключение факторов риска), ранняя активная антифунгальная терапия и хирургическое удаление пораженных тканей.

В ЧЛЮ ККБСМП с августа 2021 по январь 2022 года находилось на лечении 87 пациентов с риноцеребральной формой зигомикоза. Все пациенты при поступлении предъявляли жалобы на: онемение зубов верхней челюсти, подглазничной области, крыла носа, твердого неба на стороне поражения, асимметрию лица, отечность в области орбиты, боль в области глазного яблока, ухудшение зрения, лицевые боли и субфебрильную температуру. А так же у 57 пациентов отмечались выделения из носа кровяного или сукровичного характера, у 25 пациентов – наличие свищей в полости рта (по переходной складке), у 15 пациентов - длительно незаживающие раны слизистой полости рта, у 10 пациентов раны лица и отсутствие мимики на стороне поражения, а 7 пациентов отмечали полную потерю зрения.

Из анамнеза установлено, что первые жалобы/симптомы появились после перенесенной коронавирусной инфекции Covid-19, со средне тяжелым или тяжелым течением и длительным специализированным лечением, и обратились в ЧЛХ КБСМП спустя 2 недели после перенесенного заболевания.

Согласно представленным выпискам из специализированных инфекционных стационаров, медикаментозное специализированное лечение проводилось «в соответствии с протоколами/схемами лечения Covid-19 в объеме: гормонотерапия, антибиотикотерапия, антикоагулянтная терапия, симптоматическая терапия». У всех пациентов отмечался впервые выявленный или декомпенсированный сахарный диабет с плохо контролируемым уровнем глюкозы крови. После выписки из ковидных-госпиталей пациенты получали лечение «постковидного синдрома» в объеме гормонотерапии, антибиотикотерапии, симптоматической терапии.

При поступлении, по данным КТ-исследований: не определялось четких участков секвестрации костей лицевого скелета на стороне поражения, но отмечалось уменьшение плотности костной ткани в зоне поражения; КТ-картина соответствовала пансинуситу с превалирующим поражением ППН на причинной стороне; участки некроза мягких тканей отображались как

утолщение мягких тканей и их уплотнение; «Стоп-контраст» в артериальной и венозной стадии по регионарным питающим сосудистым пучкам на стороне поражения. У 37 пациентов наблюдались зоны сформированных секвестров в области верхней челюсти, скуловой кости и костей носа. При цитологических и культуральных исследованиях, в дооперационном периоде, из носоглотки и поверхностных очагов поражения микромицеты не получены.

При клиническом обследовании у всех пациентов наблюдались: асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей подглазничной, щечной, скуловой области, верхнего и нижнего век глаза на стороне поражения, отделяемое из полости носа на стороне поражения; открывание рта было свободное и безболезненное. У 20 пациентов - сухой некроз слизистой мягкого неба, а у 27 пациентов - слизистой и перегородки носа, носовых раковин; у 15 пациентов - участки сухого некроза слизистой твердого неба с дефектом и оголением небной костной пластинки; у 10 пациентов - проптоз и офтальмоплегия, нейропатия n.facialis на стороне поражения, патологическая подвижность зубов на стороне поражения; а у 5 пациентов - сухой некроз мягких тканей подглазничной, щечной, скуловой областей на стороне поражения.

На основании жалоб, анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов исследования был обоснован основной клинический диагноз: Зигомикоз, риноцеребральная форма. Грибковый остеомиелит верхней челюсти, костей носа, скуловой кости, костей решетчатого лабиринта, основной кости (справа или слева). Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2тип.

У 7 пациентов отмечено осложнение основного диагноза: Грибковый сепсис. Тромбоз правого поперечного синуса. Ишемический инсульт в бассейне правой мозговой артерии, у 15 пациентов - Офтальмоплегия (OD или OS), у 5 пациентов - грибковое абсцедирование легких.

Хирургическое лечение выполнялось в объеме некротомии мягких тканей подглазничной области, щечной, скуловой, тотальная резекция верхней челюсти, скуловой кости, нижней и медиальной стенок орбиты, решетчатого лабиринта, основной пазухи, структур носа, с формированием пострезекционной оростомы и ведением раневой поверхности под антисептическими повязками, либо в случае сохранности слизистых лоскутов в полости рта, выполнялась первичная пластика местными тканями с разобщением зоны резекции и полости рта.

Назначалась антифунгидная терапия: 30 пациентов получали только амфотерицинВ (50-100мг/сутки), 57 пациентов - амфотерицинВ и позаконазол (ноксафил) 800мг/сутки.

По результатам ПГИ, ПЦР и микроскопии операционных образцов, у 72 пациентов подтвержден диагноз зигомикоз (*Rhizopus*, *Absidia*) и у 15 пациентов диагностирован аспиргиллез (*Aspирgilla negra*, *flavus*).

В микроскопическом описании операционного материала основным патоморфологическим признаком являлись: некротизированные адипоциты костного мозга, единичные сегментоядерные лейкоциты и макрофаги, колонии

бактерий сферической формы (кокки), гифы гриба с признаками инвазии артериальной стенки, тромбоз просвета сосуда. Чему соответствовало патогистологическое заключение: Гнойный остеомиелит смешанной этиологии (бактериально-грибковой). Зигомикоз с признаками инвазии артериальных сосудов.

Ввиду генерализации патологического процесса и тяжести течения заболевания, на 5-7-10 и 21 сутки стационарного лечения, 7 пациентов с летальным исходом.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в спектр фоновых заболеваний зигомикоза, помимо декомпенсированного сахарного диабета и онкогематологических больных, необходимо включить еще одну категорию больных - с перенесенной новой коронавирусной инфекцией Covid-19 со средне-тяжелым и тяжелым течением заболевания.

При проведении дифференциальной диагностики и подозрении на грибковый остеомиелит, целесообразно проведение ранней специфической противогрибковой терапии не дожидаясь культурального и гистологического подтверждения диагноза.

В связи с неспецифичностью клинических симптомов и трудностями ранней диагностики инвазивных форм зигомикоза, в частности риноцеребральной формы, необходима настороженность врачей общего профиля и узких специалистов в отношении возможности развития инвазивных агрессивных форм микозов у иммунокомпрометированных больных, перенесших в анамнезе Covid-19.

### **ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПАРОДОНТА**

**Садиев М.М., Холмунинова Г.А., Мейлиев А.О., Гулямова С.П.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Пародонт-это комплекс тканей вокруг зуба. Заболевания пародонта представляют собой одно из самых коварных и непредсказуемых заболеваний в стоматологии, вылечить которое нелегко.

**Цель исследования** - показать суть, этиологию и профилактику заболеваний пародонта.

**Материалы и методы.** Пародонт - это совокупность тканей, окружающих зуб. Ткань пародонта - это не только десны, но и сложные ткани вокруг зубов, такие как костная ямка с корнем и периодонтальная мембрана, которая вплетена в корень и кость для фиксации зуба в костной ямке. Эти ткани функционируют как единая система, которая одновременно выполняет ключевые функции, такие как фиксация зубов, поглощение и регулировка жевательных нагрузок, контроль жевательных мышц и предотвращение попадания патогенов и различных вредных факторов в костную ткань.

Зубы образуют уникальную область, называемую периодонтальной мембраной, в области, которая граничит с эпителием десен. По этой причине требуется специальный защитный механизм. Вокруг зуба имеется защитный

рукав из эпителия, кровеносные сосуды переплетены, но бактерии прочно прилипают к не влажной от слюны поверхности зуба, позволяя ему поддерживать контакт с мягкими тканями вокруг зуба в течение длительного времени. В течение этого времени у нас действует неспецифический защитный механизм.

Заболевания пародонта являются наиболее важной причиной потери зубов у взрослых (около 70%), от них страдают от 4 до 3% населения. При заболеваниях пародонта различают гингивит, пародонтит, пародонтоз.

Если на поверхности десен есть воспаление (поражаются только мягкие ткани десен), это переходит в гингивит. Воспаление может возникнуть в 1-2 зубах (местный гингивит) или во всех зубах (системный гингивит).

Пародонтит имеет те же причины, что и гингивит, и обычно возникает наряду с хроническим гингивитом. Если травмирующий фактор сохраняется, микроорганизм будет продолжать активно размножаться в поврежденных деснах. Его токсины и ферменты разрушают десны глубже. В результате теряется связь между деснами и зубами, и теряется очень важный защитный барьер, который защищает связки зубов и костей от инфекции. Образуются пародонтальные карманы, и теперь бактерии, бляшки и т.д. могут распространяться глубоко в пародонтальную полость - это начало пародонтита. Постепенный распад пародонтальной оболочки продолжается, и костная ткань начинает рассасываться. Пародонтит может быть острым и хроническим. Как правило, острый пародонтит возникает, когда десны сильно травмируются (например, длинными искусственными коронками или зубочистками). В этом случае связь между деснами быстро разрушается. Гингивит и пародонтит возникают одновременно. Когда дело доходит до хронического пародонтита, нет боли или отека, свойственных острому пародонтиту, увеличивается количество зубного камня и мягких частей, неприятный запах изо рта становится сильным, десны начинают успокаиваться, обнажается шейка зуба, и зуб становится чувствительным к холодному, горячему, кислому, соленому. Пародонтальный карман обычно изъязвлен, и когда вы нажимаете пальцем на край десны, из-под десны вытекает гной. В этом случае требуется хирургическое вмешательство.

**Результаты.** Заболевание пародонта - это атрофическое поражение всех тканей пародонта. Заболевание пародонта всегда является системным заболеванием, которое поражает все зубы на обеих челюстях. Атрофия костной ткани обычно протекает безболезненно и стойко. Если не лечить, связки и альвеолярные стенки могут полностью исчезнуть, а зубы могут выпасть.

Зубной налет - это бесцветная липкая пленка, которая всегда прикрепляется к зубам. Если зубной налет не удалить, он затвердевает и образует грубую пористую массу, называемую зубным камнем. Бактерии зубного камня вырабатывают токсины и раздражают десны, вызывая покраснение, чувствительность, отек и кровотечение. По мере прогрессирования заболевания пародонтальная мембрана разрушается токсинами, которые создают закупоренные карманы зубного налета, а кости,

поддерживающие зуб, подвергаются необратимому повреждению.

**Заключение.** Для профилактики заболеваний пародонта достаточно соблюдать гигиену полости рта. Чистить свои зубы 2 раза в день, что предотвратить появление зубного налета, являющийся основной причиной возникновения заболеваний пародонта.

### **ПОДРОСТКОВАЯ ДЕПРЕССИЯ**

**Садикова Л., Сирожиддинова З. М.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Цель работы** - установление базовых смыслов депрессивных переживаний (в частности у подростков) причин, факторов, а именно смысловой основы аффектов, личностных черт и потребностей. Попытаться найти наиболее эффективные способы лечения депрессии у молодого поколения.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения целей были использованы следующие методы: клинический, диагностический.

**Результаты.** В результате исследования было установлено, что подростковая депрессия у молодых людей более взрослого возраста встречается чаще, нежели, чем у детей младшего возраста. Также стоит отметить, что мальчики страдают депрессией и проявлением буйной эмоциональности больше, чем девочки.

**Выводы.** В ходе проведенного исследования установлена смысловая структура депрессии у подростков. Таким образом, лечение депрессий у подростков – задача более трудная, чем у взрослых, отражающая тревогу подростков перед любыми психиатрическими консультациями и лечением, их восприятие «фазы психологического шока» заболевания, внутреннее предпочтение отрицать или диссимулировать свое состояние. Подростки, которые серьезно подходят к лечению своего состояния и сотрудничают с врачом, обычно имеют очень хороший прогноз (вне зависимости от типа аффективного расстройства) и высоко восприимчивы к медицинской помощи.

### **ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬВОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОЛИТА**

**Саибназаров М.Д.**

Самаркандская областная детская стоматологическая поликлиника

**Актуальность.** Альвеолит является наиболее частным осложнением в амбулаторной практике хирурга-стоматолога. Основными этиологическими факторами в его развитии являются: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная атипичным, сложным удалением зуба. Большое количество медикаментозных средств и физических методов, предложенных для лечения и профилактики этого осложнения, свидетельствует о трудностях, с которыми встречаются практические врачи.

**Целью** настоящего исследования явились поиски эффективных методов

профилактики и лечения альвеолитов.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 132 больных в возрасте от 19 до 65 лет, из них 47 мужчин и 85 женщин, которые были распределены в 3 группы.

Положительной особенностью альвеостаза является то, что кроме кровоостанавливающего, выраженного обезболивающего и противовоспалительного свойства губка при введении в лунку пропитывается кровью, способствуют организации сгустка и нормальному заживлению. В дальнейшем, являясь стимулятором регенерации, она подвергается рассасыванию и замене не подлежит.

**Результаты.** Альвостаза наряду с кровоостанавливающим оказывает ранее выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие по сравнению с альважиллом. Применение альвостаза позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с альвеолитами и использовать его с профилактической целью. Применение препарата альвостаза, который в три раза дешевле импортного альвожила, экономически оправданно.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что альвостаза наряду с кровоостанавливающим оказывает ранее выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие. Применение альвостаза позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с альвеолитами и использовать и его профилактической целью.

### **РЕЧЕВЫЕ КРИТЕРИИ, ПОМОГАЮЩИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕЛОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ВФД) ПОСЛЕ ПАЛАТОПЛАСТИКИ**

**Саидганиев Ю.С., Амануллаев Р.А., Тураев Б.Б., Қудратова Г.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[saidganievyusufjon1994@gmail.com](mailto:saidganievyusufjon1994@gmail.com)

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии детского возраста является оказание помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН).

Лечение детей с ВРГН является одной из наиболее сложных задач современной восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблема заключается не только в исправлении анатомического дефекта, но и в полноценном восстановлении функции структур нёбно-глоточной области (НГО). ВРГН многообразная по степени и характеру проявлений, формирует выраженные обезображивающие уродства лица функциональные недостатки жизненно роцессов: дыхания, жевания, глотания, мимики, речи, слуха, связи квалифицированной хирургической помощи этим больным является актуальным и востребованным.

По мнению специалистов этого профиля, системный учёт тяжести анатомических и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей больных, четкое поэтапное планирование лечения, постоянный клинический

контроль позволит получить функциональные и эстетические результаты и сократить сроки реабилитации больных.

Для оценки биомеханики НГС необходимо иметь точное представление об анатомических особенностях нормального и расщепленного неба.

Велофарингеальная дисфункция (ВФД) может быть определена как неадекватное анатомическое, нейрофизиологическое или функциональное закрытие велофарингеального клапана во время определенных действий, включая речь.

Гиперназальность определяется как чрезмерный носовой резонанс на устных звуках и особенно слышна на гласных и некоторых звонких согласных.

Слышимое носовое испускание предполагает наличие умеренного велофарингеального отверстия, через которое будет просачиваться воздушный поток, вызывая, таким образом, звук трения

Носовой шорох может возникать в наличие небольшого велофарингеального отверстия, через которое будет просачиваться воздушный поток, вызывая тем самым слышимое бульканье носовых выделений

Компенсаторные ошибки возникают в ответ на аномальную структуру носоглотки, вызывая изменение места произнесения одного или нескольких звуков.

Они включают в себя остановки глотки, остановки глотки и фрикативы глотки.

При оценке также могут быть использованы еще два речевых критерия. Это универсальные параметры Хеннингссона и др. (2008): понятность речи и восприятие речи – способность. Понятность речи относится к степени, в которой сообщение говорящего может быть понято слушателем. Этот параметр представляет собой более глобальную оценку речи, включая проблемы с развитием, скоростью и артикуляцией. Приемлемость речи относится к степени, в которой речь привлекает внимание сама по себе, независимо от содержания произносимого сообщения. Частота ВФД у пациентов с расщелиной неба (РН) значительна и хорошо документирована. На качество резонанса влияют многие факторы: движение, адаптивность и скорость мягкого неба, велярное растяжение и движение задней и боковой стенок глотки. Проблемы с центральной нервной системой и местная сопутствующая патология лица могут оказывать пагубное влияние на другие аспекты речи.

**Цель исследования.** Цели этого исследования были двоякими: (1) Определить частоту ВПД в соответствии с 7 речевыми критериями у пациентов после увольнительной палатопластики; и (2) Найти наилучшее анатомическое измерение неба или расщелины (или комбинацию измерений), которые могут предсказать возникновение ВПД. Речевые критерии были теми, которые использовались нашей группой патологии речи (SLP) при стандартной оценке наших пациентов с расщелиной. Раннее прогнозирование ВПД может помочь бригадам ДЦП выявить детей, нуждающихся в более тщательном наблюдении, обеспечить лучшую поддержку вовлеченному ребенку и его семье и, в конечном счете, разработать другую / лучшую начальную процедуру для детей,

подверженных ВПД.

**Материал и методы исследования.** Пятьдесят шесть пациентов с расщелиной неба и расщелиной губы перенесли палатопластику по методу Л.Е.Фроловой и по методу J.Bardach в возрасте 10 месяцев. Во время процедуры были собраны измерения волчьей пасти до и после палатопластики. Три ослепленные речи. языковые патологи (SLP) ретроспективно оценивали пациентов по данным диаграммы в возрасте 4 лет. Т-критерий Стьюдента и анализ кривой рабочих характеристик приемника использовались для оценки связи и прогностической способности между измерениями расщелины и параметрами (M&P) со всеми критериями ВФД.

**Результаты:** SLPS выявили частоту ВПД в соответствии с 7 критериями:

- гипернасальность (1,1%),
- слышимое носовое выделение (4%),
- носовой шорох (14%),
- компенсаторные ошибки (4%),
- нарушение понимания речи (7%)
- инарушение приемлемости речи (16%).

SLPs рекомендовал повторную хирургическую процедуру 5 пациентам (9%).

Была обнаружена статистически значимая связь между, соответственно, 17 и 5 M&P и возникновением компенсаторных ошибок и слышимым носовым выделением.

Наши данные свидетельствуют о том, что что длина расщелины, площадь расщелины и послеоперационный поперечный размер носоглотки являются наилучшими показателями будущей положительности критериев ВПД .

**Заключение.** Мы обнаружили, что ширина расщелины на уровне твердого неба и размер заднего промежутка между мягким небом и задней стенкой глотки были наиболее значимыми параметрами при прогнозировании ВПД. Размер послеоперационной поперечной области носоглотки во время процедуры первичной расщелины неба может стать предметом внимания следующего поколения хирургов-расщелинников для снижения частоты ВПД.

## ОСТРЫЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ

Саидкаримова Ф.И., Шарипов У.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Острый стеноз гортани (ОСГ) – анатомическое сужение просвета гортани с возникновением острой дыхательной недостаточности за короткий промежуток времени. Сужение, и тем более полное закрытие просвета воздухопроводящих путей приводит к дыхательной недостаточности, гипоксии, а нередко и к гибели больного. В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с ОСГ – в среднем от 1,5 до 7% от общего числа ЛОР-больных. Этиология Причинами ОСГ могут быть:

- воспалительные процессы (подскладочный ларингит,

хондроперихондрит гортани, гортанная ангина, флегмонозный ларингит), которые чаще всего вызываются респираторными вирусами в сочетании с бактериями (стрептококком, протеем, клебсиеллой, синегнойной палочкой, стафилококком, гемофильной палочкой, моракселлой);

- острые инфекционные заболевания (гриппозный стенозирующий ларинготрахеобронхит, дифтерия, корь и др.);
- травмы гортани (бытовые, хирургические, инородные тела);
- ожоги гортани (химические, термические, лучевые, электрические);
- аллергический отек гортани (изолированный отек Квинке или в сочетании с отеком лица и шеи);
- внегортанные причины (нагноительные процессы и гематомы в гортаноглотке, окологлоточном и заглоточном пространствах – паратонзиллярный, заглоточный абсцесс);
- ларингоспазм различной этиологии (при эндоскопических вмешательствах, гипопаратиреозе и истероипохондрическом синдроме).

**Классификация и клиническая картина.** Классификации ОСГ чрезвычайно разнообразны и основываются, прежде всего, на клинической картине, анатомо-морфологических особенностях гортани и времени развития ларингостеноза, а также на этиологии процесса. Несмотря на вариабельность клинической картины различных форм ОСГ, доминирующим фактором, определяющим тактику лечения, является степень нарушения дыхания. В зависимости от выраженности дыхательной недостаточности и нарастания симптомов различают четыре степени нарушения дыхания – стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации и асфиксии. Стадия компенсации характеризуется перестройкой акта дыхания за счет регуляторных механизмов. Наблюдается урежение и углубление дыхания, укорочение или отсутствие пауз между вдохом и выдохом. Отмечается усиление сердечной деятельности как реакция на инспираторную одышку во время физической нагрузки. В покое одышка не возникает. Кислотно-основное состояние (КОС) крови: наблюдается компенсированный дыхательный ацидоз. Ширина дыхательного просвета гортани 6-7 мм. Во второй стадии (субкомпенсации) происходит мобилизация всех дыхательных механизмов. В покое появляется инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц. В покое заметен стридор (дыхательный шум), отмечается бледность кожи, беспокойство больного. Пульс учащен, напряжен, артериальное давление нормальное или повышенное. ТГСИ Кафедра оториноларингологии. Острые стенозы гортани КОС крови изменяется в сторону субкомпенсированного или смешанного ацидоза. Ширина дыхательного просвета 4-5 мм. При третьей стадии – декомпенсации – дыхательная недостаточность нарастает, наблюдается резко выраженная инспираторная одышка, шумный длительный вдох слышен на расстоянии, во время вдоха максимально втягиваются уступчивые места грудной клетки. Появляется акроцианоз. Артериальное давление снижено. У пациента возникает страх смерти. По мере нарастания стеноза снижается альвеолярная вентиляция. Увеличение проницаемости

клеточных мембран обуславливает нарастание отека и повреждения слизистой оболочки дыхательного тракта вплоть до отека легких. Выявляется декомпенсированный дыхательный и метаболический ацидоз. Нарушение периферической циркуляции крови усугубляет ацидоз, искажает действие некоторых лекарственных препаратов, вводимых парентерально. Ширина дыхательного просвета 2-3 мм. Следующая стадия стеноза – асфиксия. Дыхание становится прерывистым по типу Чейна-Стокса или прекращается совсем. Пульс нитевидный, тоны сердца аритмичны, плохо прослушиваются. Артериальное давление резко падает. Кожные покровы цианотичные. Зрачки расширяются, возникает экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, потеря сознания. Быстрое сужение гортани исключает компенсаторные факторы, и гибель пациента возможна, даже если и нет полной обтурации гортани. К приспособительным реакциям относится усиление кровоснабжения наиболее чувствительных к гипоксии органов, таких как головной мозг, сердце, печень, путем усиления их капилляризации и увеличения минутного объема крови. Физиологическое значение гипервентиляции состоит в обеспечении достаточно высокого градиента напряжения кислорода между альвеолярным воздухом и кровью путем увеличения интенсивности обновления альвеолярного воздуха. Интенсивность легочной вентиляции определяет и количество выдыхаемого углекислого газа. Снижение напряжения кислорода и увеличение напряжения углекислого газа в крови в условиях острой гипоксии вызывают компенсаторное увеличение легочной вентиляции, при этом меняются характеристики дыхания и КОС крови.

**Диагностика.** Клиническое обследование больных с ОСГ должно включать анализ жалоб, анамнестических данных, общеклинические методы, осмотр ЛОР-органов. Все обследования надо провести в кратчайшие сроки. Наиболее простым и распространенным методом осмотра гортани является непрямая ларингоскопия. С ее помощью оценивается состояние слизистой оболочки и структуры гортани, подвижность голосовых складок, ширина голосовой щели. Диагностика стенозов, основанная на описанной клинической картине, должна быть дополнена выяснением причины и локализации сужения. Кроме того, необходимо исключить одышку сердечного и легочного происхождения, при которой отсутствует стридор. Изобретение V. Stuckrad-Lakatos эпифарингоскопа с увеличительной оптикой позволяет осуществлять детальный осмотр гортани под пятикратным увеличением, включая гортанную поверхность надгортанника, подголосовую область, гортанные желудочки. Однако ни один из диагностических методов не заменит непосредственного осмотра гортани и трахеи. Фиброларинготрахеоскопия позволяет произвести эндоефотографию и видеосъемку гортани. Данная методика незаменима у тех категорий больных, у которых в силу анатомических особенностей (нависание надгортанника, короткий и широкий язык и т.д.) или выраженного глоточного рефлекса невозможно осмотреть гортань при непрямой ларингоскопии. Большое клиническое значение у больных с ОСГ имеет определение площади

дыхательного просвета в месте сужения. Это важно для оценки степени стеноза, определения значимости стеноза в общем состоянии пациента, определения показаний к опера Лечебное дело 4.2005 9 тивному лечению. Ранее площадь просвета гортани в месте сужения оценивалась при непрямой ларингоскопии. Врач ориентировался на личный опыт, субъективно определял адекватность просвета. В настоящее время площадь просвета гортани в месте сужения чаще оценивается при фиброскопии. Описана также методика видеостробоскопии, когда изображение гортани, записанное при помощи цифровой видеокамеры, подвергается компьютерной обработке с помощью специальной программы. Необходимо дифференцировать ОСГ со стенозом трахеи. Прежде всего, неодинаков тип одышки: при ларингеальном стенозе затруднен преимущественно вдох (одышка носит инспираторный характер), а при трахеальном – выдох (экспираторный тип одышки). Если препятствие дыханию находится в гортани, больной запрокидывает голову кзади, а при сужении трахеи он наклоняет ее вперед и предпочитает сидеть, согнувшись и упираясь руками в край кровати. При ларингеальном стенозе гортань совершает движения вверх и вниз, а при трахеальном остается неподвижной. Важно помнить, что препятствие для дыхания в гортани вызывает и охриплость голоса, в то время как при сужении трахеи голос остается чистым. Голос при стенозе гортани не меняется лишь при параличе задних перстнечерпаловидных мышц, когда связки находятся в срединном положении. Стридор и в том и в другом случае выслушивается соответственно месту сужения. Кроме того, следует дифференцировать стеноз гортани с приступом ларингоспазма, истерией, бронхиальной астмой и уреимией.

**Лечение.** Лечение ОСГ должно быть неотложным, так как промедление с назначением рациональной терапии чревато асфиксией и смертью больного. Характер назначаемых лечебных мероприятий зависит от степени и причины стеноза, тяжести течения заболевания, возраста пациента. Общепринятая тактика при лечении ОСГ: I-II стадия – проведение консервативного лечения; III стадия – наложение трахеостомы; IV стадия (асфиксия) – коникотомия. При I и II стадиях наряду с лечением основного заболевания (антибиотикотерапия, вскрытие абсцесса, гемостатическая терапия при гематоме гортани и т.д.) необходимо проведение консервативной дестенозирующей терапии. Она включает в себя гипосенсибилизирующую (супрастин, тавегил, кальция глюконат), дегидратационную (фуросемид), глюкокортикостероидную (преднизолон внутривенно, рекомендуемая суточная доза 200 мг, или дексаметазон 4-8 мг) и рефлекторную (горячие ножные ванны) терапию. Все медикаментозные препараты вводятся парентерально – внутримышечно или внутривенно. Предлагается использовать в комплексной терапии ОСГ воспалительной и аллергической этиологии ингаляции будесонида через небулайзер, эндоларингеальное вливание раствора адреналина, а также физические методы – локальное магнитное поле звуковой частоты, ларингеальный электрофорез. Однако эти методы применимы только на первой стадии ларингостеноза. В стадию декомпенсации необходимо выполнение

срочной трахеотомии или трахеостомии. Ввиду многочисленных осложнений трахеотомии (аррозивные кровотечения, подкожная эмфизема) у взрослых пациентов производят трахеостомию. На сегодняшний день трахеостомия – одна из частых операций при неотложных состояниях, выполняемая с целью создания беспрепятственного поступления воздуха в дыхательные пути с одномоментным или опосредованным вмешательством на уровне стеноза. В XX веке с целью ускорения и упрощения трахеотомии был предложен ряд методик. Так, Шелден разработал трахеотом для одномоментного введения трубки без применения скальпеля. При этом режущий мандрен-проводник чрескожно вво10 Лекции Лечебное дело 4.2005 Острые стенозы гортани дился в просвет трахеи. Однако инструмент был очень массивен и не имел рукоятки. Д.А. Араповым и соавт. трахеотом был усовершенствован и дополнен рукояткой, он представлял собой трахеотрепан с режущим мандреном. Но и этот инструмент имел ряд недостатков, среди которых – опасность разрыва задней стенки трахеи и повреждение пищевода. В.М.Комаров предложил устройство для микротрахеостомии, состоящее из иглы (угол скола иглы 30°) с продольным пазом, по которому проходит фиксационное кольцо полиэтиленового катетера. Как и другие устройства, он требовал приложения значительного усилия для вскрытия трахеи. Несмотря на разнообразие изобретений, существенным недостатком их оказалась опасность разрыва задней стенки трахеи, повреждение пищевода, ранение сосудов шеи, необходимость значительного приложения усилия при введении их в трахею. Это явилось поводом к поиску новых инструментов и методик. В течение последних 30 лет начали появляться менее инвазивные методы, например чрескожная дилатационная трахеостомия, основанная на многократном расширении пункционного отверстия с помощью дилататоров различного размера. Формирование стомы проводилось из просвета трахеи за счет трахеостомической трубки специальной конструкции. Техника выполнения процедуры оказалась довольно сложной, требующей контроля бронхоскопии. В 1999 г. был предложен модифицированный набор для чрескожной трахеостомии с использованием интродьюсера Ciaglia Blue Rhino. Предложенная модификация позволяет выполнять операцию в один этап, что значительно сокращает ее время. Однако следует учитывать, что транскутанную трахеостомию целесообразно проводить в условиях реанимационного отделения, где имеется возможность проведения бронхоскопии, интубации трахеи, седации пациента. В условиях нарастающей дыхательной недостаточности, при переходе стеноза гортани в IV стадию (асфиксии) необходимо проведение коникотомии с последующим наложением трахеостомы. Коникотомия выполняется значительно быстрее, а значит, ей должно быть отдано предпочтение в критической ситуации. Однако в ряде случаев выполнение коникотомии целесообразно и в III стадии стеноза как этапа перед последующей трахеостомией. Обоснованием предварительной коникотомии служит затруднение проведения трахеостомии в сидячем положении (а укладывание больного вызывает резкое ухудшение дыхания).

Операция в сидячем положении создает значительные сложности для хирурга и требует привлечения дополнительного ассистента. В этом случае выходом из ситуации является проведение предварительной коникотомии как этапа срочной трахеостомии. Классически коникотомия выполняется поперечным разрезом сразу через все слои в области щитоперстневидной мембраны. Для операции необходимо наличие нескольких инструментов: скальпеля, трахеорасширителя, канюли для интубации гортани. Разработаны различные устройства и наборы для коникотомии, однако несмотря на разнообразие коникотомов различной конструкции, они так и не получили распространения в практике из-за травматичности (возможности повреждения голосовых складок и задней стенки гортани) и сложности конструкции. Необходимо, чтобы при разрезе конической связки острый конец инструмента был направлен в сторону трахеи под большим углом. Однако в этом случае возможно ранение передней стенки трахеи. В связи с этим остается актуальным вопрос о разработке новых инструментальных методик, облегчающих проведение коникотомии. Таким образом, острый стеноз гортани требует экстренного квалифицированного лечения. Уметь провести коникотомию обязан врач любого профиля, так как несвоевременное оказание медицинской помощи при асфиксии может привести к гибели пациента.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ В ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ**

**Саидов Б.О.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[b.dantist@yandex.ru](mailto:b.dantist@yandex.ru)

Пьезохирургия - воздействие на костную ткань зубов при помощи потока энергии ультразвука. Энергия ультразвука в опытных руках хирурга-стоматолога, превращается в действенный инструмент для разрушения твердой ткани без нанесения вреда слизистым оболочкам рта. Зубы, как раз, и состоят из этой твердой ткани. Очень важным становится то обстоятельство, что ультразвук, как бы, рассекает твердую ткань и после такой процедуры костная ткань не разрушается. Ультразвука это значит, что процедуры наращивания, после удаления зуба, можно будет легко избежать. Пьезохирургия основывается на использовании высокоточной аппаратуры, которая и позволяет воздействовать на стоматологические проблемы. Такого вида хирургия представляет собой достойную альтернативу механической экстракции зубов из ротовой полости

Удаление зуба ультразвуком – инновационная процедура, позволяющая избавиться от проблемного участка челюстного аппарата.

При помощи энергии ультразвука, могут удаляться абсолютно любые зубы. Однако следует помнить, что обычные операции, связанные с механическим удалением зубов, также бесспорно эффективны. Поэтому к использованию ультразвука прибегают в следующих ситуациях: Если пациент

имеет определенные проблемы, связанные со свертываемостью крови. Если больной зуб пациента имеет неправильное, по отношению к другим зубам, расположение. Если пациент находится на определенном сроке вынашивания плода. Если росту зуба препятствует твердая костная ткань. Все эти случаи в стоматологической практике, являются абсолютным показанием к удалению зуба при помощи пьезохирургии. Следует также отметить, что метод применяется в детской стоматологии, поскольку дети чрезвычайно чувствительны к боли.

Неоспоримые преимущества стоматологического ультразвука:

- ✓ высокая точность действий;
- ✓ сниженная травмоопасность;
- ✓ сокращение периода реабилитации после процедуры;
- ✓ гарантия минимальных постпроцедурных проявлений (таких как отек, боли, кровотечение и пр.);
- ✓ быстрое время проведения операции;
- ✓ снижение риска распространения инфекции в обработанной области;
- ✓ возможность проведения работ в труднодоступных местах полости рта.

К преимуществам ультразвуковой процедуры относится следующее: Ультразвуковая указка способна дотянуться даже до самых труднодоступных мест в ротовой полости. Болевые ощущения пациента при процедуре сведены к минимуму и несопоставимы с теми ощущениями, которые пациент может испытывать при механическом способе удаления зуба. Ультразвуковая операция отличается малой кровоточивостью, что имеет важное значение при проведении её у пациентов с дополнительными заболеваниями, помимо стоматологических. Данный вид воздействия на костную ткань имеет небольшую продолжительность по времени. А это значит, что раны, как последствия операции, будут затягиваться значительно быстрее. Также большое значение имеет тот факт, что ультразвуковые волны имеют сильное антисептическое действие Мягкие ткани ротовой полости после такой операции не страдают. При применении бормашины, наблюдается усиление сосудистого рисунка, как во время операции, так и после неё. При такого рода воздействиях, снижается риск занесения инфекции в ротовую полость при операции. Ведь лазерная указка не соприкасается с мягкими тканями ротовой полости после ультразвуковой операции редко наблюдаются осложнения. При механическом способе извлечения зуба, такие осложнения неизбежны.

**ТИШ ОЛИШ ОПЕРАЦИЯЛАРИДА ПЬЕЗОХИРУРГИЯНИНГ  
ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

**Саидов Б.О.**

Тошкент давлат стоматология институти

[b.dantist@yandex.ru](mailto:b.dantist@yandex.ru)

Стоматология амалиётида тиш олиш операциялари энг кўп учрайдиган амалиётлардан бири ҳисобланади. Тиш олиш жараёнида қўлланиладиган анъанавий усуллар баъзи беморлар билан ишлаш вақтида бир қанча қийинчиликлар келтириб чиқаради. Жумладан: беморларнинг тиш олишда ишлатиладиган омбурлардан кўрқиши, ретенцияга учраган тишларни олишдаги қийинчиликлар ва айниқса альвеолар ўсиқнинг шикастланишлари каби асоратлар бемор учун ҳам, шифокор учун ҳам долзарб муаммолар ҳисобланади.

Илмий-технологик тараққиёт тиббиётнинг ҳам тараққий этишини талаб этади. Бу бир томондан янги материал ва ускуналарни ишлаб чиқаришни, иккинчи томондан эса шунга мос янги методларни яратишни тақозо этади.

Тиш олиш операцияларида қийинчиликлар стоматология амалиётида янги усулларни яратишни талаб этади. Тиш олиш операцияларида анъанавий усуллар қўлланилишида альвеолар ўсиқ билан боғлиқ бир қатор асоратлар кузатилади. Шунингдек, тиш олиш жараёнларида ва суякни кесиш операцияларида пьезохирургияни қўлланилгандан кейинги атроф тўқима ҳаётчанлиги ва суякдаги репаратив жараёнларни ўрганиш чуқур экспериментал ва клиник изланишлар олиб боришни тақозо этади ва шу сабаблар асосида ультратовушли технологияларни хирургик стоматологияда қўллашга асос бўлди. Пьезохирургик усуллар тиш атроф тўқимасига нисбатан атравматик усул ҳисобланади ва бу усул билан тиш олиш операциялари енгиллашади ва операция давомийлигининг қисқаришига эришилади.

**Тадқиқот мақсади** - тиш олиш операцияларида ультратовуш асосли усулни қўллаш орқали хирургик аралашув самарадорлигини ошириш.

**Материал ва методлари.** Беморлар ўртасида кўрик ўтказилди. Оғиз бўшлиғи, суяк тўқимаси, юқори ва пастки жағдаги тишлар ҳолати, рентгенологик текширув натижалари ўрганилди. Беморлар орасидан ретенцияга учраган 8 тиши мавжуд бўлган ва шу соҳада оғриқ мавжуд бўлган 10 нафар бемор ажратиб олинди. Уларда чуқур текширувлар олиб борилди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ беморларда даво анъанавий жарроҳлик усулида (долота ва элеваторлар ёрдамида), 2-гуруҳ беморларда эса пьезотом аппарати ёрдамида олиб борилди. Натижалар ўрганилди.

**Натижалар.** 1-гуруҳ анъанавий усулда даволанган беморларда асоратлар: операция майдони ва юз соҳасида шиш кузатилди, дастлабки 2 кун давомида операция майдони соҳасида оғриқлар кузатилди, айрим беморларнинг тана ҳарорати кўтарилди, жароҳатнинг битиши 8-10 кунга чўзилди, операция травматик. 2-гуруҳ беморларда асоратлар нисбатан кам, оғриқлар деярли кузатилмади, жароҳатнинг битиши 5-6 кунни ташкил қилди.

**Хулоса.** Жарроҳлик ҳаракатларининг юқори аниқлиги, атроф тўқималарга минимал зарар етказиш, ишлаш давомида совутиш тизимларининг мавжудлиги ушбу амалиётнинг қўлланилишига асос бўлди. Жароҳат жойида асоратлар кам кузатилди. Беморнинг соғайиши қисқа муддатни ташкил этди.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ Г.ТАШКЕНТА И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ

Саидова Н.З., Юнусходжаева М.К., Адилова Ш.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[nozisaid91@mail.ru](mailto:nozisaid91@mail.ru), [Adilova.shoira65@gmail.com](mailto:Adilova.shoira65@gmail.com)

Здоровье полости рта школьников не может быть обеспечено исключительно клиническими мероприятиями, поскольку на его уровень влияют также психологические и социальные факторы. Принципиальным в этих исследованиях является комплементарность применения клинических и социологических методов исследования, что позволяет проследить влияние социальных факторов на динамику стоматологического здоровья.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения стоматологического здоровья, распространенности стоматологических заболеваний и влияния на них социальных факторов нами было проведено клинко-эпидемиологическое обследование 510 школьников г.Ташкента в возрасте от 7 до 18 лет с определением индексов DAI, КПУ, КПИ. Помимо этого, методом анкетирования проведено информационно-аналитическое изучение состояния здоровья детей, частоты и структуры их заболеваемости, влияния генетически обусловленных и врожденных негативных факторов, состояния здоровья матерей во время беременности. Проанализированы также характер питания детей, их рацион, их ориентация в рациональности и сбалансированности питания, владение навыками гигиены. Это дало возможность опосредованно оценить состояние соматического здоровья, реактивность организма, знание детьми вопросов, касающихся сохранения стоматологического здоровья. Для правильного планирования лечебно-профилактических мероприятий, определения индивидуальной дифференцированной тактики ведения стоматологического больного оценка здоровья имеет важное практическое значение.

Так как при эпидемиологическом обследовании школьников наблюдалась тенденция ухудшения показателей стоматологического здоровья у школьников старшего возраста, мы сочли необходимым отдельно проанализировать состояние полости рта у обследованных по индексам DAI, КПУ, УИК, КПИ в двух возрастных диапазонах: 7-12 и 12-18 лет. Среди осмотренных школьников 7-12 лет 84,5% осмотренных детей имели различные стоматологические заболевания. Процент здоровых детей с интактными зубами и пародонтом, без зубочелюстных аномалий составил 15,5%.

Аномалии зубов, зубных рядов, окклюзии констатированы у 56,3% осмотренных. При клиническом обследовании установлено, что из общего

числа детей с зубочелюстными аномалиями у 78,9% наблюдался кариес зубов. От числа детей с аномалиями по показателям эстетического индекса DAI минимальные нарушения имели 45,8%, явные - 26,3%, тяжелые и очень тяжелые нарушения окклюзии - 27,9%. Различные вредные привычки выявлены у 15,7%, в основном у детей младших классов. Отмечается, что с увеличением возраста процент детей с вредными привычками уменьшается.

Распространенность кариеса зубов у обследованных школьников составила 76,9% со средним значением индекса КПУ  $3,9 \pm 0,03$ . Значения показателя «К» в составе КПУ постоянных зубов кариесом у школьников с возрастом увеличивается. Так, у детей 7-10 лет индекс КПУ составил  $1,6 \pm 0,02$ , у детей 11-12 лет –  $3,4 \pm 0,02$ , у подростков 13-14 лет соответствует  $5,1 \pm 0,01$ . Среди детей с кариесом зубов у 34,4% интенсивность течения процесса была низкой, у 39,8% отмечен средний уровень интенсивности и у 24,8% был высокий и очень высокий уровень. Состояние гигиены полости рта у большинства школьников было неудовлетворительное. Наличие зубного налета отмечалось у всех обследованных. Среднее значение индекса гигиены полости рта составило  $2,1 \pm 0,5$ , что оценивается как плохое гигиеническое состояние. Среднее значение индекса КПИ не превышало 2 баллов. У 15,3% детей наблюдали кровоточивость десен, у 16,1% - зубной камень в первую очередь в области первых постоянных моляров (16, 26 зубов) и нижних резцов (41, 31 зубов). Среди признаков поражений пародонта у школьников 7-12 лет наблюдалась кровоточивость десен, в то время как у подростков 13-15 лет были отмечены гингивиты наряду с кровоточивостью десен и наличием твердых зубных отложений. Пародонтальные карманы у старшей группы школьников выявлены в 5,22% случаях.

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

Распространенность кариозного процесса у подростков (81,1%) выше, чем у детей до 12 лет, с интенсивностью течения процесса по индексу КПУ  $4,3 \pm 0,03$ . С интактными зубами выявлено только 18,9% случаев. Среди подростков с кариесом зубов 47,9% имели низкий уровень интенсивности процесса, 29,1% - средний, 23% - высокий и очень высокий. Изучение состояния тканей пародонта по индексу КПИ показало, что у 72,3% подростков (от всех осмотренных) наблюдалось наличие зубного налета, а у 18,2% школьников отмечались кровоточивость, зубной камень, патологические карманы. Усредненный показатель КПИ составил  $2,07 \pm 0,02$ .

Анализ данных анамнеза о состоянии здоровья пациентов обнаружил ряд особенностей. Так, среди ближайших родственников, анкетизируемых вероятность формирования интегральной хронической соматической патологии достигает 95,6%, за счет значительной склонности к острым респираторно-

вирусным инфекциям преимущественно у 67,8%, за счет аллергических проявлений у 37,5%, хронических воспалительных заболеваний дыхательных путей у 37,5% родителей.

Аntenатальный анамнез матери во время беременности был отягощен перенесенными вирусными заболеваниями (19,1%), гистозами I и II половины беременности (35,5%). Резус-конфликт и родовая травма были выявлены у 15,2% детей.

Среди сопутствующих заболеваний, которые ребенок перенес в течение жизни, наиболее высоким был удельный вес пневмоний и отитов (47,1%), аллергических заболеваний (35,5%), хронических заболеваний дыхательных путей (21,4%), частых ОРВИ (22,5%), дисбактериозов кишечника (23,2%). Нарушение осанки выявлено у 29,8%, нарушения остроты зрения - у 21,4% анкетированных. Травматические поражения челюстно-лицевой области имели место у 59,1% детей. Хронические воспалительные заболевания зубочелюстной системы в форме периостита отмечены у 16,8% пациентов. Семейная склонность к формированию острого и декомпенсированного кариеса зубов выявлена у 39,5% пациентов.

Известно, что несбалансированное питание является одной из многих причин ухудшения здоровья детей, в результате которого в организм поступает недостаточно витаминов, минералов, незаменимых аминокислот. Результаты анкетирования показали, что дети не ориентируются в понятиях сбалансированности, рациональности и адекватности питания.

Опрос относительно употребления молочных продуктов свидетельствует о том, что 15,7% подростков вообще не пьют молоко по разным причинам. Такие молочные продукты, как сметана, творог, сыр, употребляются детьми в большинстве случаев нерегулярно и в малом количестве. Аналогичная ситуация прослеживается и при анализе употребления детьми рыбы и рыбных продуктов. По данным нашего опроса, 56,2% детей часто и беспорядочно вне основного приема пищи употребляют конфеты, печенье, другие кондитерские изделия, что является прямым нарушением противокариесной диеты. Это способствует не только избыточному насыщению организма углеводами, но и созданием кислой среды в полости рта. Все анкетированные школьники чистят зубы с помощью зубной пасты и зубной щетки. Из них только 10,4% указали, что, помимо зубов, проводят гигиеническую обработку языка; 50,3% чистят зубы 2 раза в день, остальные 1 раз в день; из них 27,0% чистят зубы после еды, 21,7% - до еды. 24% делают это по-разному и нерегулярно. Регулярно чистят зубы всего 37,2% детей.

**Выводы.** Анализ клинических обследований и анкетирования свидетельствует о высокой распространенности стоматологических заболеваний, на развитие которых влияют и общесоматическое здоровье, и мотивация к гигиене и режим питания. Для устранения выявленных проблем в детской стоматологии необходима коллегиальность в действиях врачей и родителей.

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ

Салаватова М.Ф., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Боковая киста шеи (врожденная боковая киста шеи; бронхиогенная киста (от гр. – *branchia* жабры, *kystis* – пузырь); киста второй жаберной щели), по существующим на сегодняшний день данным, встречаются в 25 % всех кист мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Бронхиогенная или боковая киста шеи возникает вследствие аномалии развития 2 или 3-й пары глоточных (жаберных) карманов на 4-6 неделе эмбриогенеза. При своем нормальном развитии бронхиогенные щели полностью облитерируются. В случае их незаращения образуются жаберные свищи, а при закрытии просвета щели с двух сторон создаются условия для формирования бронхиогенной кисты.

В связи с редкостью бронхиальных кист шеи и особенностями их ультразвуковой диагностики, влияющими на тактику оперативного лечения, приводим наши наблюдения.

**Цель исследования** - усовершенствование метода ультразвукового исследования при обнаружении боковых кист шеи.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе кафедры Онкологии и медицинской радиологии Ташкентского государственного стоматологического института. В данном исследовании участие приняли 56 пациентов имеющие бронхиальные кисты шеи (средний возраст  $12 \pm 2$  года) (диапазон от 1 до 52 лет). Женщины,  $n=32$  (57,1%), мужчины,  $n=24$  (42,9%). Исследования проводились с использованием приборов SLE-501 (Литва) и Affinity-70 (Philips, Голландия) с линейными датчиками 7,5 и 12 МГц, в горизонтальном положении пациента со слегка запрокинутой головой. Сканирование начинали из надподъязычной области во фронтальной плоскости с постепенным наклоном датчика кзади для визуализации тканей подподбородочной области, дна полости рта, тела и корня языка, подъязычной кости. При выявлении изменений плоскость сканирования выбиралась произвольно для получения максимально полной информации об области интереса.

Боковые кисты шеи классифицируют по их локализации. Bailey H. (1929): Тип 1 – поверхностные, глубже подкожной мышцы, кпереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы; тип 2 – примыкающие к внутренней сонной артерии и плотно прилегающие к внутренней яремной вене (встречаются наиболее частое); тип 3 – находится между внутренней и наружной сонными артериями; тип 4 – примыкающие к стенке глотки и потенциально распространяющиеся вверх к основанию черепа.

**Результаты исследования.** Исходя из классификации по локализации боковых кист шеи, после исследования пациенты были разделены на 4 группы: I-тип – 15 человек (26,7%), II- тип – 19 человек (33,6%), III- тип – 13 человек (23,2%), IV- тип – 9 человек (16,07%).

При кистозных образованиях шеи с помощью метода ультразвуковой диагностики оценивались размеры образования, его локализация, контуры и толщина стенок, эхотекстура, внутренняя эхогенность, кровоток во время цветного доплеровского картирования. Боковые кисты при УЗИ визуализируются в виде кистозных образований овальной или округлой формы, имеющие ровные четкие контуры. Оболочка кисты имеет вид гипер- или изоэхогенной линейной пограничной структуры. Толщина оболочки у некоторых пациентов варьирует в разных участках кисты и достигает до 1,0 см вследствие воспалительного процесса.

**Вывод.** Клиническая картина и особенности визуализации, включая анатомическое расположение, протяженность, внутренний состав и кровоснабжения кистозного образования, оцениваемые с помощью сонографии, помогают в постановке точного диагноза боковых кист шеи.

### ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ МОЛОДЕЖИ В ПРИМЕРЕ ТГСИ

**Сатвалдыева А.А., Шукурова Л.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Энергетические напитки стали популярными среди молодых людей. Возросшая в последнее время популярность энергетических напитков обоснована их хорошими вкусовыми качествами и наличием бодрящего эффекта. Однако при пристальном изучении их воздействия стало понятно, что есть и обратная сторона медали.

**Цель работы** - изучить распространенность употребления энергетических напитков среди студентов медицинского вуза и его влияния на сердечно сосудистую систему.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в ТГСИ среди 100 студентов медиков 3 курса стоматологического факультета в возрасте 20-24 лет. В исследовании участвовали только студенты, которые не имели ранее заболевания щитовидной железы, анемию и не было выявлено ранее повышения АД. Из них 70% мужчины, 30% женщины. Среди исследуемых респондентов было проведено анкетирования, измерения АД и ЧСС.

**Результаты.** Среди 100 студентов 71% употребляли энергетические напитки. Из них 38% респондентов энергетические напитки употребляли каждый день по 1-2 банки. 5% студентов никогда не употребляли энергетические напитки. Большинство из них употребляли для бодрствования в ночное время. Несколько респонденты энергетические напитки употребляли как газированный напиток утоляющий жажду. У 62% студентов было выявлено синусовая тахикардия с ЧСС -90-115 уд в мин. Из них 45% мужчины, 62% женщины. Среди 14% студентов было выявлено повышенная АД 140/90 – 150/95. Почти все студенты не замечали тахикардию и повышенную АД. Большинство респондентов считали, что энергетические напитки плохо

действует на организм, но серьезно не обращали на это внимания.

**Выводы.** После исследования было доказано, что энергетические напитки неблагоприятно влияют на организм человека. Употребляя энергетические напитки, человек обманывает собственный организм. Кардиоваскулярные состояния, которые могут проявляться при злоупотреблении энергетическими напитками, включают в себя сердцебиение, боли в груди, учащенный пульс, нарушения сердечного ритма и гипертензию. В энергетических напитках содержится много кофеина, который может изменять эластичность кровеносных сосудов и тем самым способствовать заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Чтобы уменьшить употребления вредных напитков надо чаще оповещать их вред на организм.

**СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ НИСБАТАН ЭРТА  
БОСҚИЧЛАРДА БЕМОЛЛАРИНИНГ ПСИХОЛОГИК СТАТУСИ ВА  
ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ**

**Сатуллаев М.М., Мунавваров Б.А., Бабажанова Н.Р.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Сурункали буйрак касаллиги беморларда экзистенциал хавф солувчи асосий муаммолар юз кўрсатиши билан бирга бу каби кутилмаган ҳолатлар кучли стресс юзага келтириб у беморнинг психологик статусига ва ҳаёт сифатига салбий таъсирлар оқибатда сурункали буйрак етишмовчили беморларининг ҳаётида яққол психосоциал муаммоларни юзага келтирмоқда. Бу ўз навбатида шундоқ ҳам даволаш қийин бўлган СБЕ беморларини психологик ҳолатига негатив таъсир этади ва оқибатда пасайган ҳаёт сифатини янада қийинлаштиради. Шунинг биз сурункали буйрак касаллигининг диализ олди давридаги беморларнинг психологик статусини ўрганиш ва ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича тадқиқотларни олиб боришни лозим топдик.

**Тадқиқот мақсади** - сурункали буйрак касаллиги беморларнинг психологик статуси ва ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш.

**Тадқиқот материали ва услублари.** Тадқиқот учун турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган СБК нинг III босқичидаги 65 нафар бемор олинди (креатинин бўйича КФТ 15-59 мл/мин/м<sup>2</sup>). Беморларнинг ўртача ёши 38±3.1 ни ташкил этади. Беморларга буйрак касалликларини ташхислаш ҳамда буйрак фаолиятини баҳоловчи бир қатор умумклиник ва биохимик текширувлар билан бир қаторда беморларнинг рухий ҳолати, ҳаёт сифати ва ижтимоий мосланиш жараёнлари (n=65) гуруҳда ўрганилди. SF-36 бўйича ҳаёт сифатини баҳоловчи услуб унинг пасайишига таъсир қилувчи деярли кўпгина параметрларга ўз ичига олади. Психологик статусни баҳолаш учун барча беморларда психологик тест ўтказилди. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморларнинг шахсияти ва ҳавотирга таъсирчанлик даражаси Спилбергер шкаласи бўйича баҳоланди.

**Натижалар муҳокамаси.** Тадқиқот гуруҳларидаги СБК III босқич беморларида SF-36 бўйича ҳаёт сифатини баҳоловчи услуб параметрларида эса

нисбатан яққол ва ишончли кўрсаткичлар ( $p < 0,005$ ) эмоционал (RE 40,5+32,7), физик холатлар (PF 54,9+48,6), психик соғлом (MH 65,1+15,2) ва реал (VT 3+1,1) кўрсаткичларида намоён бўлди. СБК III босқич гурухларида шахсиятдаги хавотирлик кўрсаткичи 7 (11,8%) нафар беморда юқори даражада, 17 (26,2%) нафар беморда хавоторлик ўртача даражада, қолган 41 (63,1%) беморларда эса хавотирлик паст даражадаги қайд этилди. Юқори даражада вахимага реактивлик (реактивной тревожности) кўрсаткичи 25 (38,5%) нафар беморда кузатилиб, 22 (33,8%) беморларда ўртача даражадаги вахимага реактивлик, 18 (27,7%) нафар беморда эса паст даражадаги вахимага реактивлик кўрсаткичи намоён бўлди. СБК III босқич беморларимизда HADS вахима ва депрессия госпитал шкаласи ёрдамидаги текширувларда клиник яққол ифодаланган вахима 16 (24,6%) беморларда, субклиник ифодаланган вахима холати эса 31 (47,7%) беморлар намоён бўлди. Вахима шкаласи бўйича 18 (27,7%) беморларда меъёрий кўрсаткичлар қайд этилди. Тадқиқод натижалари бўйича олинган маълумотлар Спилбергер шкаласи бўйича вахимага реактивликка мос келади. HADS шкаласи бўйича клиник яққол ифодаланган депрессия 6 (9,2%) беморда, 28 (43,1%) нафарида эса субклиник ифодаланган депрессия ва қолган 31 (47,7%) беморларда меъёрий кўрсаткичлар кузатилди.

**Хулосалар:**

1. Сурункали буйрак касаллигининг нисбатан эрта даврларида ҳам беморларнинг психологик статуси салбий томонга ўзгаради ва хаёт сифати ёмонлашади.

2. Касалликнинг Сурункали буйрак касаллигининг нисбатан эрта босқичларида клиник психологлар ва психотерапевтлар СБК беморлари билан психокоррекция ва психотерапевтик ишлар олиб боришлари керак.

**ПРЕИМУЩЕСТВА ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХ ФРЕЗЕРОВАННЫХ ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ**

**Сафаров М.Т., Рихсибоев М.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В современной имплантологии востребовано использование временных пластмассовых протезов на период изготовления металлокерамических (керамических коронок и мостовидных протезов). Целесообразность покрытия абатментов имплантатов временными коронками обусловлена возросшими требованиями пациентов к эстетическим и функциональным аспектам периода протезирования, а также в ряде ситуаций - необходимостью формирования контура десны вокруг имплантата.

В настоящее время подавляющее большинство несъемных пластмассовых протезов изготавливаются лабораторным путем из термополимеризуемой пластмассы. На сегодняшний день в целях изготовления временных пластмассовых коронок применяется технология фрезерования из

пластмассовых блоков на CAD/CAM оборудовании.

**Цель исследования** - клиническое обоснование временных фрезерованных пластмассовых протезов в дентальной имплантологии.

**Материалы и методы исследования.** Проведено наблюдение за состоянием временных пластмассовых протезов у 22 пациентов с частичным отсутствием зубов (48 коронок и искусственных зубов с опорой на имплантаты и зубы). Среди пациентов было 12 женщины и 10 мужчин; средний возраст  $44 \pm 1,8$  года. Сроки функционирования временных протезов от 2 до 6 мес. Протяженность временных протезов не превышала 5-6 единиц.

По технологии изготовления протезы делились на:

- изготовленные методом лабораторной термополимеризации из пластмассы "Синма" ("Стома", Украина) с фиксацией на цемент - I. группа Л/п (13 пациентов, 65 единиц)

- изготовленные методом CAD/CAM фрезерования из блоков пластмассы "Vita CAD-Temp" ("Vita", Германия) с фиксацией на цемент - II. группа Фр (9 пациентов, 53 единицы). Наблюдение за состоянием временных протезов и прилегающей десны осуществлялось с использованием клинических критериев качества протезирования, отражающих прочность, цветостабильность, окклюзионные взаимоотношения, биосовместимость, гигиеничность протезов. Кроме того, анализировались индексы РМА, ИГ, измерялось количество десневой жидкости у опорных зубов и имплантатов, проводилась лазерная доплеровская флоуметрия с использованием "ЛАКК-02" (Россия) для изучения микроциркуляции в тканях пародонта и периимплантатных тканях.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среднее количество осложнений в группах с лабораторно полимеризованными и с фрезерованными протезами составило 35,9 и 9,1% на этапах завершающего контроля через 3 и 9 мес соответственно технологии. Таким образом, эффективность временного протезирования в группах лабораторной полимеризации и фрезерования равнялась 64,1 и 90,9% соответственно. Разница в эффективности по сравнению с фрезерной технологией составила в группе лабораторной полимеризации 74,7%.

Преимущество фрезерной технологии было явным по всем качественным показателям протезов: по прочности (45,1% в группе Л/п и 22,4% в группе Фр), отрицательному влиянию на десну (62,8% в группе Л/п и 14,3% в группе Фр), расцементировкам (37,2% в группе Л/п и 9,5% в группе Фр), низкой эстетике (60,8% изменения цвета и поверхности протезов в группе Л/п против 19,0% в группе Фр), недостаточному пережевыванию пищи (стираемость окклюзионных контактов у 35,3% в группе Л/п и 4,8% в группе Фр), частым переделкам (27,5% в группе Л/п и 14,3% в группе Фр)

Клинические данные подтверждаются индексной оценкой периимплантатных тканей при использовании временных протезов, а также результатами дополнительных методов обследования.

Так, исходный индекс гигиены исходный индекс РМА 21,1% в указанных группах становился равным 29,6% и 25,8%; индекс кровоточивости с исходного

значения  $0,3 \pm 0,1$  балла ухудшался до  $0,8 \pm 0,2$  в группе Л/п и  $0,6 \pm 0,1$  в группе Фр. Глубина пародонтальных карманов не изменялась в период контроля пациентов в группах Л/п и Фр. Исходное количество десневой жидкости  $1,94 \pm 0,22$  мм в группе Л/п увеличивалось до  $3,32 \pm 0,46$  мм, в группе Фр - до  $3,00 \pm 0,62$  мм. Показатель микроциркуляции М  $16,50 \pm 1,20$  усл. ед. ухудшался до  $16,10 \pm 0,60$  усл. ед. в группе Л/п и  $16,30 \pm 0,4$  усл. ед. в группе Фр.

**Вывод.** Полученные сведения демонстрируют очевидные преимущества фрезерованных временных пластмассовых протезов в ходе протезирования на имплантатах, что позволяет рекомендовать их во всех случаях временного протезирования на имплантатах, особенно при планируемом сроке эксплуатации свыше трех месяцев. Применение термополимеризуемых пластмасс допустимо при более коротких сроках временного протезирования.

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т., Батырова С.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** В последние 2 года у больных увеличивается количество атипично протекающих остеомиелитов. У таких пациентов выявляются осложнения в виде выраженного остеонекроза, рецидивирующего гнойно-некротическим процессом, дефекты верхней челюсти, поли / пансинусит. У больных с осложнениями остеомиелита челюсти лечение съемными зубными протезами составляют трудности из-за анатомических и функциональных нарушений в полости рта.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии у 17 пациентов с диагнозом: остеомиелит верхней челюсти. Средний возраст пациентов составил 53 года, из них 11 мужчины (64,7%) и 6 женщины (35,3%). Всем больным было проведен МРТ черепа с ангиографией. Изучили изменение костей верхней челюсти: провели измерение на срезах общей плотности губчатой структуры костей. Для сравнения использовали показатели костей с физиологической плотностью.

**Результаты и их обсуждение.** При магнитно-резонансной томографии показатели (МРТ) свидетельствует о снижении плотности кости, деструкции, утончение стенок пазух и секвестрации кости на поздних стадиях. Плотность средних зон лица в этих случаях уменьшалась более чем 100 НУ, для оптимального протезирования плотность кости должно составлять 800 НУ. Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что у пациентов с осложнением остеомиелита требуется предортопедическая подготовка.

**Вывод.** По проведенным исследованиям выявлено, что плотность кости у пациентов с осложнением остеомиелита верхней челюсти не позволяет выполнить ортопедическое лечение, а требует дальнейшего лечения по ее

повышению.

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ  
ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ  
ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТАХ**

**Сафаров М.Т., Ахмаджонов М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Частыми осложнениями при протезировании несъёмными мостовидными протезами, опирающиеся на дентальные имплантаты относится перимплантит - патологический процесс (травматический, резорбтивный, воспалительный, язвенный) в зоне расположения имплантата. Это осложнение может возникать как в ранние, так и в поздние сроки после имплантации и протезирования. Наиболее вероятной причиной развития перимплантита может быть проникновение инфекции полости рта в зону контакта имплантата с костью.

При изучении микробиологического статуса у обследованных обнаруживалась определенная взаимосвязь изменений микрофлоры полости рта и клинической формы перимплантита. Так, микрофлора полости рта при легких формах переимплантита включала все таксономические группы микроорганизмов, определяемые у здоровых лиц. Частота их выявления почти не отличалась от нормы, незначительные изменения не носили закономерного характера (аэробные и анаэробные грамположительные и грамотрицательные микробы). Близкие к этим результаты были получены и при количественном изучении содержимого полости рта, хотя в отношении отдельных групп бактерий выявлялась разница, проявляющаяся в снижении КОЕ/мл для стрептококков «salivarius» (с 7,4 до 5,4), пептококков с (7,0 до 5,5) и, напротив, повышении концентрации фузобактерий с 2,8 до 5,7 и «одонтогенных» бактероидов с 3 до 4,8 ( $p < 0,05$ ).

При средней степени тяжести перимплантита количество большинства видов и групп, составляющих нормальную флору полости рта, было снижено: зеленающих стрептококков с 100,0 до 68,5% ( $p < 0,01$ ), стафилококков с 90,0 до 45,7% ( $p < 0,01$ ), дифтероидов с 55,0 до 5,7% ( $p < 0,01$ ), нейссерий с 90,0 до 37,1% ( $p < 0,01$ ). Менее значительно ( $p > 0,05$ ) уменьшалось количество пневмококков (25,0 до 14,3%), лактобактерии (с 90,0 до 68,5%). При незначительном снижении общего количества бактероидов до 83,3%, заметно менялся их видовой состав: если у здоровых и у больных переимплантитом легкой степени преобладали *Pr. melaninogenicus*, то при средней тяжести частота их выделения резко снижалась, а количество одонтогенных анаэробов возрастало с 10,0 до 83,3% ( $p < 0,05$ ). Отмечено также увеличение частоты высеваемости грибов рода *Candida* с 25,0 до 50,0% ( $p > 0,05$ ).

У больных с тяжелыми формами переимплантита отсутствовали гемофилы, пневмококки, другие кокки; во много раз ниже была высеваемость незеленающих стрептококков, стафилококков, дифтероидов, нейссерий, вейллонелл ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ). При этом увеличивалась частота выявляемости

грибов рода *Candida* (с 15 до 50,0%) и одонтогенных бактериоидов (с 10,0 до 83,3%). Количество зеленящих стрептококков было меньше, чем у здоровых в 2,3 раза, стафилококков - в 4,3 раза, нейссерий - в 3,6 раза, лактобацилл - в 2,6 раза, вейллонелл - в 2 раза. В то же время, в 2 раза возросла концентрация фузобактерий, в 3,2 раза - актиномицетов. Общее количество бактериоидов возросло в 1,6 раза, из них одонтогенных - в 1,7 раза. У 5 (16,6%) больных при исследовании выявлены трихомонады, спирохеты и спираиллы (последние – лишь в 6,6%).

Таким образом, микробиологические исследования показали, что у больных периимплантитом биоценоз ротовой среды существенно нарушается. Наиболее выраженные нарушения микрофлоры, которые носят характер дисбиоза, отмечаются у больных с тяжелой степенью заболевания. Результаты клинико-микробиологических исследований больных свидетельствуют о том, что степень нарушений биоценоза полости рта взаимосвязана с клинической формой перимплантита. При этом было обнаружено, что дисбиотические сдвиги утяжеляют клиническую картину заболевания.

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАЧЕСТВА И ДОЛГОСРОЧНОСТИ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ**

**Сафаров М.Т., Ташпулатова К.М., Рузимбетов Х.Б., Ахмаджанов М.**  
Ташкентский государственный стоматологический институт

Протезирование несъемными конструкциями наиболее распространено у пациентов, обратившихся за имплантологическим лечением, в силу ряда причин и, прежде всего, психологических преимуществ. Страх перед ортопедическими манипуляциями по препарированию зубов под опорные коронки и угроза повредить здоровью твердых тканей и пульпы опорных зубов является не менее существенным доводом в пользу ДИ.

По мнению I. Finger, O. H. Сувор, литература по дентальной имплантации в основном отражает хирургические аспекты, а проблемы протезирования освещаются недостаточно, хотя замещение дефектов зубных рядов является конечной целью дентальной имплантации.

Не случайно Н. Grafelman свидетельствует, что около 60% неблагоприятных исходов внутрикостной имплантации обуславливаются именно отсутствием четкого представления о методиках протезирования на имплантатах, так как они требуют по-настоящему другого, более высокого уровня качества.

Для успешного имплантологического лечения с применением несъемного протезирования необходимо соблюдение ряда требований:

1. При планировании лечения необходимо проводить восстановление всех отсутствующих зубов обеих челюстей

2. Необходимо планировать введение адекватного количества дентальных имплантатов, которое в идеальных условиях должно соответствовать количеству отсутствующих зубов (имплантат - зуб).

3. Протезы, опирающиеся на имплантаты, имеют определенные особенности восстановления окклюзионных взаимоотношений, которые необходимо соблюдать в любом случае.

4. Восстановительные конструкции протезов должны изготавливаться методом литья с последующей облицовкой фарфором или пластмассой.

При конструировании несъемного протеза следует стремиться моделировать жевательную поверхность коронок на 1/3 меньше площади естественных зубов при умеренно выраженном экваторе (M.L.Perel), промежуточную часть мостовидного протеза создавать сердцеобразной или пулеобразной формы (С.М.Weiss), без выраженных бугров и бороздок на жевательной поверхности для профилактики чрезмерных нагрузок, воспалительных реакций тканей протезного поля под телом мостовидного протеза, а также для исключения расшатывающих перегрузок из за блокирования движений нижней челюсти. Придесневую поверхность промежуточной части следует моделировать таким образом, чтобы максимально облегчить гигиенический уход. Оптимальной конструкцией в имплантологии считают комбинированную жевательную поверхность несъемных протезов, где моделируют металлическими только окклюзионные площадки на местах передачи вертикальной нагрузки на имплантат. Это позволяет сохранить высоту прикуса и облегчить «притирание» жевательных поверхностей зубных рядов (О.Н.Суров). В то же время P.I.Branemark, B.O.Hansson, R.Adell, V.Lekholm, B.Rockier и другие поддерживают использование акриловой пластмассы на окклюзионной поверхности, а S.D.Jones, F.R.Jones, S.K.Rhodes поддерживают использование керамики. D.D.Davis, R.Rimzott, G.A.Zarb обнаружили, что при ударных воздействиях акриловая пластмасса уменьшает нагрузку на каркас протеза и имплантат, в то время как при статических или неударных состояниях, таких как скрежетание зубами или сильное сжатие челюстей, фарфор уменьшает давление на каркас и имплантаты.

В 1989 г. Misch предложил 5 разных опций протезирования в имплантационной стоматологии 6•7 (блок 4-1). Первые три вида - несъемные протезы, обозначаемые как НП-1, НП-2 и НП-3. Они могут замещать зубной ряд частично или полностью и быть винтовыми или цементированными. Эти опции используются, чтобы сообщить информацию о внешнем виде окончательного протеза всем членам имплантационной команды, они зависят от объема замещаемых мягких и твердых тканей. Общим для всех несъемных протезов является невозможность для пациента их снять.

НП-1 - это несъемная реставрация, которая замещает только анатомические коронки отсутствующих естественных зубов. Потеря мягких и твердых тканей обычно минимальна. Объем и расположение сохранившейся кости часто позволяют идеально разместить имплантат; его положение сходно с

положением корня естественного зуба. Завершенная реставрация похожа по размеру и контуру на большинство традиционных несъемных протезов, используемых для реставрации или замещения коронок естественных зубов. НЛ-2 устанавливается для реставрации анатомической коронки и части корня естественного зуба. Объем и топография сохранившейся кости определяют вертикальное расположение имплантата, которое отличается от НП-1. Он более апикален по отношению к цементно-эмалевой границе естественного зуба. В результате режущий край находится в правильном положении, но десневая треть коронки увеличивается обычно в апикальном и язычном направлении по сравнению с естественным зубом.

Внешне НП-3 - это несъемная реставрация, замещающая коронки естественных зубов и часть мягких тканей. Как и в случае с НП-2, начальная высота доступной кости уменьшается в результате естественной резорбции или остеопластики к моменту установки имплантата.

**Выводы:** Согласно вышеизложенному, способом и методам лечения и прогнозирования качества, и долгосрочности несъемного протезирования на имплантатах следует отметить преимущества данного способа:

1. Восприятие имплантата в качестве собственного зуба, влияющее на благоприятное психологическое состояние пациента.
2. Уменьшение застревания пищи.
3. Уменьшение поддержки (никаких аттачментов для изменений или подгонки).
4. Срок службы (столько же, сколько функционируют имплантаты).
5. Накладные расходы аналогичны перекрывающим протезам, полностью поддерживаемым имплантатами.

### **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ**

**Сафиев А., Янгиева Н.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт.

**Актуальность.** Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является лидирующей причиной ухудшения качества жизни и до 8,7% от всех случаев полной слепоты в мире у лиц старшей возрастной группы. В ближайшем будущем увеличение числа людей старше 60 лет неизбежно вызовет увеличение распространенности ВМД. Кроме того, в условиях пандемии COVID 19 значительно усложнился процесс профилактических осмотров населения на предмет выявления ВМД, работа по диспансеризации и своевременному лечению пациентов с ВМД. Что неизбежно приведёт к росту пациентов с запущенными стадиями ВМД.

Все это заставляет рассматривать ВМД как значимую медико-социальную проблему, требующую адекватных решений. Особенно актуальным является изучение возможности раннего выявления, а также профилактики ВМД, что снизит процент слабовидения и слепоты от данной

патологии в нашей Республике.

**Цель исследования** – провести анализ состояния по раннему выявлению и профилактике ВМД в первичном звене здравоохранения (ПЗЗ).

**Материалы и методы.** Для проведения анализа, проводилось анонимное опрос-анкетирование 200 врачей-респондентов: из общей численности респондентов, принявших участие в анкетировании, семейные врачи составили 53% (106), врачи-офтальмологи – 47% (94). Проводился анализ 200 амбулаторных карт пациентов с ВМД, находящихся под наблюдением в Многопрофильной поликлинике Мирзо Улугбекского района города Ташкента, а также анализ 186 амбулаторных карт пациентов, направленных в частную офтальмологическую клинику ООО «Vedanta medical» города Ташкента для обоснования диагноза «ВМД».

Применялись социологический метод анкетирования, экспертный и статистический методы.

**Результаты и обсуждение.** В существующей системе первичного выявления ВМД в ПЗЗ: не выявляются группы риска возникновения и даже группы с риском утраты зрения; отсутствует направленность на раннее выявление, так как 71% респондентов выявляют ВМД при самостоятельном обращении, а не в ходе диспансеризации и лишь 34% на ранней стадии ВМД.

Диспансеризация населения, с имеющимися факторами риска проводится лишь в 28,3% СВ и 57% офтальмологами; 83% врачей не выполняют необходимый объем исследований; только 9% врачей проводят просветительскую работу; не обеспечивается качественный мониторинг, не проводится профилактика ВМД.

Недостатками существующей модели организации ПМСП при ВМД являются: в 65% недостаток времени для полноценного обследования; в 41% отсутствие необходимого оборудования; не обоснованность направления в СЗЗ в 60,8%; отсутствие ответственности и оценки контроля эффективности диспансеризации; отсутствие преемственности между звеньями здравоохранения.

**Заключение.** Существующая система организации раннего выявления и профилактики ВМД в нашей республике недостаточна. Необходима разработка программ по определению групп риска и раннему выявлению ВМД, по организации профилактики и качественной диспансеризации.

### **ПОСТКОВИД СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК- БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ**

**Собирова Г. Н., Бафоева З. О., Манзитова В. Ф.**

Тошкент тиббиёт академияси

**Долзарблиги.** Коронавирус пандемияси даврида, бу касалликнинг полиорган зарарланиш хусусияти борлиги ҳақида кўплаб қарашлар бор эди. Вақт ўтиб бу фикрлар ўз исботини топди. Бошқа органлар сингари жигар зарарланиши ҳам бундан мустасно эмас эди. Чунки пандемия даврида

лаборатор текширувларда цитолитик кўрсаткичларнинг ғайритабиий ошиши, жами касалларнинг 19% ташкил қилар эди.

**Мақсад** - COVID-19 билан касалланган беморларнинг даволанишгача ва даводан кейинги клиник биокимёвий таҳлилларини ўзаро таққослаш.

**Материаллар ва усуллар.** Республика махсус 2- сонли Зангиота касалхонасида ётиб даволанган 110 нафар беморни, даводан кейин, октябрь ойида 67 та беморни танлаб олинди. Тадқиқотдаги 110 нафар бемор шикоятлари ва қоннинг биокимёвий таҳлили ўрганилди, 3 ойлик медикаментоз (урсодезоксихолик кислота 250 мг, кунига **10/мг/кг**, овқатдан олдин,) даводан кейин 67 касалларнинг шикоятлари ва цитолитик кўрсаткичлар (АЛТ ва АСТ) натижаларини таҳлил қилдик ва маълумотларни ўзаро таққосладик.

**Олинган натижалар.** Касаллар орасида касалликнинг дастлабки кунларида умумий ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, кунгил айниши, қусиш, таъм ва ҳид бузилиши каби шикоятлар билдиришган. 3 ойдан кейин, улар хотира пасайиши, тирноқлар синувчанлиги, соч тўкилиши, мушакларда оғриғи каби турли орган ва системалар фаолияти бузилишига хос шикоятларни айтиб ўтишди.

Ферментлар яъни АЛТ ва АСТ динамикаси максимал даражаси касалхонада даволанишнинг 5-кунига тўғри келди. Даволашдан олдин ўртача АЛТ даражаси  $43,4 \pm 31,59$  ни, кейин 5-кунги ўртача даражаси  $102,59 \pm 75,93$  ни, 3 ойдан кейин жигар аминотрансферазаларини кузатиш шуни кўрсатдики, ўртача АЛТ даражаси нормал қийматлар доирасида бўлиб,  $34,55 \pm 13,52$  ни ташкил қилади.

Даволашдан олдинги ўртача АСТ даражаси  $37,57 \pm 27,43$  ни, 5-кунги ўртача даражаси  $65,79 \pm 47,95$  ни, 3 ойдан кейин жигар аминотрансферазаларини кузатиш шуни кўрсатдики, ўртача АЛТ даражаси нормал қийматлар доирасида бўлиб,  $21,6 \pm 8,55$  ни ташкил қилади.

Беморларнинг умумий гуруҳида 3 ойдан сўнг, ўртача жигар ферментларининг меъёрлашуви кузатилиб, айрим яъни 22 беморда кўрсаткичлар юқорилигича қолиши кузатилди.

**Хулоса.** Олиб борилган кузатувлардан бизга шу маълум бўлдики, медикаментоз реабилитациядан кейин, беморларнинг катта қисмида ижобий ўзгаришлар кузатилди. Қолган 22 та беморда эса цитолитик кўрсаткичлар ўз меъёрига қайтмагани кузатилиб, бу ўз навбатида кузатувларни давом эттиришни тақазо қилади.

### АНАЛИЗ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РОЗАЦЕА

Соипов Ш., Агзамходжаева С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Розацеа - хроническое воспалительное заболевание кожи лица. В структуре дерматологической патологии розацеа составляет от 2% до 10%. Недавние исследования показали, что розацеа часто встречается у людей с широким спектром расового/этнического происхождения и типов кожи. На

более темных типах кожи отмечается поздняя диагностика заболевания из-за трудности распознавания эритемы и телеангиэктазии. В литературе имеется множество исследований, изучающих параметры общего анализа крови (ОАК) как маркеры системного воспаления. Обнаружено, что соотношение нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), соотношение тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), индекс системного воспаления (SII) были связаны с прогнозом и клинической тяжестью течения различных заболеваний.

**Целью исследования** было изучить показатели ОАК и маркеры системного воспаления у пациентов с розацеа.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 60 пациентов с диагнозом розацеа в возрасте от 19 до 63 лет, средний возраст составил  $37.5 \pm 14.7$  лет. Группу контроля составили 35 здоровых, аналогичных по возрасту и полу. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 16 лет.

**Результаты исследования.** Эритемато-телеагиэктатический подтип регистрировался у 34 больных (57%), папулопустулезный подтип - 26 (43%), у 1 больного диагностирована ринофима.

Были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0.05$ ) по следующим показателям ОАК: общее количество тромбоцитов (PLT) в группе сравнения было выше, чем в группе контроля, и составило  $297,7 \cdot 10^9/L$ , отношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) составило 169,4 в группе сравнения и 117,5 в группе контроля, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR) - 2,92 в группе сравнения и 1,9 в группе контроля, индекс системного иммунного воспаления (SII) – 925,6. По сравнению с контрольной группой показатели PLT, PLR и NLR у пациентов с розацеа были значительно выше.

**Выводы.** Таким образом, биомаркеры системного воспаления у пациентов с ранней стадией розацеа могут считаться полезными прогностическими индикаторами заболевания. Эти показатели могут предоставить надежные и удобные предикторы для выявления пациентов, которым будет своевременно поставлен диагноз и начато лечение.

### ДИАГНОСТИКА СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Сотиволдиева Д.Х., Валиев Ш., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние несколько десятилетий отмечается рост встречаемости врожденных пороков шеи и лица, что, возможно, связано с ухудшением экологической ситуации в мире, главным образом повышением радиационного фона, а также широким спектром различных экзогенных и эндогенных факторов, могущих оказывать тератогенное действие. Кисты и свищи шеи составляют около 1,4% больных клиник челюстно-лицевой и 2,4% больных оториноларингологических стационаров. Истинное количество подобных пациентов определить довольно сложно, так как их лечением, кроме оториноларингологов и стоматологов, занимаются онкологи, детские и общие хирурги. Несмотря на длинную историю изучения разбираемой патологии,

вопрос о срединных кистах и свищах шеи все еще является актуальной проблемой, поскольку этиология, патогенез и методы лечения этих образований остаются недостаточно разрешенными.

Хотя срединные кисты и свищи шеи относятся к врожденным аномалиям, однако они редко обнаруживаются с момента рождения и появляются позднее в детском или подростковом возрасте или даже у взрослых людей. Подобный феномен исследователи связывают с тем, что срединные кисты растут медленно, в среднем 8-10 лет, не достигая больших размеров. Подчеркивается, что наиболее часто промежуток времени от появления первых симптомов до обращения к врачу составляет от 6 месяцев до 3 лет. О генезе срединных кист и свищей шеи было высказано несколько точек зрения. В частности, в литературе широко обсуждается мнение, согласно которому своим происхождением указанные патологические образования обязаны задержке обратного развития (редукции) эмбрионального щитовидного протока. Р.И.Венгловский, напротив, утверждал, что щитовидного протока у человека не существует. По его мнению, в процессе развития щитовидной железы образуется клеточный тяж без просвета внутри. Кроме того он допускал возможность развития срединных кист шеи из элементов эпителия дна полости рта.

В целях диагностики и дифференциальной диагностики срединных кист и свищей шеи проводятся параклинические исследования, позволяющие исключить специфический характер патологических образований передней поверхности шеи. Используется метод контрастного исследования, хотя многие авторы отмечают трудности качественного выполнения данной процедуры из-за невозможности заполнения контрастным веществом свищевого хода на всем его протяжении. Тем не менее в руках опытного специалиста контрастная рентгенография при неосложненных срединных кистах и свищах шеи является простым и доступным диагностическим методом, при помощи которого можно установить размер кисты, характер ее строения, наличие боковых ответвлений, связь с подъязычной костью. Прибегают к зондированию, вливанию цветных жидкостей (метиленовая синька, бриллиантовая зелень), или жидкостей, обладающих определенными вкусовыми качествами (растворы поваренной соли, сахара, хинина), которые при полном свище могут достигать глотки и быть обнаружены визуально или по возникновению у обследуемого определенного вкусового ощущения.

В настоящее время в диагностике срединных кист и свищей шеи используют ультразвуковую, КТ- и МРТ-исследования.

Проводится также диагностическое исследование содержимого кисты и отделяемого свища.

Характерным для врожденных кист шеи оказалось наличие в пунктате эпителия, клеток крови и холестерина. Кроме того пункционный метод позволяет дифференцировать кисты от гемангиом и получать материал для бактериологического исследования. При необходимости больные консультируются у смежных специалистов – онколога, сосудистого хирурга, эндокринолога и др.).

Для опытного специалиста диагностика срединных кист и свищей шеи не представляет больших трудностей, если из анамнеза известно, что опухолевидное образование появилось в детстве, медленно развивается, расположено ниже подъязычной кости по средней линии.

## БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ШАКЛЛАНИШИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ЖИХАТЛАРИ

Сувонов К.Ж., Халманов Б.А., Эшмаматов И.А., Каюмова Н.Н.

Тошкент давлат стоматология институти

**Тадқиқот мақсади** тажрибада ҳайвонлари йўғон ичаги микрофлораси вакиллари ошқозон-ичак трактдан организм ички муҳитига ўтишининг (бактериал транслокация) микробиологик жиҳатларини ўрганиш бўлди. Экспериментал тадқиқотлар 2-3 ойлик, 18-25 грамм оғирликдаги оқ, зотсиз сичқонларда (n=115), динамикада ўтказилди. Тажрибаларда куйидаги микроорганизмлар авлодлари штаммларидан фойдаланилди:

*Escherichia spp*, *Proteus spp*, *Enterobacter spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*. Культуралар идентификацияси Bergey's (1997) бўйича олиб борилди. Корреляцион таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, бактерияларнинг организм ички муҳитига (қон) ўтиши (транслокация) уларнинг йўғон ичагдаги концентрациясига тўғри ва кучли боғлиқликка эга ( $\rho=0,85$ ). Тажрибаларда  $1 \times 10^2$  микроб танаси/граммдан  $1 \times 10^{12}$  микроб танаси /граммгача бўлган концентрациядаги микроб суспензиялари кўлланилди. Бактериал транслокацияга олиб келувчи оптимал концентрация  $1 \times 10^6$  микроб танаси/граммдан бошланди. Бу бошқа муаллифлар маълумотларига тўғри келади. Ички муҳитга транслокация бўлувчи микроорганизмларнинг асосий қисмини *Enterobacteriaceae* оиласи вакиллари ташкил этишди. Транслокация даражасига қараб улар *Escherichia spp* ( $P<0,001$ ), *Proteus spp* ( $P<0,02$ ), *Enterobacter spp* ( $P<0,05$ ) авлодлари бўлди. Ушбу авлодлар вакиллари транслокацияга мойиллиги *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp* каби граммусбат коккларга нисбатан ишонарли равишда юқори бўлди ( $P<0,002$ ).

Тажрибаларнинг барча серияларида лаборатория ҳайвонларида *Salmonella spp*, *Shigella spp* каби йўғон ичак нормал микрофлорасига кирмайдиган, лекин шу жойда патологик жараён келтириб чиқарадиган авлодлар вакиллари транслокация ҳолати аниқланмади ( $P>0,05$ ), шунга ўхшаш натижа *C.albicans* да ҳам кузатилди ( $P>0,05$ ). Барча натижалар лаборатория ҳайвонлари қонига микроорганизмлар ўтганлигини (транслокация) билвосита тасдиқловчи, шу микроб антигенларига қарши махсус антителолар титрини маълум вақт оралиғида, динамикада аниқлаш имконини берувчи серологик усуллар ёрдамида олинди. Шундай қилиб, тажрибада транслокацияга қодир микроорганизмлар *Escherichia spp*, *Proteus spp* ва *Enterobacter spp* лар бўлиб, *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *C.albicans* ларнинг транслокацион қобилияти аниқланмади.

**ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ 3D СКАНЕРОВ НА ОСНОВЕ  
ТРЕХМЕРНОГО АНАЛИЗА ПОВЕРХНОСТЕЙ**

**Тагиева Д.Р., Митронин В.А., Митронина Н.В.**

Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова  
[jeyla98@gmail.com](mailto:jeyla98@gmail.com)

**Введение.** Технология внутриротового сканирования является одной из самых быстроразвивающихся областей в современной стоматологии (Цаликова Н.А., Митронин В.А., 2021). Трехмерные цифровые сканеры вызывают большой интерес в ортопедической стоматологии как средство создания точных и безопасных оттисков зубных рядов. Внутриротовые цифровые модели облегчают правильную диагностику, планирование и оценку результатов лечения (Золотницкий И.В., 2019), однако, согласно данным зарубежной и отечественной литературы, прямое внутриротовое сканирование имеет определенную степень неточности, что связано с процессом создания 3D-модели (Magne P., 2020). Таким образом, анализ эффективности различных интраоральных сканеров с точки зрения достоверности воспроизведения исходной морфологии зубной дуги является актуальным для изучения, а полученные данные будут полезны врачам-стоматологам при планировании комплексного ортопедического лечения.

**Цель** - провести сравнительную оценку точности стоматологических внутриротовых сканеров, основываясь на данных трехмерного анализа поверхностей.

**Задачи исследования:**

1. Выполнить цифровое сканирование гипсовой модели с помощью лабораторного и внутриротовых сканеров;
2. Провести сравнительный анализ 3D-моделей фантомной челюсти, полученных различными методиками сканирования одним внутриротовым сканером;
3. Сравнить точность отображения 3D-моделей зубной дуги при сканировании различными внутриротовыми сканерами.

**Материал и методы.** На подготовительном этапе была изготовлена гипсовая модель верхней челюсти для проведения дальнейших экспериментальных исследований. Цифровой контрольный оттиск с гипсовой модели был получен с помощью экстраорального лабораторного сканера ZirkonZahn ARTI S600 (ZirkonZahn, Италия). С гипсовой модели были получены цифровые оттиски с использованием двух внутриротовых сканеров CEREC Omnicam. Sirona Dental System (n=9) и Trios, 3SHAPE (n=9). Создание 3D моделей выполняли 3 методиками сканирования. В программе трехмерного моделирования Geomagic Control X были выполнены наложения и трехмерный анализ контрольной и экспериментальных моделей. Данные были статистически проанализированы с использованием пакета программ SPSS 22.

**Результаты.** Было выявлено, что наивысшая точность сканирования внутриворотковых сканеров была достигнута при применении методики «небно-окклюзионное движение под углом 45», при этом погрешность сканирования варьировалась от 3% до 6%. Для проведения дальнейших исследований были выбраны 3D модели, полученные при применении данной методики сканирования. При сканировании полной зубной дуги сканеры Trios и CEREC Omnicam показали статистически незначимые различия и смежную эффективность ( $p > 0,05$ ). При этом, среди внутриворотковых сканеров наилучшую точность воспроизведения моделей внутри группы продемонстрировал CEREC Omnicam - 97%, в то время как точность сканера Trios составила 94%.

**Выводы.** Наиболее точной методикой сканирования при работе внутриворотковым сканером является «небно-окклюзионное движение под  $\angle 45^\circ$ ».

Воспроизводимость получения 3D-скана выше у внутривороткового сканера CEREC Omnicam на 3%. Точность исследуемых внутриворотковых сканеров близка к таковой у лабораторных сканеров, что свидетельствует об их высокой эффективности при изготовлении широкого спектра ортопедических конструкций и открывает новые возможности их применения в стоматологической практике.

### ТАЛАБАЛАРДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ КЕНГ ТАТБИҚ ЭТИШ

**Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукадиров Х.Ж.**

Тошкент давлат стоматология институти

[abdiholiq\\_67@mail.ru](mailto:abdiholiq_67@mail.ru), [nodir110475@mail.ru](mailto:nodir110475@mail.ru), [xabibullaabduqodirov@mail.ru](mailto:xabibullaabduqodirov@mail.ru).

Жаҳонда COVID-19 коронавирус пандемиясининг юзага келиши дунё мамлакатлари қатори Ўзбекистонда ҳам аҳолининг соғлиғи, жисмонан саломатлиги, соғлом ҳаёт кечирish даражаси заиф эканлигини кўрсатди.

COVID-19 коронавирус инфекцияси аввало юрак-қон томир ва нафас олиш йўллари ҳамда семизлик (ортиқча вазн) касаллигига чалинган фуқароларимизнинг соғлиғига салбий таъсир кўрсатди. Натижада, бугунги пандемия орамиздан кўплаб фуқароларимизни бевақт дунёдан кўз юмишига сабаб бўлди.

Бугунги кунда бўлажак ҳар бир тиббий ходимдан нафақат юқори касбий маҳоратга эга бўлишни, бундан ташқари соғлом, юқори ахлоқий масъулиятни ҳам намоён этишни талаб қилинади.

Барчамиз бундан жиддий хулоса қилган ҳолда зарарли одатлардан воз кечиб, оммавий спорт билан доимий шуғулланиш, тўғри овқатланиш тамойилларига риоя қилиш, хусусан таркибида туз, қанд ва ёғ миқдори кўп бўлган ҳамда хамирли таом ва ширинликларни, нон маҳсулотларини меъеридан ортиқ истеъмол қилмасликни, бир сўз билан айтганда, соғлом турмуш тарзини кундалик ҳаётимизга айлантиришимиз зарур эканлигини бугунги даврнинг ўзи тақозо этмоқда.

Жисмоний тарбия ва оммавий спорт билан мунтазам шуғулланиш ҳамда соғлом турмуш тарзи бўйича ҳаётини кўникмаларни шакллантириш орқали ҳар

бир талабада касалликка қарши кучли иммун тизими пайдо бўлишини таъминлаш, зарарли одатлардан воз кечиш, тўғри овқатланиш тамойилларига амал қилиш, тиклаш ва реабилитация ишлари ҳамда оммавий жисмоний фаоллик тадбирларини тизимли ва самарали ташкил қилиш, бу борада тегишли инфратузилма ва бошқа зарур шарт-шароитларни яратиш керак.

Талабаларда Соғлом турмуш тарзини ҳаётга кенг татбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантиришнинг асосий йўналишлари:

ҳар бир оила, маҳалла ва туман (шаҳар)да ва олий таълим муассасаларида жисмоний тарбия ва оммавий спорт билан шуғулланишга шарт-шароитлар яратиш;

оммавий спортни ривожлантириш бўйича олий таълим муассасаларида гуруҳлар, курслар ва факультетлар ўртасида спорт мусобақаларини мунтазам равишда ўтказиш;

талабаларнинг турли гуруҳларининг соғлом овқатланишга бўлган эҳтиёжларини қондиришни таъминлайдиган шарт-шароитлар яратиш, таркибида туз, қанд ва ёғ микдори кўп бўлган ҳамда хамирли таом ва ширинликларни, нон маҳсулотларини истеъмол қилишни қисқартириш, зарарли одатлардан, хусусан, алкоголь ва тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиш йўли билан касалликка чалиниш, ортиқча вазн ҳолатлари (семизлик) камайтириш;

талабалар ўртасида соғлом овқатланиш маданиятини кенг тарғиб қилиш, шу жумладан, тартибсиз ва кечки уйку олдидан овқатланиш одатларидан воз кечиш;

санитария-гигиена қоидаларига риоя этилишини оилалар, маҳаллалар, олий таълим муассасалари даражасида соғлом турмуш тарзининг ажралмас қисми сифатида тарғиб қилиш;

олий таълим муассасаларида жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш учун замонавий моддий-техника базасини шакллантириш.

Республикада аҳоли ўртасида оммавий спортни ривожлантириш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишда - юриш, югуриш, мини-футбол, велоспорт, бадминтон, стритбол, «Workout» (маҳалла ва кўча фитнеси) спортнинг устувор турлари этиб белгиланган. Ушбу спортнинг устувор турларида талабаларнинг доимий иштирок этишини ва аҳолига ўрнатилган бўлишини таъминлаш керак.

Олий таълим муассасаларида дарслар оралиғида (катта танаффус вақтида) «Спорт дақиқаси» жисмоний машқлари, дарслар бошланишидан олдин 2 дақиқа нафас олиш машқларини ўтказишни амалиётга жорий этишни ва ҳар бир ўқув йилида талабаларнинг ёш тоифасига қараб уларнинг жисмоний кўрсаткичларини (югуриш, отиш, сакраш, тортилиш) баҳолаш мезонларига асосан «Кундалик» рейтинг дафтаридаги алоҳида киритилган саҳифага белгилаб бориш ҳамда ҳар чорак таҳлиллари ва натижалари акс эттирилишини таъминлаш керак.

**Хулоса.** Талабаларда Соғлом турмуш тарзини ҳаётга кенг татбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш орқали, талабалар соғлиғи ва

жисмоний камолоти доимий равишда назоратга олинади, уларнинг санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиши, бадантарбия машқлари ўтказиши ва мунтазам равишда спорт билан шуғулланиши, соғлом турмуш тарзи тарғиб қилиниши, овқатланиш режими ва сифатига риоя этилиши таъминланади.

## ПРОЯВЛЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Тахирова К.А., Кодирова М.Н., Разакова Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Многоформная экссудативная эритема является полиэтиологическим рецидивирующим заболеванием, которое характеризуется поражением кожных покровов и слизистых оболочек. В основном места поражения локализованы в полости рта. Это иммуно-опосредованное состояние, которое вызывается реакцией гиперчувствительности, при котором появляются в эпителии цитотоксические Т-лимфоциты, что связано с различными инфекциями или воздействием лекарственных препаратов. Заболевание имеет специфические черты, которые выражаются в концентрическом изменении окраски кожных покровов.

**Цель исследования** - проведение анализа проявления многоформной экссудативной эритемы в ротовой полости у детей.

**Материалы и методы исследования.** Материалами для исследования в работе послужили многочисленные труды ученых о многоформной экссудативной эритеме. Были проанализированы публикации, посвященные ее лечению и профилактике. Рассмотрены исследования, проводимые в данной области. Анализ и обобщение стали методами в данной работе.

**Результаты исследования.** Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) (*erythema exudativum multiforme*) является рецидивирующим заболеванием, проявляется сезонно. Оно распространено повсеместно поражает детей и взрослых часто в весенне-осенний период. Заболевание проявляется в двух формах – идиопатической (инфекционно-аллергической) и симптоматической (токсико-аллергической). Идиопатическая многоформная экссудативная эритема имеет инфекционно-аллергический генез, который обусловлен инфекционными агентами (Например: вирусами простого герпеса, Коксаки, ЕСНО, гриппа и паротита, *Mycoplasma pneumoniae*, гистоплазмами, *Coccidioides immitis*, тифозной, туберкулезной, дифтерийной палочками, *Chlamydia trachomatis*, гемолитическим стрептококком и др.) Симптоматическая (токсико-аллергическая) форма многоформной экссудативной эритемы имеет аллергический генез и связана с развитием аллергической реакции главным образом на лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты, антипирин, амидопирин, сыворотки, вакцины и др.) или пищевые аллергены. У пациентов отмечается атопическая предрасположенность, т.е. изначально могут быть зафиксированы признаки бронхиальной астмы, пищевой аллергии,

атопического ринита и дерматита.

У больных детей повышена саливация, фиксируется сладковатый, приторный запах изо рта, появляется лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. В анализах крови в период обострения заболевания отмечается повышенное количество лейкоцитов, СОЭ и др.

Еще берут во внимание характерные начальные элементы, которые проявляются в виде воспалительных пятен, имеющих красный цвет и центробежный рост. В итоге формируется кольцевидный элемент с запавшей центральной частью цианотического оттенка и периферическим валиком. В период максимального проявления данного заболевания отмечается полиморфизм сыпи (пятна, папулы, волдыри, реже везикулы, пузыри).

Процесс лечения детей с МЭЭ необходимо организовывать комплексно и иметь этиопатогенетические черты. Симптоматическое лечение нужно направлять на уменьшение интоксикации и десенсибилизации, а также снятие воспалительных процессов и ускорение эпителизации поврежденных поверхностей. Базовым моментом является соблюдение диеты, которая направлена на ограничение ряда продуктов таких как, острых, копченых, соленых, при этом, напротив, увеличить потребление чистой воды.

**Выводы.** Таким образом, в работе представлен анализ клинических особенностей многоформной экссудативной эритемы в полости рта у детей. Следует отметить, что клиническая картина для данного заболевания весьма разнообразна, поэтому важным моментом является своевременная диагностика данного заболевания. Все разновидности мультиформной экссудативной эритемы связаны со сдвигом адаптации защитных механизмов в сторону гиперчувствительности. У больных детей повышена саливация, фиксируется сладковатый, приторный запах изо рта, появляется лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. В анализах крови в период обострения заболевания отмечается повышенное количество лейкоцитов, СОЭ и других показателей. Проведение диагностических мероприятий по выявлению многоформной экссудативной эритемы не является сложной. В основе лежит фиксация острого начала заболевания, которое проявляется на фоне острого респираторного заболевания, если это идиопатическая форма, или на фоне лекарственных средств при симптоматической форме, при этом отмечается симметричное появление сыпи в основном на разгибательных поверхностях конечностей, слизистых оболочек полости рта, губ.

### **АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, ОКАЗАННОЙ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**Тё Е.А.**

Кемеровский государственный медицинский университет

[teelena@mail.ru](mailto:teelena@mail.ru)

**Актуальность.** Проблема обеспечения прав пациентов на получение

медицинской помощи надлежащего качества остается актуальной для многих стран мира независимо от уровня развития их медицины и здравоохранения (Цыганова О.А., 2013). Использование достижений научно-технического прогресса в здравоохранении и в стоматологии не только способствует внедрению современных медицинских технологий, но и представляет некоторый риск для здоровья и благополучия потребителей.

Предусмотренная в законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» система обязательного медицинского страхования (ОМС) рассматривается как бесконфликтная, поскольку в ней не предусмотрены выплаты пациентам за доказанное нарушение их прав. Несовершенны механизмы внесудебного разрешения споров и конфликтов пациентов. Нередко при оказании медицинской помощи, в том числе в стоматологии, встречаются такие пороки, как недобросовестность и некомпетентность специалистов (Тё Е.А., Тё И.А., 2021).

С введением на всей территории Российской Федерации страховой системы здравоохранения, отношения «пациент – система здравоохранения» при оказании стоматологической помощи были переведены из сферы административного права в сферу гражданско-правового регулирования с правовым паритетом пациента. Этим декларировано обеспечение доступности и гарантированного объёма стоматологической помощи при надлежащем качестве и безопасности, создание системы управления повышением качества и эффективности стоматологической помощи, обеспечение правовой и социальной защищенности пациентов, в том числе и внесудебной.

**Цель исследования** - оценка причин неудовлетворенности пациентов при оказании стоматологической помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ причин обращений граждан в страховые медицинские организации (СМО) системы ОМС г. Кемерово за 2019 год по факту претензий при получении стоматологической помощи. Всего рассмотрено 98 письменных жалоб пациентов к врачам-стоматологам и стоматологическим организациям, на которые был дан ответ после очного осмотра и/или изучения медицинской документации. Это составило 66,6% от всех обращений.

**Результаты исследования.** Удельный вес обращений по стоматологии в 2019 году от общего числа обращений граждан в СМО системы ОМС составил 6,7%. При этом на долю обоснованных жалоб пришлось 10,9% от всех обращений соответственно.

Выявлено, что чаще всего признаны обоснованными претензии к требованию дополнительной оплаты за стоматологические услуги (40,8%). На втором месте недовольство организацией и качеством оказания помощи (25,5%). И на третьем месте жалобы на недостаточное обеспечение стоматологической помощи медикаментами и материалами (20,4%).

Рассмотрим жалобы непосредственно на качество лечения, которые составляют 18,4%. Среди дифференцированных видов приема удельный вес

жалоб на качество стоматологического лечения представлен следующим образом: терапевтическая и амбулаторная хирургическая помощь 44,4% и 33,3% соответственно; детская терапевтическая помощь – 16,7%; детский хирургический прием – 5,6%.

В претензиях на необоснованное требование оплаты за стоматологические услуги лидирует терапевтический взрослый и детский стоматологический прием – 45,6% и 24,3%.

Недоступность стоматологического лечения с применением современных технологий стало поводом обращения в 22,1% случаев, однако более, чем в половине случаев эти претензии были признаны необоснованными (67,8%). Деонтологические аспекты конфликтов традиционно низки – 8,2%.

Среди причин разбирательств, признанных необоснованными жалобами, часто значительная роль принадлежит факторам, не зависящим от действия врача и учреждения, таким как: позднее обращение пациента за помощью, ограниченные возможности технологического обеспечения при дефиците финансирования со стороны фондов ОМС (85,9%).

Все обоснованные жалобы рассматриваются экспертами стоматологической ассоциации Кузбасса. Удовлетворённость разбора претензий, связанных с нарушением реализации прав пациентов, застрахованных по ОМС, в 2019 году составила 96,9%.

**Выводы.** Кемеровская область живёт по тем же законам, что и другие субъекты Российской Федерации, однако отличаются доходы (соответственно и расходы) населения, уровень жизни, цены, в том числе и на стоматологические услуги. Тем не менее, несмотря на дефицит финансирования этой помощи из фондов ОМС, объём бесплатной для населения стоматологической помощи сохраняется на уровне 38,5%. Отсутствие преемственности между положениями Конституции, законодательными и правовыми документами в определении бесплатной медицинской помощи, её видов и объёмов, являются основным источником формирования конфликтов, связанных с оказанием стоматологической помощи.

На степень удовлетворенности пациентов при получении стоматологической помощи в г. Кемерово влияет не только социальное поведение населения региона, но и достаточно высокий уровень оказания этой помощи, хорошая материально-техническая база стоматологических учреждений государственного сектора и реализация механизмов предупредительного контроля в рамках системы управления обеспечением качества стоматологической помощи населению Кемеровской области, действующей на территории Кузбасса (Царик Г.Н. с соавт., 2019).

### **ИЗУЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ТКАНЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА НА РЕТРАКЦИЮ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОТИПА ДЕСНЫ**

**Толипова М.А., Ходжаева И.Э., Алиева Н.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Препарирование твёрдых тканей с погружением края

коронки в десневую борозду часто сопровождается развитием краевого протезного пародонтита либо непрогнозируемой рецессией десны. Одной из причин таких последствий может служить ретракционная процедура перед получением двойного оттиска, если она проводится без учета индивидуального фенотипа десневого края.

**Цель исследования** - оценить реакцию тканей краевого пародонта на различные виды ретракции десневого края с учетом фенотипа десны.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 16 человек в двух группах. 1-я группа – это 9 больных с толстым биотипом десны. Группу 2 составили 7 пациентов с тонким биотипом десны. В зависимости от метода ретракции все пациенты были поделены еще на 3 группы. В первой группе пациентам проводилась ретракция по методике двух нитей без пропитки, во второй группе – нитями с пропиткой, в третьей группе – ретракционной пастой. Исследования проводились у пациентов в возрасте 18–42 лет. Это были лица со здоровым пародонтом, санированной полостью рта, без сопутствующей патологии.

Перед проведением ретракционной процедуры клинически определяли биотип десны. Глубину десневой борозды измеряли при помощи индивидуально отградуированного пародонтального зонда с интервалом (шагом) 0,25 мм и исследовали состояние краевого пародонта при помощи пародонтальных индексов. Оценку здоровья пародонта проводили при помощи пародонтального индекса ПИ (значения в пределах 0,1-1,0 у всех исследованных пациентов) и индекса кровоточивости десны (Н. R. Muhlemann, 1981) (0-1 у всех больных). Кроме того, производили забор десневой жидкости для определения провоспалительного ИЛ-1 $\beta$  и противовоспалительного ИЛ-10 по разработанной методике Е.Н.Жулева и А. Б. Серова «Определение количества интерлейкина-1 $\beta$  в десневой жидкости». Объем десневой жидкости определяли путем измерения площади (в квадратных миллиметрах) пропитанного участка бумажной полоски по методу W. Harzer. pH десневой жидкости изучалось при помощи стандартных тест-полосок. Измерения микроциркуляции в краевом пародонте проводили при помощи лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате «ЛАКК-01» (НПП «ЛАЗМА», Москва): лазерного анализатора скорости поверхностного капиллярного кровотока, сопряженного с персональным компьютером. После проведения ретракции и снятия оттиска через 60 минут снова проводили исследование. Данное время было определено после наших наблюдений, когда через 60 минут десневой жидкости становится достаточно для дальнейшего забора. Затем исследования повторялись через 5-7 дней. Ретракционные процедуры проводились у всех пациентов одними и теми же методами без учета индивидуального биотипа. Полученные данные подвергались статистической обработке.

**Результаты исследования.** По данным лабораторных исследований нами были обнаружены доклинические признаки воспаления в тканях краевого пародонта у 100% обследованных больных, которые проявлялись в усилении выделения десневой жидкости через 60 минут после ретракции. У пациентов 2-

й группы, с тонким биотипом, было зафиксировано двукратное увеличение объема десневой жидкости после ретракции.

Признаки воспаления проявились также в увеличении концентрации провоспалительного ИЛ-1 $\beta$  и уменьшении противовоспалительного ИЛ-10 десневой жидкости, в каждой группе были приблизительно равными. В 1-й и 2-й группах было выявлено ухудшение микроциркуляции в краевом пародонте после выполнения ретракции, причем у пациентов с тонким биотипом эти изменения были более выражены. Показатель Kv (коэффициент вариации) – вазомоторная активность микрососудов увеличился – в 10 раз, а показатель M – микроциркуляция – снизился в 3 раза относительно исходных значений, что свидетельствует о более выраженной реакции на воздействие травматического фактора.

Изменение уровня pH десневой жидкости было выражено слабо в обеих группах в связи с кратковременностью воздействия травмирующего агента. Через 5-7 дней лишь у 3% пациентов с толстым биотипом (1-я группа) показатели не доходили до нормы относительно начальных данных. В группе пациентов с тонким биотипом (2-я группа) восстановление показателей наблюдалось всего у 30% исследуемых. Особенно выражены были показатели концентрации ИЛ, а именно высокие значения ИЛ-1 $\beta$  и низкие ИЛ-10, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса в тканях пародонта, возникшего в результате сильного травмирующего агента.

Вывод. Результаты наших исследований показали, что ретракция десневого края и препарирование зубов оказывают существенное влияние на состояние здоровья пародонта. Вероятность травмы зубодесневого прикрепления значительно возрастает при неправильном выборе метода ретракции при разных биотипах десны. Поэтому перед протезированием необходимо не только получить данные о биотипе десны, но и дополнительно измерить глубину десневой борозды с целью определения её индивидуального размера, определяющего выбор метода ретракции, направленный прежде всего на предупреждение травмы десны при ортопедическом лечении.

### **СВЯЗЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИНДЕКСА СТЕПЕНИ КРИВИЗНЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ**

**Тоока М.А., Манак Т.Н., Бутвиловский А.В.**

Белорусский государственный медицинский университет  
[mushrekm@gmail.com](mailto:mushrekm@gmail.com), [tatyana.manak@gmail.com](mailto:tatyana.manak@gmail.com), [alexbutv@rambler.ru](mailto:alexbutv@rambler.ru)

В результате ранее проведенных исследований нами был предложен индекс степени кривизны корневых каналов зубов (I<sub>MT</sub>), основанный на определении локализации изгиба и ангуляции канала в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (Манак Т.Н., Тоока М.А., 2020). Однако научное обоснование эффективности применения данного индекса не проводилось, что определяет актуальность исследования.

**Цель исследования** - установить связь результатов эндодонтического

лечения и индекса степени кривизны корневых каналов зубов.

**Материалы и методы.** На конусно лучевых компьютерных томограммах проанализированы результаты эндодонтического лечения 812 корневых каналов зубов с определением  $I_{MT}$ . Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программ Microsoft Excel for Windows (1997-2010), Past 3.0. Описание качественных признаков представлено в виде относительных частот в процентах. Корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $\rho$ ).

**Результаты и обсуждение.** Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица 1.

### Доля успешных случаев эндодонтического лечения (%) при различных значениях индекса степени кривизны корневых каналов

Значение индекса	0	1	2	3	4	5	6
Доля случаев	81,8	66,7	100,0	68,7	58,1	46,7	51,0
Значение индекса	7	8	9	10	11	12	13
Доля случаев	28,2	47,2	22,2	10,0	11,1	0	0

Установлено, что между значением индекса степени кривизны корневых каналов и долей случаев успешного эндодонтического лечения существует статистически значимая обратная сильная корреляционная связь ( $\rho=-0,95$ ;  $p<0,001$ ). При последующем регрессионном анализе получено уравнение линейного тренда  $y=-7,0525x+88,106$  (где  $y$  – доля случаев успешного эндодонтического лечения,  $x$  – значение  $I_{MT}$ ) с высоким коэффициентом аппроксимации  $R^2=0,89$ .

**Заключение.** В результате проведенного исследования определена целесообразность применения в эндодонтии индекса степени кривизны корневых каналов зубов.

### ОДНОМОМЕНТНАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ – СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Тошмуротова Д.Б., Садикова Х.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[toshmurotovadilshoda1@gmail.com](mailto:toshmurotovadilshoda1@gmail.com)

Одномоментная имплантация является более совершенным методом дентальной имплантации для пациента-меньшим количеством хирургических вмешательств, профилактики атрофии альвеолярного отростка, менее финансовой траты, в течении кратких сроков заполнения зубных рядов.

**Цель** - повышение эффективности лечения пациентов с гранулематозными хроническими периодонтитами, установлением дентальных винтообразных имплантатов одномоментной имплантации, на основании

уточнения показания кратких сроков операции по данным оценки остеоинтеграции.

**Материалы и методы.** Установлена 13 винтообразных имплантатов у 11 пациентов возрастом от 24 до 45 лет, в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ с хроническим гранулематозными периодонтитами. Пациенты не имеют сопутствующих заболеваний. Удален хронический гранулематозный периодонтитный зуб, небольшой острой хирургической ложкой удалены разраставшие гранулемы, убившись извлечении мягкой патологической ткани, лунку обработана антисептиками, введена дно полости альвеолы порошок антибиотика. После произведено частичное (препарирование направляющего канала) препарирование костного ложа соответствующими инструментами для достижения конгруэнтности поверхностей лунки и имплантата, а также первичной фиксации имплантата. Осуществлено его установка имплантатов, затем абатментов, адаптировано и мобилизовано слизистая оболочка краёв лунки, рана защита. Коронки установлены спустя 2-3 месяцев.

**Методы исследования.** Рентгенологическое исследование: Визиография, Компьютерная томография. Денситометрическая оценка плотности костной ткани: Периотестометрия

**Результаты и обсуждение.** При проведении периотестометрии через 2-3 месяцев после установки имплантатов выявлено следующее: полная остеоинтеграция имела место у 13 пациентов, снятые с прибора «Периотест» колебались в пределах от -3 до -7.

**Заключение.** Можно сказать, имеется ряд нескольких преимуществ одномоментной имплантации, облегчающие выполнении методики для врача и удобства для пациента, перечисленные следующим:

- меньшее количество вмешательств. Как понятно, врач не станет удалять зуб только для того, чтобы провести имплантацию. Соответственно, речь идёт о скорейшем воссоздании того зуба, удаление которого было обусловлено клинической ситуацией. Таким образом, происходит как бы объединение (как минимум) двух хирургических процедур: удаление корня (зуба) и имплантации.

- наличие лунки облегчает позиционирование имплантата.

- Так как кость (до удаления) удерживала корень, атрофия костной ткани вряд ли будет выражена (это относится и к мягким тканям). Во-первых, это обстоятельство позволяет обойтись без остеопластических операций. Во-вторых, это обстоятельство даёт возможность использовать достаточно крупные (и, следовательно, очень надёжные) имплантаты.

- Так как кость получает нагрузку через внедрение имплантата, предотвращается атрофия кости, которая могла бы начаться после удаления зуба.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ  
ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ  
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Тугушева М.С.**

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова  
M.velvet@inbox.ru

**Актуальность.** Основополагающим клиническим признаком, который определяет гармоничное развитие, формирование, а также характер смыкания зубных рядов челюстей в центральном положении является физиологическая окклюзия. Но, к сожалению, в связи с различными заболеваниями, вредными привычками, нарушениями условий среды обитания и т.д., параметры, отвечающие за нормальное развитие челюстно-лицевой области, могут быть нарушены и могут привести к аномальному развитию зубочелюстной системы.

В раннем детском возрасте в результате пищевой или бытовой аллергии, неправильного вскармливания, нарушения со стороны баланса зубочелюстной системы, наличия аденоидов, разрастания лимфоидной ткани, появления полипов, развивается деформация верхней и нижней челюстей, которая приводит к сужению верхней челюсти, дистальному положению нижней челюсти и возникновению вертикальной резцовой дизокклюзии.

Как результат, возникают смещение языка, obturация верхних дыхательных путей, нарушения со стороны шейного отдела позвоночника, ротация первого и второго шейных позвонков, нарушение осанки. Кроме того, превалирует ротовой тип дыхания, что провоцирует неправильное глотание. Нарушение носового дыхания оказывает огромное влияние не только на развитие зубочелюстной системы ребенка, но и на развитие всего организма. Все это требует комбинированного подхода специалистов для устранения комплекса нарушений и избежания рецидива в более взрослом состоянии.

Вертикальная резцовая дизокклюзия считается трудно поддающейся лечению аномалий окклюзии зубных рядов. Кроме того данная патология является одним из самых частых осложнений у детей с выраженными проблемами дыхательной системы.

Сложность проблемы вертикальной резцовой дизокклюзии связана с разнообразной природой развития этой аномалии, необходимостью обязательного комплексного подхода к диагностике, лечению и реабилитации, а также с высокой частотой рецидивов.

Наличие вертикальной резцовой дизокклюзии нарушает жевательную функцию, дикцию, способствует заболеваниям желудочно-кишечного тракта, усугубляет имеющиеся заболевания дыхательной системы и приводит к неудовлетворенности внешним видом.

Зачастую вертикальная резцовая дизокклюзия сопровождается сужением зубных рядов, удлинением фронтального участка зубного ряда, увеличением глубины твердого неба («готическое» небо). Это в свою очередь приводит к морфологическим нарушениям, в частности, скученному положению зубов,

функциональным изменениям работы височно-нижнечелюстного сустава, мышц челюстно-лицевой области, нарушению глотания и речи, выраженным изменениям эстетики лица и улыбки.

**Целью исследования** являлся анализ клинической эффективности комбинированного лечения у пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией и нарушением дыхательной функции с помощью применения аппарата Марко Роса в сочетании с медикаментозной терапией, назначенной специалистами области детской оториноларингологии.

**В задачи исследования** входила оценка результатов ортодонтического лечения открытого прикуса с помощью аппарата Марко Роса на фоне медикаментозной терапии, направленной на восстановление дыхательной недостаточности.

Обследовано 32 ребенка, в возрасте от 6 до 12 лет с дыхательной недостаточностью различной этиологии и, как следствие, развившейся вертикальной дизокклюзией фронтального участка зубов.

Был проведен сбор анамнеза, клинический осмотр, обследование пациентов, анализ 3D снимков и контрольно-диагностических моделей.

Был назначен 2-х этапный метод лечения зубочелюстной системы, а именно костное расширение верхней челюсти с помощью несъемного аппарата Марко Роса. Параллельно устанавливались накладки в области клыков для разблокировки нижней челюсти и обеспечения более легкого расширения верхней челюсти. Кроме того пациентам проводилась миофункциональная терапия, стабилизирующая положение языка в полости рта и выработки правильного глотания. Также пациенты проходили медикаментозную терапию у оториноларинголога для улучшения носового дыхания и избежания рецидива после окончания первого этапа лечения.

Пациенты находятся на динамическом наблюдении до окончательного формирования постоянного прикуса.

### **Выводы:**

1. Ортодонтическое лечение с применением аппарата Марко Роса в сочетании с миогимнастикой языка эффективно для получения расширения зубных рядов, это происходит в основном за счет костного расширения челюсти и наклона зубов в правильное положение.

2. При лечении отмечается нормализация ширины зубных рядов, устранение резцовой дизокклюзии, что говорит об эффективности использования данного ортодонтического метода.

3. Отсутствие рецидивов и улучшение дыхательной функции говорит о высокой эффективности комбинированного лечения ортодонта и специалистов смежных областей.

**АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С  
ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА В  
УЗБЕКИСТАНЕ**

**Туйгунов Н., Мирхайидов М., Широнов М., Хайдаров Н.К., Пулатова Б.Ж.**  
Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Самаркандский государственный медицинский университет

**Цель работы** - провести анализ развития стоматологической помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и нёба (ВРГН) по результатам работ отечественных ученых Узбекистана.

**Методология и методы исследования.** Методологической базой работы явилось последовательное применение методов общенаучного познания, специальных клинических, социологических и статистических методов исследования. Субъект исследования – ребёнок с ВРГН одно- или двусторонней.

**Результаты исследований.** В Республике Узбекистан проблеме врожденных пороков (ВПЧЛО) большое внимание уделяется в Республике Узбекистан, где проводятся всесторонние исследования. По данным Х.К.Насретдинова [1995] по г. Ташкенту на 1230 живорожденных детей рождается 1 ребенок с ВРГН. По данным Р.А. Амануллаева (2005, 2014) по г. Ташкенту показатели частоты колеблются от 1:745, а по Каракалпакии – от 1:510. в Ферганской области частота ВРГН составила 1:943, в Самаркандской области – 1:518, в Ташкентской области – 1:714. В Навоийской области за 8 лет (2005-2012) частота данного порока развития составила 1 случай на 620 случаев рождения (1=1,62), а в Бухарской области – 1=1,12.

В Узбекистане в период с 1995 по 2019 гг. на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ профессором С.М.Муртазаевым. и доцентом Б.Ж.Пулатовой [2019] был разработан метод ранней комплексной предоперационной ортодонтической подготовки детей с ВРГН, защищенный патентом на полезную модель. В основу создания ортодонтических аппаратов: преформирующей пластинки, назоальвеолярного молдинга с носовым стентом С.М.Муртазаева, Б.Ж.Пулатовой [2019] положены следующие принципы: масса тела ребёнка, расположение расщелины, уровень выстояния костных фрагментов в 3 плоскостях. Специалисты подбирают соответствующий виду расщелины и физиологическим данным ребенка тип аппарата и производят его фиксацию к эластичной давящей нагубной повязке с помощью полосок лейкопластыря. Авторами методики доказано, что акт глотания и сосания обеспечивают возникновение функциональной нагрузки, она передаётся по припасованному аппарату на неправильно развитые и дистопированные участки верхней челюсти, обеспечивая их нормальное расположение.

Шомуродовым К.Э., Азимовым М.И. [2017] обосновано, что на первом этапе лечения решаются следующие задачи: нормализация вскармливания, уменьшение размера расщелины, замыкание альвеолярной дуги и предупреждение вторичных деформаций. Второй этап лечения-одномоментная

хейлоринопластика: формирование дна носового хода, создание правильной анатомической формы верхней губы, перемещение крыльев носа в правильное положение. Муртазаев С.М. [2010] доказал, что раннее начало ортодонтического лечения (РОЛ) служит критерием его эффективности, оно обеспечивает эстетические и функциональные результаты, способствует уменьшению расщелины неба в 1,5 раза, она превращается в щелевидный дефект, снижая тяжесть уранопластики. РОЛ влияет на восстановление правильной альвеолярной дуги и на ширину расщелины.

**Выводы.** Таким образом, комплексное многоэтапное лечение детей с ВПЧЛО в Республике Узбекистан направлено не только на полное устранение эстетических и функциональных нарушений, но и на преодоление комплексов детей и обеспечение принятия себя.

### **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОКТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

**Туйчибаева Д.М., Дусмухамедова А.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[dyly@mail.ru](mailto:dyly@mail.ru)

**Актуальность.** Первичную открытоугольную глаукому относят к группе нейродегенеративных заболеваний, характеризующуюся прогрессирующей потерей ганглиозных клеток сетчатки и дефектами поля зрения. Контроль ВГД по-прежнему остается важной задачей в лечении ПОУГ, но нормализация ВГД не предотвращает прогрессирующую потерю полей зрения (ПЗ). Различные исходные факторы могут влиять на процессы заболевания ПОУГ, в том числе пожилой возраст, более высокое внутриглазное давление (ВГД), большее соотношение чашечка-диск (C/D), большие дефекты зрения и меньшая толщина роговицы. Единственное современное лечение ПОУГ основано на снижении повышенного ВГД. Тем не менее, значительная часть пациентов с ПОУГ имеют нарушения зрения, даже если ВГД значительно снижено после операции по поводу глаукомы.

**Цель исследования** - оценить и сравнить изменения микроциркуляторного русла макулы в глазах с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) с нормальными глазами, а также оценить связи между микроциркуляторным руслом сетчатки, структурным повреждением нервной системы и потерей поля зрения.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 99 глаз (68 пациентов с ПОУГ и 31 здоровых). В исследование были включены 35 глаз с ранней стадией глаукомы, 33 глаза с развитой стадией глаукомы и 31 здоровых глаз. Система оптической когерентной томографии с алгоритмом амплитудно-декорреляционной ангиографии с расщепленным спектром использовалась для измерения плотности поверхности макулярных капилляров и толщины сетчатки. Тестирование поля зрения проводили с помощью анализатора поля зрения Humphrey. Анализировали корреляции между

плотностью площади капилляров, толщиной сетчатки и параметрами поля зрения.

**Результаты и обсуждения.** По сравнению со здоровыми глазами у пациентов с ранней стадией и развитой стадией была более низкая плотность площади капилляров макулы и меньшая толщина сетчатки ( $P < 0,001$ , все). Результаты многофакторного линейного регрессионного анализа показали, что каждое стандартное отклонение (SD) уменьшения плотности площади сосудов было связано с истончением полной толщины сетчатки и толщины внутреннего слоя сетчатки на 1,5% и 4,2% соответственно. Каждое SD уменьшение плотности площади сосудов также было связано со снижением средней чувствительности на 12,9% и увеличением стандартного отклонения паттерна на 33,6% ( $P < 0,001$ , оба). Модель частичного регрессионного анализа Пирсона показала, что плотность площади сосудов наиболее тесно связана с толщиной внутреннего слоя сетчатки и толщиной нижнего полушария. Кроме того, более низкая плотность площади сосудов была тесно связана с более серьезным макулярным дефектом поля зрения и соответствующей макулярной толщиной сетчатки.

**Вывод.** Плотность площади макулярных капилляров и толщина сетчатки в глазах с ПОУГ были значительно ниже, чем в нормальных глазах. Уменьшение макулярной сети микроциркуляторного русла тесно связано с дефектами поля зрения, которые зависят от структурных повреждений вследствие ПОУГ.

### МИКРОСОСУДИСТЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКУЛЫ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ И РАЗВИТОЙ СТАДИЯХ ПОУГ

Туйчибаева Д.М., Дусмухамедова А.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

[dr.adolat1666@gmail.com](mailto:dr.adolat1666@gmail.com)

**Актуальность.** За последние два десятилетия достижения в области методов визуализации привели к значительным изменениям в диагностике и лечении офтальмологических заболеваний. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является одним из важнейших из них. При глаукоме ОКТ обеспечивает точные и объективные структурные измерения диска зрительного нерва (ДЗН) и макулы. Эти данные стали решающими для оценки наличия и степени тяжести заболевания. Наконец, недавние технические усовершенствования технологии ОКТ привели к развитию ОКТ-ангиографии (ОКТА). В ОКТА выполняется до 100 000 А-сканирований в секунду для косвенного определения кровотока в сетчатке. Последовательный расчет полученных данных обеспечивает точную оценку плотности сосудов сетчатки и хориоидеи (VD) без необходимости внутривенного введения красителя, как при флуоресцентной ангиографии. Полученное трехмерное представление ДЗН или макулы позволяет проводить количественную оценку VD поверхностных и глубоких сосудистых сплетений и измерение фовеальной аваскулярной зоны

(ФАЗ).

**Цель исследования** - сравнить здоровых людей и пациентов с ПОУГ в зависимости от стадии глаукомы и оценить связь с помощью корреляционного анализа между глаукомой и параметрами ОКТ или ОКТА.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 31 больных с начальной и развитой стадиями ПОУГ глаукомой и 39 здоровых лиц.

**Результаты и обсуждения.** При глаукоме макулярная оптическая когерентная томография (ОКТ) обычно показывает истончение трех внутренних сегментов, а ОКТ-ангиография (ОКТА) - снижение сосудистой плотности (VD). Толщина макулярных сегментов и плотность сосудов поверхностного и глубокого сплетения (VD) были получены с использованием спектральной ОКТ и ОКТА. С помощью корреляционного анализа оценивалась связь между глаукомой и параметрами ОКТ или ОКТА. Затем был проведен линейный регрессионный анализ по стадиям глаукомы. ( $p < 0,0001$ ). Внутренний макулярный сегмент и вся толщина сетчатки были уменьшены у пациентов с 1 стадией и 2 стадией по сравнению со здоровой контрольной группой (например, GCL слоя ганглиозных клеток: контрольная:  $47,9 \pm 7,4$ , 1 ст:  $45,8 \pm 5,1$ , 2 ст:  $30,6 \pm 9,4$ ,  $p < 0,0001$ ) Что касается ОКТА-параметров, VD обоих уровней сегментации был снижен у пациентов с ПОУГ, особенно при сравнении пациентов с 2 стадией с контрольной группой (поверхностное сплетение:  $p = 0,004$ ) и 2 стадии с 1 стадией ( $p = 0,0008$ ). Линейная регрессия выявила связь между этими параметрами и наличием глаукомы (для поверхностного сплетения:  $R^2 = 0,059$ ,  $p = 0,043$ ). Наконец, наблюдалась корреляция между толщиной макулярного сегмента и VD, но с увеличением силы по мере тяжести глаукомы (ГКЛ и ВД верхнего сплетения: контроль:  $R^2 = 0,23$ , 1 ст  $R^2 = ,40$ , 2 ст  $R^2 = 0,76$ ).

**Вывод.** Использование ОКТ и ОКТА для выявления и мониторинга структурных и сосудистых изменений в макуле у пациентов с глаукомой приобретает все большее клиническое значение. В исследовании истончение внутреннего макулярного сегмента наблюдается при начальной и развитой глаукоме. Что касается ОКТА-параметров, плотность сосудов поверхностного и глубокого сплетений снижена по сравнению с контрольной группой, тогда как не видно разницы площади фовеальной аваскулярной зоны.

## ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ НУҚСОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОРТОПЕДИК РЕАБИЛИТАЦИЯ МУАММОЛАРИ

Туляганов Ж.Ш., Ризаева С.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Ортопедик даволанишда шуни ҳисобга олиш керакки, юз-жағ нуқсонлари нафақат ҳаётий функцияларнинг (чайнаш, нутқ функцияси, ютиш) пасайишига (ёки йўқлигига) олиб келади, балки беморнинг ижтимоий-психологик ҳолатига ҳам сезиларли таъсир қилади. Юз-жағ соҳасидаги нуқсонларни тиклаш беморлар учун турлича ахамията бўлиб жинси, ёши, ижтимоий мавқеи, иш тури

ва бошқа хусусиятларга боғлиқ. Баъзи ҳолларда тиш қатори юз-жағ нуқсонларнинг мавжудлиги ўта яққол ижтимоий мослашув бузилишига олиб келади, беморнинг кундалик фаолиятини нормал бажариш қобилиятини пасайтиради ёки йўқ қилади. Беморларнинг эҳтиёжлари ҳам сезиларли даражада фарқ қилади: чайнаш функциясини тиклашдан эстетик талабларга ва психологик қулайликларга қадар (Макаревич А.А., 2009 йил).

Маҳаллий ва хорижий тадқиқотларни таҳлил қилганда, протез ўрни ва майдонининг оғир клиник шароитлари билан боғлиқ бўлган юз-жағ профилли беморларни реабилитация қилишнинг интеграциялашган ёндашувни ишлаб чиқишга қаратилган муаммони ҳал қилиш учун бир нечта йўналишлар белгиланади. Асосий эътибор протезларнинг барқарорлиги ва функционал самарадорлиги муаммоларига, уларни ишлаб чиқаришнинг клиник ва лаборатория босқичларини такомиллаштиришга, протез майдони тўқималарида интенсив атрофик жараёнларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган. Барча турдаги олинадиган протез конструкциялари протез майдони тўқималарига жиддий шикаст етказиши мумкин, бу айниқса уларни ишлаб чиқариш технологиялари, нотўғри танланган конструкциялар, функционал қолип турлари, қолип олиш материаллари, асос пластмассаларига тўғридан тўғри боғлиқ. Бу ўткир яллиғланиш босқичида ўз вақтида ва тўғри протез асосларини коррекция қилишни талаб қилади (А.М.Чернух, О.В.Алексеев, П.Н.Александров). Юз-жағ соҳасининг операциядан кейинги маҳаллий мавжуд таснифлари (Козицына ва бошқалар, 2005; Кравцов, 2012; Кулаков ва бошқалар, 2012; Бакуринских ва бошқалар, 2015, Нуриева Н.С., 2020), протез майдони ва ўрнининг функционал ҳолатини тўлиқ акс эттирмайди ва ортопедик реабилитацияга тизимли ёндашувга тўсқинлик қилади.

Ўрганилган маълумотларни умумлаштириб, биз юз-жағ соҳасида операциядан кейинги нуқсонлари бўлган беморларни реабилитация қилишда диагностика ва кейинги ортопедик реабилитация қилишда замонавий рақамли протоколлардан фойдаланиш муҳим деган хулосага келдик. Рақамли сканерлар ва принтерлардан фойдаланиш янада аниқроқ таассуротлар ва келажакдаги протезлар ёки уларнинг прототипларини яратиш имконини беради, улар асосида босилган прототипларда аниқланган камчиликларга йўл қўймасдан, якунийлари тайёрланади. Аммо ортопед-стоматологнинг олдида нуқсоннинг этиологияси ва даражасига қараб энг мос хом ашёларни танлаш ёки ишлаб чиқиш муҳим вазифа турибди.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Тураев А.Д., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Лучевая диагностика фолликулярных кист обычно не вызывает серьезных затруднений, так как существует дифференциально-диагностический признак,

свойственный только этому типу кистозной полости, - наличие непрорезавшегося зуба в полости кисты. Однако традиционные методы лучевой диагностики отвечают не всем требованиям по выявлению семиотических признаков фолликулярных кист. Для детальной оценки локализации и содержимого кистозной полости, состояния окружающих тканей необходимо использование современных трехмерных методов лучевой диагностики, таких как спиральная компьютерная томография и конусно-лучевая томография. Данные методы получают все большее развитие в челюстно-лицевой хирургии и, безусловно, обладают множеством преимуществ, что делает их перспективными для внедрения в широкую практику диагностики фолликулярных зубосодержащих кист для ускорения процесса подготовки пациентов к лечению.

**Целью** данного исследования явилось детальное изучение клинических и рентгенологических признаков фолликулярных кист с использованием современных методов лучевой диагностики: спиральной компьютерной и конусно-лучевой томографии, данных локальной денситометрии - для трехмерной оценки состояния как самой кистозной полости и ее содержимого, так и окружающих структур.

**Материалы и методы.** Был проведен детальный анализ 44 пациентов с фолликулярными зубосодержащими кистами челюстей по трем формализованным картам: клиническая, 3D-РКТ-кистограмма (рентгеносемиотика кератокист, основанная на данных цифровой ОПТГ, МСКТ и дентальной объемной (конусно-лучевой) томографии).

**Результаты.** Анализ данных показывает, что фолликулярные зубосодержащие кисты могут встречаться в разных возрастных группах без статистически значимого различия частоты встречаемости по половому признаку: 23 (52.3%) мужчин и 21 (47.7%) женщин. Пациенты, у которых была диагностирована фолликулярная киста, были преимущественно молодого возраста (10-30 лет). Так, у мужчин наибольшая частота встречаемости фолликулярных кист была выявлена в возрасте 10-20 лет - 10 (43.5%) случаев, у женщин в возрасте от 10 до 40 лет - 12 (57.1%) случаев. Был выявлен некоторый пик встречаемости фолликулярных кист в возрасте 51-60 лет как у мужчин - 5 (21.7%), так и у женщин - 6 (28.6%). В данной возрастной группе выявленная кистозная полость имела значительные (более 30 мм) размеры и имела сопутствующую воспалительную патологию: хронический верхнечелюстной синусит, хронический ринит, а также выраженную деформацию челюстей, которая и являлась причиной обращения в стоматологическую клинику. Кроме того, часть случаев диагностики фолликулярных кист в данной возрастной группе явилась следствием планового рентгенологического обследования при подготовке к протезированию зубов или иным плановым стоматологическим вмешательствам.

Непрорезавшийся зуб в проекции кисты являлся наиболее частым признаком при объективном обследовании - 27 (81.8%). Характерным

признаком при стоматологическом обследовании было вздутие челюсти по переходной складке - 21 (63.6%) с истончением и крепитацией кортикальных пластинок, определяемых при пальпации, - 19 (57,6%). В 9 (27.3%) пальпировались дефекты кортикальных пластинок. Патологическая подвижность зубов в проекции кисты наблюдалась в 7 (21.2%) случаях. Сопутствующая воспалительная патология определялась в виде местных изменений десны в проекции непрорезавшегося зуба - 4 (12.2%) либо при разрушении стенки нижнечелюстного канала и вовлечении в процесс нижнечелюстного нерва - 3 (9.2%).

Для лучевой диагностики зубосодержащих кист челюстей были использованы цифровая ОПТГ, МСКТ и дентальная объемная томография. Анализируя полученные данные, сформировали расширенный комплекс рентгенологических признаков, характерный для этого типа кистозной полости. Наиболее распространенная локализация на нижней челюсти наблюдалась в области угла на уровне третьих моляров - 13 (29.5% от всех наблюдений и 39.4% от всех фолликулярных кист нижней челюсти). Кисты данной локализации, как правило, имели небольшие размеры (менее 10 мм или до 20 мм). Однако в 14 (42.4%) наблюдениях кистозная полость распространялась на два и более зуба, в область тела и ветви нижней челюсти. Размеры такой кистозной полости превышали 20 мм - 5 случаев, а в 9 случаях превышали 30 мм. При локализации в верхней челюсти кистозная полость в девяти случаях из одиннадцати проникала в верхнечелюстную пазуху. В двух наблюдениях при локализации кисты в области резцов верхней челюсти кистозная полость проникала в полость носа. Размеры кист верхней челюсти, как правило, превышали 30 мм - 9 (82%) случаев всех кист данной локализации, - занимая значительную часть полости верхнечелюстной пазухи. При локализации во фронтальных отделах верхней челюсти размер не превышал 20 мм.

Для фолликулярных кист характерна неправильная овальная форма кистозной полости - 29 (65.9%). Округлая форма кистозной полости наблюдалась при малых размерах (менее 20 мм) и локализации в области третьих моляров нижней челюсти - 5 (11.4%). При кистах нижней челюсти больших размеров (более 30 мм) кистозная полость имела вытянутую по оси нижней челюсти форму - 6 (13.6%). При тотальном заполнении полости верхнечелюстной пазухи киста принимала форму верхнечелюстной пазухи - 3 (6.8%)

Внутренние контуры кисты в большинстве случаев четкие - 42 (95%), ровные - 27 (61.4%). Внешние контуры кисты также в большинстве случаев были четкими - 42 (95%), ровными - 28 (63.6%).

Более чем в трех четвертях наблюдений выявлено однородное мягкотканное содержимое фолликулярных кист - 35 (79.5%) - с наличием сформированного зуба внутри. Встречались также кисты со смешанным содержимым (фиброзная - 2 (4.5%), жировая ткань - 3 (6.8%), жидкость - 2 (4.5%), воздух - 3 (6.8%). В одном наблюдении при локализации во фронтальном отделе нижней челюсти в полости кисты обнаружены два

зубоподобных образования с несформированной коронковой и корневой частями.

Характерным являлось вздутие нижней челюсти, которое наблюдалось у большинства обследуемых с кистами данной локализации - 24 (72.7%), с истончением - 28 (84.8%) и дефектами - 20 (60.6%) кортикальных пластинок. Часто встречающимся признаком фолликулярной кисты нижней челюсти являлось отеснение - 17 (51.5%) - или частичное разрушение - 15 (45.5%) - стенки нижнечелюстного канала. При локализации на верхней челюсти в 7 (63.6%) наблюдениях выявлено отеснение, а в 4 (36.4%) - частичное разрушение стенки верхнечелюстной пазухи. Во всех 11 случаях локализации на верхней челюсти отмечалось изменение (утолщение) слизистой верхнечелюстной пазухи и полости носа.

**Заключение.** Спиральная компьютерная томография и дентальная объемная томография, с учетом клинических особенностей развития фолликулярных кист, позволяют получить более полную информацию о кистозном образовании челюстей за счет возможности трехмерной визуализации, оценки размеров и локализации без погрешностей, связанных с укладкой пациента и проекционными искажениями, более точной оценки состояния кортикальных пластинок на разных уровнях в разных проекциях с целью точного определения кортикальных дефектов.

### АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ ДИКЦИИ

Туракулова Ш.Ж., Гулямова С.П.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Правильная артикуляция, четкая разборчивая речь, облегчающая восприятие сказанного другими людьми называется дикцией.

Каждый из нас хочет быть услышанным. Для оратора является важным не только информация, но и как он ее преподносит. Трудно поддержать точку зрения человека, который не ясно произносит буквы, «съедает» окончания или говорит чересчур тихо.

Человек с правильным произношением не допускает речевых ошибок, то есть не картавит, не гнусавит и не шепелявит. У каждого человека имеются трудности с проговариванием отдельных морфем или звуков. Человек, у которого есть проблемы с дикцией имеет трудности с трудоустройством. Профессии, которые требуют правильной дикции, то есть правильной речи, не могут быть выбраны людьми с проблемами в речи. Эти профессии требуют внятного произношение каждого слово. В связи с чем проблема правильной дикции у детей, до настоящего времени является одной из наиболее актуальных, учитывая значительную их частоту встречаемости в заболеваниях полости рта.

**Цель исследования** – изучить влияние основных заболеваний на дикцию по литературным данным.

**Обсуждение:** одним из основных причин нарушение дикций у детей

является неправильный прикус.

По статистике идеальный прикус имеют не более пятнадцати процентов населения. Соответственно, остальные семьдесят пять процентов имеют те или иные отклонения от идеала. Но это не значит, что человек, имеющий неидеальный прикус обязательно становится пациентом врача-ортодонта. По физиологическим особенностям прикус подразделяют следующим образом: прямой - зубы верхнего ряда не перекрывают нижние, а смыкаются с ними в линию; прогнатический и бипрогнатический прикусы - резцы верхнего и нижнего зубного ряда имеют наклон к преддверию ротовой полости; опистогнатический - резцы верхней и нижней челюсти направлены внутрь ротовой полости; прогенический – при смыкании верхняя челюсть не перекрывает нижнюю; нижняя челюсть немного выдвигается за линию дуги верхней челюсти.

Указанные выше виды прикуса являются физиологическими. Они не оказывают негативного влияния на характер первичной обработки пищи, не влияют на качество речи и не меняют эстетику формы лица. В этом случае ортодонтическое лечение не требуется.

Причинами нарушения дикции у детей являются: травмы челюсти, неправильно подобранный брекет-системы (слишком тугая конструкция приводит к ухудшению дикции), патологии строения зубов, отсутствие одного или нескольких зубов, появление щелей между зубами, нарушенный прикус.

На основе патогенеза расстройства дикции у детей с брекет системой является: брекет-системы являются инородным предметом, который воспринимается нервными окончаниями слизистых оболочек полости рта. Они передают информацию в головной мозг - пациент осознает это как чувство дискомфорта. Через некоторое время происходит привыкание к брекетам.

Головной мозг перестает посылать непрерывные сигналы об инородном теле в ротовой полости, и пациент перестает сосредотачиваться на этом. Этот важный факт позволяет нормализовать дикцию и адаптироваться к изменениям в ротовой полости. Данное нежелательное длится в среднем 3-7 дней и не является заметным для окружающих. Лишь пациент или его близкие родственники могут отмечать изменение речи сразу после установки брекетов, и не требует лечения.

У взрослых расстройство речи может быть вызвано как патологическими, так и физиологическими факторами. Непонятная речь или ее отсутствие можно наблюдать у пациентов, перенесших ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) или тромбоэмболию, а также может быть свидетельством появления опухоли в головном мозгу.

Пациенты в возрасте испытывают сложности с произношением вследствие развития деменции (старческого слабоумия) или болезни Альцгеймера и Паркинсона. Способствовать появлению проблемы с дикцией также могут следующие заболевания: парез или паралич, мышечная дистрофия, рассеянный склероз, черепно-мозговые травмы, болезнь Лайма, алкогольная или наркотическая зависимость, поражения лицевого нерва. Еще одна известная причина снижения ясности произношения – спастическая дисфония

(излишне напряженный или, наоборот, неслышимый голос), которая появляется, когда человек испытывает сильный стресс или находится в постоянных эмоциональных перегрузках.

**Заключение.** Таким образом, анализ проведенного изучения литературы показал, что у детей основными причинами нарушения дикции является неправильный прикус и применение брекет-системы. Диагностика и лечение проводится стоматологами ортодонтами. У взрослых основной причиной является неврологические заболевания, в связи, с чем лечение проводится совместно неврологами и стоматологами.

### **ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИТАНИЯ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ С ИСТОЧНИКАМИ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ**

**Турахонова Ф.М., Камиллов А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[feruzazub@mail.ru](mailto:feruzazub@mail.ru)

Во всем мире для улучшения и облегчения условия труда, работающих лиц, происходит усовершенствования технологии и технологических процессов. Но, несмотря на автоматизацию трудового процесса, которая позволяет улучшать условия труда, время контакта с вредными факторами не сократилась. К вредным факторам могут входить не только химические, но и физические, биологические и другие. Один из распространенных физических факторов является ионизирующие излучения, при воздействии которых могут привести различным серьезным патологическим состояниям.

Для предупреждения и сохранения здоровья, работающих при таких условиях, используются комплекс мероприятий. К общему комплексу мероприятий по предупреждению неблагоприятных воздействий на организм важная роль принадлежит организации на работающих местах лечебно-профилактическое питание.

Лечебно-профилактическое питание должен отвечать некоторым требованиям: во-первых, должен повышать защитные функции физиологических барьеров, обеспечивать устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов; во-вторых, должен способствовать к быстрому выведению вредных веществ из организма; в-третьих, должен улучшить функциональное состояние органов и систем, преимущественно пораженных вредными факторами; в-четвертых, должен компенсировать возникающий недостаток пищевых веществ под воздействием вредных факторов производства, в особенности тех, которые не синтезируются в организме; так же должен благоприятное действие на нервную и эндокринную регуляцию иммунной системы, обмен веществ; должен способствовать повышению общей сопротивляемости организма, улучшению самочувствия, продлению активной жизни, снижению общей и профессиональной заболеваемости.

Существуют несколько видов лечебно-профилактических питаний в зависимости от вредного фактора, который воздействует на организм

работающих.

Для лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения, используют рацион лечебно-профилактического питания №1. Один из основных свойств в этого питания является – защитное действие.

Один из веществ, которое имеет защитную функцию, т.е. свойство радиопротектора является цистин. Если ввести продукты в рацион питания, имеющие цистин, т.е. это сыр, молочные напитки, творог и др., приводит к снижению влияния ионизирующих излучений. Кроме этого еще для того чтобы связать и вывести радиоактивные нуклиды необходимо включать в рацион питания продукты богатые пектиновым соединением, т.е. это овощи, фрукты, ягоды, а также свежие неосветленные соки из этих продуктов. Кроме продуктов, которые содержат цистин можно использовать другие аминокислоты, оксикислоты, желчные кислоты, нуклеиновые кислоты, ряд витаминов и минеральных веществ.

Также в рацион включают продукты с высоким содержанием липотропные вещества, которые стимулируют жировой обмен в печени и повышающие ее антиоксидантную функцию. К ним относятся печень, яйца, молоко и молочные продукты, рыба, овощи, плоды, растительные масла и др.

При попадании в организм работающих радионуклиды часто используют принцип связывания радионуклидов в ЖКТ. К таким продуктам относятся пищевые продукты богатые пектинами: груши, морковь, тыква, яблоки, сладкий перец, мармелад, зефир; антицианатами: слива, черная смородина, виноград, вишня; фитатами: зерновые(крупы), бобовые и др.

Кроме этого для ускорения выведения из организма радионуклидов нужно использовать продукты богатые клетчаткой, т.е. овощи, фрукты, крупы, хлеб грубого помола.

Также необходимо употреблять продукты богатые витаминами А, С и Е, которые имеют антиоксидантные свойства; и микроэлементы такие как, йод, цинк, селен, кобальт; и БАДы.

Дополнительно необходимо регулярно проводить пассаж желчи и мочи, которые способствуют в выведению радионуклидов. При этом употребляется дополнительное количество жидкости, настои трав, мочегонного и желчегонного происхождения.

Существуют также ряд пищевых продуктов, содержащих прооксиданты, их необходимо исключать. К ним относятся ревень, красная смородина и др. Нельзя много употреблять пищу, богатую жирами.

При правильном использовании вышеперечисленных пищевых продуктов, можем предотвратить различные патологические состояния, возникающие впоследствии воздействия ионизирующих излучений.

### **ПРОБЛЕМЫ ДЕОНТОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ**

**Турғунов Х.Б., Сирожиддинова З. М.**

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Деонтология в медицине – это совокупность этических приемов,

направленных на достижение максимально эффективного лечения, наука о моральном, этическом, интеллектуальном облике медицинского работника, о взаимоотношениях между врачом, больным и его родственниками, о взаимоотношениях в коллективе.

Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям врачу необходимо иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию ребенка и его родителей, четко представлять существующие в этой области деонтологические проблемы. Специфика стоматологии, особенно детской, определяет своеобразие конкретных деонтологических рекомендаций в условиях лечебного учреждения. В этом плане немаловажное значение имеет организационный фактор (расписание работы врачей, правила оказания неотложной помощи детям, оформление помещений стоматологических отделений или поликлиник и т.д.), что создает благоприятную психологическую атмосферу.

Важной отличительной особенностью работы детского врача-стоматолога является то, что лечение маленьких пациентов проводится при участии их родителей или родственников. Деонтологические проблемы могут возникнуть из-за характерологических особенностей родителей, из-за характера восприятия состояния здоровья ребенка и его поведенческих реакций во время лечения. Следует помнить, что сотрудничество врача с пациентом – ребенком не возникает автоматически: поведение ребенка требует правильной диагностики, бережного управления, формирования толерантного отношения ребенка к стоматологическим вмешательствам. В случаях, когда сотрудничество с ребенком невозможно, врачу приходится предлагать использовать физические или медикаментозные средства, что требует от стоматолога навыков не только знания психологии, но и навыков корректного общения для управления поведением взрослых в стрессовых ситуациях.

Поэтому детский стоматолог должен решать важнейшие психологические задачи: определить тип поведения ребенка и выбрать тактику ведения приема, заслужить и оправдать доверие ребенка и его родителей, избегать психологических ошибок, замечать отклонения в поведении ребенка от возрастной нормы, контролировать свои действия в процессе общения с ребенком и его сопровождающими лицами.

Опыт показывает, что в первую очередь следует установить контакт с ребенком. Если контакт установлен, и ребенок не сопротивляется врачу, выполняет просьбы врача, то манипуляции в полости рта следует начинать с более простых вмешательств, переходя к более сложным, без суеты, не спеша, помня о том, что каждое движение рук, выражение лица контролируется не только пациентом, но и его родителями.

Убежденное и четкое изложение сведений о состоянии стоматологического здоровья ребенка в доброжелательной, мягкой форме свидетельствует о высоком профессиональном уровне врача, вызывает доверие к нему лично и к учреждению, которое он представляет.

Для успешного лечения детей необходимо применять разработанные психологами бихевиоральные методы управления поведением ребенка (предварительная подготовка к стоматологическим вмешательствам, метод пошагового обучения, метод «покажи-расскажи-сделай»).

Создание атмосферы сотрудничества с ребенком и его близкими является одной из главных деонтологических задач в построении взаимоотношений комфорта.

Деонтологически правильные отношения с пациентом – ребенком и его родственниками, соблюдение обязательных этических требований в конечном итоге сказывается не только на результатах конкретного визита к стоматологу, но на выполнении перспективных врачебных предписаний.

Выработка у ребенка и его родителей мыслей о том, что они сами заинтересованы в плане выполнения лечебно-профилактических мероприятий, снимает многие деонтологические трудности.

Деонтологические, психологические, педагогические, психотерапевтические акценты в работе стоматолога - педиатра неотъемлемо связаны с важнейшими духовными и личностными качествами, необходимыми каждому, кто вступает на благородный путь оказания помощи детям.

### **ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА СПАЗМЕКС НА ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ**

**Турдиев П.К., Тожибоев С.Ш., Носиров А.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Воспаление - сформировавшаяся в процессе эволюции защитно-приспособительная реакция организма. Однако при этом существует предел, при выходе за который польза воспаления превышает вред для организма. Исходя из этого, фармакологическая регуляция воспалительного процесса обязательна как в изоляции очага воспаления, так и в лечении какой-либо болезни, в основе которой лежит воспалительный процесс. В клинической практике воспаление рассматривают как патологический процесс, и необходимо фармакологически регулировать развитие этого патологического процесса. Исходя из вышеизложенного, одной из актуальных проблем современной фармакологии является создание новых, более совершенных противовоспалительных препаратов. В этом плане наше внимание привлечен препарат пирензепин из группы М-холинолитиков.

**Цель исследования.** Целью настоящей работы является изучение специфического противовоспалительного действия препарата пирензепин.

Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи:

- Определить влияние Пирензипина и Диклофенака на пролиферативную фазу воспаления.

**Материал и методы.** Опыты проводили на белых крысах сомцах с массой 130-150 гр. для изучения влияния препаратов на пролиферативную фазу воспаления нами была использована модель «ватной гранулемы». Для создания

данной модели у крыс, находящихся под легким общим наркозом, в области спины тщательно выстригали шерсть и в асептических условиях делали разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 0,5-1 см. Затем через образовавшийся разрез кожи в подкожной клетчатке формировали полость, куда помещали предварительно простерилизованный ватный шарик массой 10 мг, после чего накладывали 1-2 шва. Животным первой – третьей групп в день операции и в последующие семь суток ежедневно один раз внутривенно вводили соответственно препараты : Спазмекс в дозе 1,0 и 3,0 мг/кг, Диклофенак – 10 мг/кг. Контрольные животные получали питьевую воду в соответствующем объеме. Через сутки после последнего введения препаратов (на восьмые сутки) животных под общим наркозом умерщвляли и извлекали ватные шарики с образовавшейся вокруг них грануляционной тканью, взвешивали на электронных весах (SINKO, Япония) и высушивали при температуре 60°C в течение нескольких суток до постоянного веса. О степени пролиферативной фазы судили по разнице между массой образовавшейся грануляционно-фиброзной ткани высушенной гранулемы и исходной массой шарика. Экссудативную реакцию оценивали по разнице между массами сырой и высушенной гранулемы.

**Результаты.** Результаты экспериментов проведенные нами, в данной серии под кожная имплантация ватных тампонов показали, что классический представитель нестероидных противовоспалительных средств – Диклофенак уменьшает образования гранулемы по сравнению с контролем на 45%. Как видно из данных Спазмекс, почти такая же степень торможения пролиферации нами отмечена у крыс, получавших Спазмекс и в несколько мене выраженной степени - у крыс получавших Спазмекс. Данных препарат в дозы 1,0 мг/кг Спазмекс способствовал торможению фазы пролиферация на 37,8% а 3,0 мг/кг – 14,2%. В данной серии экспериментов Спазмекс проявлял антипролиферативную действия аналогично Диклофенако. В отличие действия спазмекса на степень торможены фазы экссудации было не много меньше. Характерно, что спазмекс подавляют не только пролиферативную, но и экссудативную фазу воспаления.

**Выводы.** Для установления окончательных механизмов противовоспалительной активности спазмекс требуется проведение дополнительных фармакологических исследований. Полученные результаты позволяют рекомендовать спазмекс в фармакотерапии у больных, в генезе которых лежит воспалительный процесс различной локализации.

### **ЗНАЧИМОСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК (ТИА) В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ**

**Турсунова М.О., Абдуллаева М.М., Абдуллаева М.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Цель** - выявить по клиническим и анамнестическим данным ТИА и провести адекватную терапию с целью профилактики инсульта.

**Материал и методы.** В исследование были включены 46 больных (20 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 47 до 80 лет (средний возраст -  $62,4 \pm 7,6$  лет) с хроническими формами НМК. Распределение больных было следующим: преходящие НМК (транзиторные ишемические атаки) - 72%, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I-III стадий - 28% наблюдений.

**Результаты и обсуждение.** При описании транзиторных нарушений оценивали следующие аспекты: длительность, тип начала (острое, подострое, прогрессивное), очаговые симптомы (позитивные или негативные), общемозговые симптомы (нарушение сознания, дезориентация), имеется ли рецидивирующий характер нарушений, стереотипны ли они, предполагаемый сосудистый бассейн. Длительность ТИА составила от 2- до 15 минут.

Основными факторами риска ТИА явились возраст, артериальная гипертония, атеросклероз церебральных и прецеребральных (сонных и позвоночных) артерий, курение, заболевания сердца. При ТИА в системе внутренней сонной артерии на противоположной очагу ишемии стороне наблюдались зоны гипестезий, парестезии, как правило, ограниченные, захватывающие локальные участки кожи лица, конечностей. Реже обнаруживалась гемигипестезия. Возможно развитие центральных парезов, чаще ограниченных, локализованных в одной конечности или захватывающих только отдельную мышечную группу (кость, стопа, пальцы). Снижение мышечной силы, как правило, носит умеренный характер, при этом выявляются анизорефлексия, патологические рефлексии.

Нами показано, что основные особенности ТИА - кратковременность неврологической симптоматики (внезапное начало и быстрый регресс симптомов, в большинстве случаев ТИА разрешаются в течение 1 часа), преобладание очаговой симптоматики над общемозговой имеют важное значение для дифференциальной диагностики с гипертоническими кризами, острой гипертонической энцефалопатией и малым инсультом.

**Выводы:** полученные данные свидетельствуют о том что, оценка анамнестических данных, наряду с анализом клинических особенностей имеют важное значение в ранней диагностике ТИА в выборе тактики лечения и имеют прогностическую значимость в развитии ишемических инсультов.

## **ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПРЕКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Турсунова С., Реймназарова Г.Дж.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Рак шейки матки – это одна из редких злокачественных опухолей, развитие которых можно предупредить, потому что в большинстве случаев они появляются на фоне длительно существующих предопухолевых заболеваний. Проблема фоновых и предраковых заболеваний шейки матки имеет важное медико-биологическое и социально-экономическое значение, так

как лечение больных с предопухолевыми процессами требует значительно меньше материальных затрат, чем лечение больных раком, обеспечивает полную реабилитацию пациенток и улучшает качество и продолжительность их жизни. Диагностировать патологию можно с помощью общепринятых клинических, эндоскопических и морфологических методов в различных сочетаниях. Ежегодно более, чем у полумиллиона женщин диагностируется рак шейки матки, при этом около 200 000 – с летальным исходом. За последние 20 лет отмечается четкая тенденция «омоложения» предрака и рака шейки матки, который занимает первое место среди всех онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет. В Узбекистане рак шейки матки является вторым по распространённости видом рака среди женщин всех возрастов после рака молочной железы и второй по частоте причиной смерти женщин фертильного возраста после рака молочной железы. По оценочным данным ВОЗ, ежегодно в Узбекистане 1660 женщин заболевает раком шейки матки. Таким образом, бремя заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы, велико. В целях защиты от рака, женщинам после 30 лет применяется скрининг шейки матки. Это является равномерной рекомендацией для всего женского пола. Это потому, что скрининг шейки матки помогает обнаружить в ранней стадии, предотвратить рак шейки матки и получить комплексное лечение.

В климактерии на фоне возрастных инволютивных процессов в репродуктивной системе отмечается смещение переходной зоны в нижнюю часть эндоцервикса. Особенность этого периода – появление атрофических и дистрофических изменений в эпителии и строме шейки матки.

Возрастные особенности патологических процессов шейки матки ввиду изменения расположения стыка эпителиев:

- 1) у девочек наблюдается склонность к распространению воспалительного процесса (вульво-вагиниты);
- 2) у женщин репродуктивного возраста – склонность к воспалительно-пролиферативным изменениям, травматическим повреждениям. Дисплазия и рак чаще локализуются на экзоцервиксе;
- 3) у женщин в постменопаузе наблюдаются атрофически-дистрофические изменения, а озлокачествление эпителия нередко обнаруживается в цервикальном канале.

**Цель исследования** - ранняя диагностика и внедрение диагностических мер по предупреждению развития рака шейки матки.

**Методы исследования.** Исследование проведено на базе гистологической лаборатории многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Гистологическое исследование является объективным и нередко завершающим в комплексной диагностике патологии шейки матки. Уточненные морфологические критерии поражений шейки матки, полноценное гистологическое заключение имеют решающее значение для определения рациональной тактики ведения больной женщины и определения прогноза заболевания.

Материал для гистологического исследования был получен с помощью прицельной биопсии, конизации (аблации), соскоба слизистой цервикального канала, конусовидной ампутации шейки матки, исследования удаленной шейки матки.

Достоверность гистологического метода диагностики предраковых заболеваний и РШМ – 98,6%. Недостатком метода признана невозможность многократного применения при обследовании одной и той же пациентки.

Считается, что рак шейки матки может вызвать инфекция, передающаяся половым путем, и вирус папилломы человека (ВПЧ).

Профилактика рака шейки матки.

Первичная профилактика:

- вакцинация от ВПЧ;
- проведение санитарно-просветительной работы социальных и медицинских работников с формированием у женщин установки на здоровый образ жизни;

- своевременное лечение ИППП;

- использование барьерных методов контрацепции.

Вторичная профилактика:

- цитологический скрининг;

- ранняя диагностика и лечение лиц, имеющих предраковые заболевания шейки матки.

**Заключение.** Осуществление программ профилактики рака шейки матки и борьбы с ним способствует достижению целей тысячелетия в области развития посредством обеспечения всеобщего доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья с целью улучшения здоровья женщин.

Комплексное лечение рака шейки матки, профилактика его рецидива. Проблема фоновых и предраковых заболеваний шейки матки имеет важное медико-биологическое и социально-экономическое значение – лечение больных с предопухолевыми процессами требует значительно меньше материальных затрат, чем лечение больных раком. Ранняя диагностика обеспечивает полную реабилитацию пациенток и улучшает качество и продолжительность их жизни.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Узоков А.Б., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Остеохондроз позвоночника – одно из самых распространенных хронических заболеваний человека. Своевременная и качественная диагностика остеохондроза шейного отдела позвоночника (ОШОП) зависит от алгоритма обследования, выбора наиболее информативной методики визуализации, а также квалифицированной оценки диагностических изображений позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) специалистом. Объективизация

диагностических изображений, надлежащая подготовка кадров остаются насущной потребностью лучевой диагностики. На долю остеохондроза приходится до 40% неврологической и ортопедической патологии. Однако не только естественные процессы старения организма и нарушение обмена веществ являются «пусковыми» в развитии дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника. Несмотря на общепризнанность мультифакторной гипотезы, отдельные ее аспекты требуют дальнейшего изучения. Актуальность и многогранность проблемы остеохондроза требует оптимизации диагностики с помощью современных методов лучевой визуализации. Для рационального планирования профилактических и лечебных мероприятий, а также прогнозирования осложнений существует необходимость в изучении рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе, что позволит судить об архитектонике и состоянии трабекулярной и кортикальной костной ткани с учетом объективного количественного критерия.

Рентгенологическое исследование является ведущим в оценке характера и протяженности дегенеративно-дистрофического процесса. В общеклинической практике рентгенодиагностика остеохондроза основывается на изучении рентгенограмм (РГМ), выполненных в двух взаимно перпендикулярных проекциях, а также в двух косых (под углом 45°) проекциях, используется метод функциональной рентгеноспондилографии (ФРСГ).

Магнитно-резонансная томография. (МРТ) – современный метод диагностики ДДПП. Достоинства МРТ: неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, широкое поле изображения, возможность получения томограмм в любой плоскости (сагиттальная, коронарная, аксиальная), визуализация содержимого дурального мешка, корешковых каналов, паравертебральных областей, высокий межтканевой контраст, высокая чувствительность к патологическим изменениям в структуре тканей, возможность точной структурной характеристики ткани посредством использования различных пульсовых последовательностей, возможность визуализации сосудистого русла всех калибров и др.

Недостатки МРТ: наличие противопоказаний к выполнению МРТ (клаустрофобия, наличие ферромагнитных изделий в организме человека и др.), большая длительность исследования (пациент длительно находится в замкнутом пространстве), малая пропускная способность, высокая стоимость метода, нет достоверной оценки изменений костей и кальцинатов, нет точных изученных данных о воздействии магнитного поля на организм человека. Получаемый сигнал отражается в относительных единицах серой шкалы. По сравнению с рентгеновской плотностью (единицы Хаунсфилда), которая отражает степень абсорбции рентгеновского излучения тканями организма и является сопоставляемым показателем, интенсивность МР-сигнала является величиной непостоянной и относительной. Ввиду этого не рекомендуется сравнивать абсолютные величины интенсивности МР-сигнала, даже если исследование одного пациента выполнено на одном аппарате, в одно и то же

время суток, при одной и той же температуре и т.д. Использование МРТ для определения состояния минеральной плотности костной ткани сопровождается риском получения недостоверных данных, в том числе и из-за субъективности исследователя.

Рентгеновская компьютерная томография – высокоинформативный метод диагностики остеохондроза позвоночника. РКТ позволяет визуализировать структурные изменения позвонков, грыжимежпозвонковых дисков, «вакуум-феномен», определить стеноз позвоночного канала, изменения в атланто-осевом сочленении, артроз полулунных и суставных отростков, изменения связочного аппарата, а также оценить архитектуру и состояние костной ткани как качественно, так и количественно (оценка рентгеноденситометрических показателей как по шкале Хаунсфилда, единицы которой отражают степень абсорбции рентгеновского излучения тканями организма и являются сопоставляемым показателем, так и при выполнении количественной компьютерной томографии (ККТ) в единицах объемной плотности – мг/см<sup>3</sup>).

**Заключение.** Проблема остеохондроза шейного отдела позвоночника остается одной из важнейших в современной клинической медицине. Актуальность и медико-социальная значимость заболевания определили наш интерес к ней, а нерешенные и спорные вопросы свидетельствуют о необходимости поиска новых и эффективных методов лучевой диагностики остеохондроза позвоночника. Разработка новых объективных критериев оценки макро- и микроструктурных изменений элементов позвоночного сегмента при шейном остеохондрозе определяет возможность объективного суждения об архитектонике костной ткани, о деформационных изменениях элементов ПДС и определения их роли в развитии дегенеративно-дистрофических изменений.

### **СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА САЛОМАТЛИКНИ ТАРҒИБОТИ ВА ПРОФИЛАКТИКАНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Умаров Б.А., Махмудова М.Х., Муяссарова М.М., Зукурова Н.Б.**

Тошкент давлат стоматология институти,

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази  
[botirumarov64@gmail.com](mailto:botirumarov64@gmail.com), [zukurova.apple@gmail.com](mailto:zukurova.apple@gmail.com)

**Тадқиқотни долзарблиги.** Саломатлик тарғиботи тўғрисидаги фикрни Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, “Саломатлик тарғиботи одамларга ўз саломатлигини кузатиш ва яхшилаш имкониятини берадиган жараён”дир деб ҳисоблаган. Саломатлик тарғиботи, асосий эътиборни саломатликни белгиловчи, ўзгартириш мумкин бўлган омилларга, масалан, одамнинг соғлиқ билан боғлиқ индивидуал хулқ-атвори ва турмуш тарзи, даромади ва ижтимоий мавқеи, маълумоти, бандлик ва ишлаш шароитлари, соғлиқни сақлаш хизматларидан фойдаланиш даражаси ва жисмоний муҳитига қаратади. Бундай тарғибот учун қимматбаҳо дорилар ёки замонавий технологиялар шарт эмас. Унинг ўрнига фақат ижтимоий аралашув, яъни одамдан истак ва ҳаракатдан бошқа ҳеч нарсани талаб қилмайдиган воситалардан фойдаланилади.

**Тадқиқотни мақсади.** Саломатлик тарғиботи орқали, хозирги вақдаги соғлиқни сақлаш тизимида яратилган тиббий хизматдан фойдаланиш имкониятларини кенгайтириш ва зарурият туғилганида, бирламчи фаолиятларини амалга ошириш борасида тавсиялар берилади. Саломатлик тарғиботида, асосий эътибор саломатликни белгиловчи турли омилларни ўзгартиришга қаратилиши, унга нафақат соғлиқни сақлаш тизими, балки бошқа соҳалар ҳам жалб этилиши кераклигини ёдда тутиш лозим.

Соғлиқни сақлаш соҳасида касаллик ва жароҳатлар профилактикаси деганда касалликларнинг тарқалиш жараёнини тўхтатиш тушунилади (профилактиканинг биринчи босқичи). Аммо ушбу жараёнга, шунингдек, касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш, ва бу билан уларнинг жиддий ёки сурункали хасталикка айланишига йўл қўймаслик (профилактиканинг иккинчи босқичи) ҳамда хасталикнинг салбий оқибатларини камайтириш мақсадида уларни назорат қилиш (профилактиканинг учинчи босқичи) киради. Ушбу қисм, асосан профилактиканинг биринчи босқичига эътибор қаратади. Биринчи босқичга қуйидагилар кириши мумкин: бирламчи тиббий хизмат, бола туғилишидан олдин ва кейинги тиббий ёрдам, тўғри овқатланиш борасидаги таълимот, юқумли касалликларга қарши эмлаш компаниялари, эпидемияларни назорат қилишга қаратилган чоралар, хавфсизлик чоралари, турли муҳитда фалокатларнинг олдини олиш дастурлари, шу жумладан иш жойларида шикастланишларнинг олдини олиш, экологик муҳитнинг ёмонлашуви ва уруш-низолар оқибатини олдини олиш. Маълумотларга кўра, профилактиканинг биринчи босқичида амалга ошириладиган ишлар ва саломатлик тарғиботи касалликларнинг глобал асоратларини 70 фоизга пасайтириши мумкин. Саломатлик тарғиботи каби профилактика ҳам турли соҳалар вакилларининг ҳамкорликда иш олиб боришларини талаб қилади.

**Материаллар ва усуллар.** Профилактика уч босқичда олиб борилади:

1. Биринчи босқич: “касаллик профилактикаси даволанишдан осонроқ” деган қоидага кўра биринчи босқичда касалликнинг олдини олишга эътибор қаратилади. Бунда аввало ҳар бир киши ўзини касалликлардан асраш ва ҳимоялаш кераклигига урғу берилади. Масалан, одамларнинг саломатлик борасидаги фикрини ўзгартириш, эмлаш, яхши овқатланиш ҳамда улар яшаётган атроф-муҳитни ўзгартириш (зарарсиз сув билан таъминлаш, санитария ҳолатларини, турмуш даражаси, иш шароитлари) яхшилашга ҳаракат қилинади.

2. Иккинчи босқич: касалликка ўз вақтида ташхис қўйиб, вақтида даволаш ва бу билан унинг асоратсиз ўтишини таъминлаш иккинчи босқичда олиб бориладиган ишларнинг эътибор марказида туради. Масалан, маммограмма ёрдамида кўкрак саратони ёки кўзни текшириш орқали унинг хиралашиши (катаракта) ни аниқлаш; трахомани вақтида аниқлаб, антибиотиклар ёрдамида даволаш ва бу билан кўриш қобилияти чекланишлари олдини олиш; мохов касаллиги муолажасини вақтида бошлаб касалликнинг оғирлашмаслигини, синган суякни тузатиш ва энг маъқул йўллар билан унинг деформация бўлишини олдини олиш.

3. Учинчи босқич: бунда асосий эътибор касаллик ва ОФЧ асоратини камайтиришга қаратилади. Бунга реабилитация хизмати ва фаолиятни чекловчи омилларга таъсир кўрсатиб, одамнинг мустақиллиги, иштироки ва фаоллигини ошириш киради.

**Материаллар ва усуллар.** Тиббий хизмат турлари ривожланмаган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизими ўз хизмат доирасига кўра учга бўлинади: биринчи даражали тиббий хизмат, иккинчи ва учинчи даражали тиббий хизматларга. Бундай даражали тиббий хизматлар орасида муайян ўхшашлик ва тафовутлар мавжуд. Айни чоқда улар ўртасида ўзаро боғланиш мавжудки, биринчи даражали тиббий муассасада даволанган бемор, вазият тақозо қилса, йўлланма орқали иккинчи даражали шифохонага юборилиши ва у ерда муолажа давом эттирилиши мумкин.

**Натижа ва муҳокама.** Биринчи даражали тиббий хизмат деганда маҳаллий миқёсда кўрсатиладиган энг асосий тиббий хизмат тушунилади. Бундай хизматга одатда, тиббиёт марказлари ёки клиникалар жалб этилган бўлиб, одамлар биринчи навбатда айнан шу муассасаларга кўп мурожаат қилади. Сабаби, бундай муассасалар касалликни қисқа муддатда ва тез даволаши ҳамда сурункали касалликларни масалан мохов, тутқаноқ, сил, диабет билан оғриган беморларни кейин ҳам кузатиб боришни назарда туттади. Иккинчи даражадаги тиббий хизмат дейилганда эса туман даражасидаги катта клиника ва касалхоналар томонидан кўрсатиладиган ихтисослашган тиббий хизматни назарда тутилади. Биринчи даражада тиббий хизмат кўрсатадиган муассасалар лозим бўлганда иккинчи даражадаги туман клиника, касалхоналари беморларни йўллаши мумкин. Учинчи даражадаги тиббий хизмат деганда ўта ихтисослашган тиббий хизмат тушунилади. Бундай хизмат замонавий технологияларни пухта билладиган, тиббий ускуна билан ишлай оладиган малакали шифокор ва ҳамширалар томонидан кўрсатилади.

**Хулоса.** Бу даражага катта шаҳарларда жойлашган ва бутун мамлакат ёки минтақани қамрайдиган йирик касалхоналар киради. Бундай муассасаларда мия бўйича жарроҳлик, саратон турларини даволаш ёки ортопедик жарроҳлик муолажалари амалга оширилиши мумкин.

### САЛОМАТЛИКНИ ЯХШИЛАШНИНГ САМАРАЛИ ВОСИТАЛАРИНИ ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА ЖИСМОНИЙ МАШҚЛАР АСОСИДА БАҲОЛАШ

**Умаров Б.А., Махмудова М.Х., Муяссарова М.М.**

Тошкент давлат стоматология институти,

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

[botirumarov64@gmail.com](mailto:botirumarov64@gmail.com), [zukurova.apple@gmail.com](mailto:zukurova.apple@gmail.com)

**Тадқиқотни долзарблиги.** Жисмоний машиқлар талабанинг нафас олиш органларига ва руҳий ҳолатига яхши таъсир кўрсатади. Мушакларни мунтазам ҳаракатлантирилиб турилмаса инсоннинг марказий асаб тизими ижобий зарядлардан маҳрум бўлади. Сустлашган ҳаётий тонус, тушкунлик ҳолати

жаҳилдорлик ва ўзини қўлда тутиб туролмаслик реакциялари билан туташиб кетади. Жисмоний машқлар талабанинг нафақат жисмоний, балки руҳий ҳолатига ҳам ижобий таъсир этади, бу эса, ўз навбатида, таълим-тарбиявий ва соғломлаштириш жараёнининг самарадорлигини оширади. Инсон организми ривожланишининг қабул қилувчи даври талабалик ёшида яқунланади. Талаба ёшлар бу даврда ўқиш, ўрганиш, ижтимоий-сиёсий фаолият юритиш учун катта имкониятларга эга бўладилар. Айнан шунинг учун жисмоний тарбия ва спорт саломатликни мустаҳкамлаш учун муҳим восита ҳамда комил инсонни тарбиялаш учун табиий ва биологик асос ҳисобланади, ўқиш, фан билан шуғулланиш ва касб эгаллашга бевосита ёрдам беради.

**Тадқиқотнинг мақсади.** Жисмоний машқлар инсон органлари ва тизмлари фаолиятига ижобий таъсир этувчи турли силжишларни келтириб чиқаради. Жисмоний машқлар замирида мушак қисқаришлари ётади, мушаклар инсон вазнининг 3-4 қисмини ташкил этади. Мушаклар қисқариши энергияси ишлаётган мушакка кислород ва турли озиқлантирувчи моддалар оқимининг кўпайиши ҳисобига ҳосил бўлади, айти пайтда юрак ва ўпка фаолияти яхшиланади. Ишлаб турган мушакда кўплаб майда капилляр қон томирлар пайдо бўлади.

Шундай қилиб, мушаклар ривожланишида озиқланиш шароити яхшиланади, умумий қон айланиши енгиллашади. Талабалик даврида қон айланиши, ёш боланикига нисбатан сустроқ бўлади. Қон айланишини жадаллаштириш учун юрак ишлашини фаоллаштириш керак. Юрак фаолияти, ўз навбатида, мушаклар иши таъсирида яхшиланади. Мушаклар қичқарганда қон веналар орқали юрак томон ҳаракатланади, бўшаши чоғида эса капиллярлардан венага оқади.

Тинчлик, ҳаракатсизлик етарлича ҳаракатларнинг бажарилмаслиги юракка салбий таъсир кўрсатади ва турли касалликларга сабаб бўлади.

**Материаллар ва усуллар.** Кўплаб адабий манбалар ва ўтказилган тадқиқотлар таҳлили жисмоний тарбия амалий машғулотларида ўқув дастури бўйича ҳаракат кўникмаларини шакллантириш, ҳаракатларни бошқаришга йўналтирилган ўқув юкламасидан фойдаланилаётганлигини тасдиқлайди. Натижалар кўзга кўринарли эмас, чунки ўқув юкламаси ҳажми, жадаллиги унча баланд эмас. Жисмоний тарбия усул ва воситалари шахснинг типологик хусусиятлари, жисмоний ривожланиш, жисмоний аҳвол, Ўрта Осиё иқлими хусусиятларини ҳисобга олмайди. Баён этилганлардан шундай хулоса келиб чиқадики, ёшларни жисмоний етукликка эриштиришга, саломатликни асраш ва мустаҳкамлаш, иш қобилиятини оширишга йўналтирилган, илмий асосланган жисмоний машқлар деярли йўқ. Шунинг учун илмий асосланган жисмоний машқларни аниқлаш учун математик статистика усулидан фойдаланилади. Педагогик жараён омилларининг ўзаро боғлиқлиги хусусиятларини аниқлаш учун махсус дастур ишлаб чиқилган. Педагогик жараёнда унинг таркибига кирувчи омиллар ўзаро боғлиқдир. Бир омилни иккинчи омил ўзгартириш маҳорати педагогик жараён самарасини янада оширади.

**Натижа ва муҳокама.** Маълумки, жисмоний сифатларни тарбиялаш

жараёнида кучни, тезликни, чидамлийликни ривожлантириш орасида айрим ҳолларда ижобий алоқа, баъзан эса ўзаро боғлиқликни йўқлиги кузатилади, яъни юқорида санаб ўтилган сифатларнинг бирортаси ривожланса бошқа сифатлар ҳам ривожланади ва ниҳоят, салбий боғлиқлик, яъни бирор сифат ривожланса, бошқа сифатлар ривожига ёмон таъсир кўрсатади. Жисмоний тарбия соҳасидаги тадқиқотлар энг аввало, ўқув соғломлаштириш жараёнини ўрганиш билан боғлиқ. Кўлланилаётган усул ва воситаларнинг афзалликлари ҳақида ҳаракат сифатларнинг ривожланиши, юрак-қон тизими функцияларининг хусусиятлари кўринишидаги педагогик самара гувоҳлик беради. Педагогик самара икки сифат ва сон томонлама характерланади.

Методика педагогикани тадқиқотининг статистик усуллар билан бойитади. Улар ўзлари очган объектив қонунларни математик модель, яъни ўрганилган ҳодисанинг турли томонларини характерловчи кўрсаткичлар ўртасидаги у ёки бу муносабатлар кўринишида ифодалаш имконини берадилар. Кўрсаткичлар ўртасидаги маълум муносабатларнинг бундай модели функционал тобелик дейилади. Унинг моҳияти шундаки, бир кўрсаткичнинг ўзгариши қоидага биноан, иккинчи кўрсаткичнинг шунга хос ўзгаришига олиб келади. Функционал тобелик ҳақидаги билим тобе катталиқ функция кўрсаткичларини бошқарувчи катталиқ (аргумент) нинг исталган кўрсаткичларига қараб олдиндан айтиб бериш имконини беради. Бундан функционал амалий ва илмий аҳамияти келиб чиқади. Функционал моделлар баён этилган жараённинг боришини олдиндан айтиб бериш, бу жараённи бошқариш имконини берадилар ва самарали педагогик усулларни танлашга ёрдам берадилар.

**Хулоса.** Шундай қилиб, мушак тизимининг маълум морфофункционал ҳолати – муҳим ҳаётий заруратдир, унинг даражаси эса мушаклар кучининг кўрсаткичларида акс эттиради. Бундан келиб чиқадики, саломатлик учун мушак тизимининг маълум даражаси зарур экан. Амалий машғулотларда ҳаракат фаоллигининг оширилиши, юқори елка айланаси, қорин пресси мушакларини мустаҳкамловчи воситаларни жисмоний машқлар таркибига киритиш, уларнинг тонусини кўтариш қоматни яхшилаш, қоматни бузилишларини олдини олиш ҳаракатланувчи ва ички органлар фаолиятини яхшилайд.

Юқорида баён этилганларни ҳисобга олиб ҳар томонлама тайёрлик инсоннинг жинсий қобилиятини такомиллаштиришни талаб этади ва махсус машқлар орқали эришилувчи баркамол ривожланишнинг муҳим омили ҳисобланади, деган хулосага келиш мумкин.

### **РОНХОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ АНКЕТАЛАШ ОРҚАЛИ БАҲОЛАШ**

**Умрзоқов Ш.К., Юсупов Ж.Б., Воҳидов У.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти

Хуррак отиш ҳозирда оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади** бўлиб, ЛОР-аъзолари касалликлари бўлган беморларда ронхопатияни ташхислашнинг замонавий усуллари самарадорлигини аниқлаш ҳисобланди.

**Тадқиқотнинг материали ва усуллари.** Биз Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ЛОР бўлимида ётиб даволанган 130 нафар беморда тадқиқот ўтказилди. Барча беморларда ронхопатия касаллиги мавжудлиги сабабли ушбу беморлар тадқиқотга жалб қилинди. Ушбу беморлар 2 гуруҳга бўлинди. I гуруҳга ронхопатиянинг енгил шакли бўлган 80 бемор, II гуруҳга ронхопатиянинг ўрта-оғир шакли бўлган 50 бемор киритилди. Назорат гуруҳини 20 нафар амалий соғлом кўнгиллилар ташкил қилди. Беморлар орасида эркаклар 90 нафарни (69,2%), аёллар - 40 нафарни (30,8%) ташкил қилди. Студент критерийси ёрдамида маълумотлар ишончилиги текширилди, ҳамда Microsoft Excel 2016 ёрдамида статистик таҳлил ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқотга жалб қилинган 130 нафар беморлардан 96 нафари хуррак отиш шикоятлари билан ўзи мурожаат қилди. Уларнинг 63 нафарида бирламчи хуррак отиш давомийлиги 5 йилгача эканлиги аниқланди. Қолган 34 нафар беморлар бошқа шикоятлари билан мурожат этиб келган ва улардан хуррак отишлари тўғрисидаги маълумотни мақсадга йўналтирилган текшириш натижасида аниқладик. 130 нафар беморлардан 62 нафарида 5-20 йил давомийликдаги апноэсиз хуррак отиш аниқланди.

Ронхопатия фонида ЛОР-аъзолари касалликлари бўлган беморлар соғлиғининг ҳам физик компоненти, ҳам психик компоненти пасайганлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткичлар яққол II гуруҳ беморларда намоён бўлди. II гуруҳ беморларда I гуруҳ беморларга қараганда ҳаёт сифатининг яққол пасайганлиги физик фаоллик кўрсаткичида (PF) (86,35+6,8 ва 94,67+6,4; назорат гуруҳига қараганда  $p<0,05$ ), физик оғриқ кўрсаткичида (BP) (85,81+12,1 ва 92,4+10,5; назорат гуруҳига қараганда  $p<0,05$ ), ҳаёт фаолияти кўрсаткичида (VT) (82,76+10,4 ва 96,31+11,9; назорат гуруҳига қараганда  $p<0,05$ ), психик соғлиқ кўрсаткичида (MH) (88,46+12,1 ва 97,69+11,5; назорат гуруҳига қараганда  $p<0,05$ ) намоён бўлганлиги аниқланди. Иккала гуруҳда назорат гуруҳига қараганда соғлиқни умумий қабул қилиш кўрсаткичи (GH) ишончли пасайганлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткич I гуруҳ беморларда ўртача 82,93+15,1ни, II гуруҳ беморларда ўртача 74,15+10,4ни ташкил қилди, ҳамда назорат гуруҳига қараганда ишончилиги  $p<0,05$  бўлди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, ронхопатия фонида ЛОР-аъзолари касалликлари бўлган беморлар ҳаёт сифати пасаяди, шу сабабли уларда ЛОР-аъзолари касалликларини ўз вақтида даволаш ронхопатия белгиларини бартараф қилишга имкон беради.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Уринбоев А.Г., Вохидов У.Н.

Ташкентский стоматологический государственный институт

Чаще всего острая сенсоневральная тугоухость (ОСТ) обусловлена патологией рецептора (Кортиева орган) и корешков преддверно-улиткового нерва. Причины ОСТ разнообразны, важную роль в её развитии играют реологические нарушения и расстройство микроциркуляции в сосудах головного мозга, питающих внутреннее ухо, особенно его стволовой отдел - главным образом, в сосудах вертебробазиллярной системы.

**Целью настоящей работы** явилось оценивание эффективности глюкокортикоидной терапии и физиотерапии больных с ОСТ по результатам аудиометрии после лечения.

**Методы исследования.** Исследование и лечение больных проводили в условиях ЛОР-отделения 3 клиники ТМА в период с ноябрь 2020 г. по октябрь 2021 г. Всего обследовано и пролечено 32 больных (19 женщин и 13 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет). В комплекс исследований, составивший диагностический алгоритм, входили: тональная пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот, аккуметрия, вестибулометрия, импедансометрия и отоакустическая эмиссия.

Нами были обследованы и вылечены 24 больных, причиной которой являлся возникновение острой сенсоневральная тугоухости сосудистого генеза и имеющие гипертоническую болезнь с риском повышения артериального давления. Так же были обследованы 28 больных с острой сенсоневральная тугоухостью сосудистого генеза, не имеющие гипертоническую болезнь. У всех больных отсутствовало отравление химическими веществами, солями тяжелых металлов и вирусные этиологии.

Больные в основном жаловались на шум в ушах и резкое понижение слуха.

При лечении ОСТ мы в основном использовали следующие препараты: нейропротекторы, вазодилататоры, диуретики, а также препараты, улучшающие реологические, физико-химические свойства крови и улучшающие микроциркуляцию. Помимо вышеуказанных препаратов для нейропротекции нами были использованы глюкокортикостероиды (дексаметазон).

Всех обследованных больных мы разделили на 2 группы. В первой группе больных мы применяли Дексаметазон по 16 мг-5 дней, 12 мг-4 дня, 8 мг-3 дня, 4 мг-2 дня внутривенно капельно со 100 мл физиологическим раствором в первую половину дня. Во второй группе больных мы применяли Дексаметазон по 8 мг 2 раза и по 4 мг 1 раз в день-3 дня, по 8 мг 2 раза в день-3 дня, по 8 мг 1 раз в день-3 дня, по 4 мг 1 раз в день-3 дня, по 2 мг 1 раз в день-2 дня внутривенно капельно со 100 мл физиологическим раствором в первую половину дня.

Лечение каждому больному подбирали и проводили индивидуально в зависимости от преобладания тех или иных жалоб.

Эффективность проведённого нами лечения оценивали по исчезновению или уменьшению жалоб, с которыми больные обращались к нам до лечения. Особое внимание предъявляли изменению слуха, в сторону его улучшения и исчезновения, либо же по уменьшению шума в ушах и в голове.

**Результаты и их обсуждение.** Эффективность проведённого нами лечения оценивали по субъективным ощущениям больных и результатам повторно проведённых объективных методов оценки слуха.

Положительным результатом считали отсутствие прогрессирования тугоухости, так как ОСТ обладает свойством поступательного, неуклонного прогрессирования патологического процесса в улитке.

Улучшение разборчивости речи наблюдали у всех больных, общее состояние также улучшилось, а сон нормализовался.

В первой группе больных при использовании Дексаметазон по выше приведенной схеме положительной стороной является использование Дексаметазона только один раз в день и предотвращение переливания лишней жидкости в организм, не было выявлено повышение артериального давления. Отрицательной стороной является незначительное повышение артериального давления.

Во второй группе больных при использовании Дексаметазона по выше приведенной схеме положительной стороной является неповышение артериального давления. Отрицательной стороной является использование Дексаметазона три раза в день и переливание лишней жидкости в организм.

В обеих групп больных уменьшение интенсивности шума в ушах и в голове наблюдалось у 40 больных (63%), у 16 больных (25%) шум прекратился, у 8 больных (12%) характер шума в ушах и в голове не изменился. У большинства больных 43 (67%) слух улучшился почти до +10дБ, у 35 (55%) больного уровень слуха не изменился.

Эффективность лечения ОСТ сосудистого генеза зависит как от его своевременного начала, так и от правильного его подбора, направленного в первую очередь на устранение этиологического фактора. Так как этиологическим фактором ОСТ у обследованных нами больных является гипертоническая болезнь, то первостепенными задачами является контроль артериального давления и своевременное лечение гипертонической болезни.

Таким образом, следует **вывод**, своевременное и адекватное лечение с применением препарата дексаметазона, позволит максимально и эффективно вылечить больных с острой сенсоневральной тугоухостью.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.

Усманова А., Муратова Н.Д.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Введение.** Ожирение – одно из самых социально значимых хронических заболеваний, принявшее масштабы эпидемии, при этом все большее внимание привлекает ожирение беременных. Несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число беременных с ожирением в экономически развитых странах достигает 15,5–26,9% и постоянно увеличивается, в связи, с чем актуальность этой проблемы приобретает особую значимость. Во время беременности создаются благоприятные условия для развития жировой клетчатки, биологический смысл которой заключается в метаболической защите будущего ребенка. С первых дней беременности начинаются гормональные изменения в организме женщины: повышенный синтез прогестерона, хорионического гонадотропина, пролактина и плацентарного лактогена, стимулирующих отложение жировой ткани в организме.

**Цель исследования** – изучение влияния избыточной массы тела у женщин на течение и исход беременности и родов, антропометрические показатели новорожденных.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни беременных женщин, поступивших в ГРК №9. Всем женщинам определяли индекс массы тела (ИМТ) по формуле:  $ИМТ = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ . За начальные показатели массы тела принимали массу тела в момент постановки на учет. Интерпретация показателей ИМТ:  $\leq 16$  – выраженный дефицит массы тела; 16-18,5 – недостаточная (дефицит) масса тела; 18,5-24,99 – норма; 25-29,99 – избыточная масса тела; степени ожирения: 30-34,99 – I степень; 35-39,99 – II; 40 и более – III.

**Результаты.** Изучение историй болезней показало, что среди пациенток 8 – 27% были первобеременными, и 22 – 73% повторнобеременными. Анализ индекса массы тела показал, что чаще встречались женщины с I степенью ожирения – 23 беременные (76,6%), реже со II степенью – 20% и одна пациентка с III степенью ожирения (3,3%). Результаты изучения течения беременности и родов у женщин с ожирением показали, что достоверно чаще наблюдались такие нарушения, как анемия, гестационная гипертензия и преэклампсия. Обращает на себя внимание исход беременности и родов у данных женщин. Так, нормальные роды без осложнений протекали у 6 – 20% беременных. У 18 – 60% пациенток роды также проходили через естественные родовые пути, но имели следующие осложнения: ДРПО наблюдался у 23%, разрыв промежности также у 23% - 7 больных, разрывы промежности различной степени – 23%, дефект последа с последующим РОМП – 16,6%. Роды путем кесарева сечения закончились у – 20%. Все дети родились живыми. Изучение антропометрических показателей новорожденных родившихся от

женщин с ожирением показало, что 10 (33,3%) из них имели повышенную массу тела, в среднем  $3885,3 \pm 87,7$  г (от 3600 до 4000 г), при этом средняя длина тела составляла  $52,3 \pm 0,68$  см; 9 (30%) новорожденных имели показатели крупного плода их масса тела составляя 4000 и более грамм. Количество детей с нормальной массой тела при рождении составила 11, что составляет 37% от всех новорожденных.

**Выводы.** Ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является неблагоприятным фоном для развития и течения беременности, а также оказывает негативное влияние на исход родов. Это влечёт за собой не столько медицинские, но в большей степени экономические проблемы, которые связаны с высокой частотой госпитализаций, увеличением стоимости медикаментозной терапии, оперативного родоразрешения и приводит к длительному пребыванию пациентки в акушерском стационаре. Таким образом, женщинам с избыточным весом необходимо корректировать рацион питания для снижения рисков развития неблагоприятных перинатальных исходов.

**ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИДА ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК  
ТЕХНОЛОГИЯ АСОСИДА ФИЗИОЛОГИЯ ФАНИДА  
МАСТИКОЦИОГРАММАНИНГ МУҲИМЛИЛИК ДАРАЖАСИНИ  
ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ**

**Усманова С., Усанова С.Т.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Мақсад** - замонавий тиббиётнинг ривожланиши ва янгиликларни жамиятимиздаги ҳар бир тиббиёт талабаларига янгиликлар асосида мавзуларни ўқиш жараёнида “Biopac student lab” мультимедия дастур орқали стоматология соҳасига доир юз-жағ мушакларининг ишчи босим кучини ва прикусларни текшириш.

Замонавий тиббиётнинг ривожланиши ва янгиликларни жамиятимиздаги ҳар бир тиббиёт талабаларига янгиликлар қўймоқда. Президентимиз томонидан олий ўқув юртлигининг қурилишига, олий таълим муассасаларини қайта реконструкция қилиш ва талабаларнинг илм олиши учун яратилаётган шароитлар жадал ривожлантирилишига катта эътибор берилмоқда. Таълим масканларини янги жиҳоз, асбоб-ускуналар, такомиллаштирилган дастурлар, модернизация қилинган, тажриба синовдан ўтган стандартлар, дарсликларнинг янги авлоди билан (ижара тариқасида) таъминлаш, компьютерлаштириш давлат дастурлари асосида изчил амалга оширилмоқда.

Бугунги кунда бир қатор мамлакатларда ўқувчиларнинг ўқув ва ижодий фаолликларини оширувчи ҳамда таълим тарбия жараёнини самарадорлигини кафолатловчи интерфаол методларни қўллаш борасида катта тажриба тўпланган бўлиб, ушбу тажриба асосларини ташкил этувчи методлардан бири Тошкент стоматология институтидаги физиология кафедрасида олиб бориладиган ўқув жараёнларидан мисол қилиш мумкин. Масалан, овқат ҳазм

қилиш мавзусини олсак, юз-жағ мушакларини текшириш ва оғиз бушлигида овқат ҳазм қилиш жараёнини кузатиш тажрибаларини мастикоциография “Biorac student lab” М.М.дастур орқали интерфаол методлар билан дарслар олиб борилиши ва бу тажрибалар талабаларда катта қизиқиш уйғотишини кузатдик. Мастикоциографияда талабани юз ва жағ қисмига махсус тасма боғланиб, уни компьютерга уланади компьютер эса биопак аппаратиға уланган ҳолда бўлади. Натижада талабаға буйруқ берилиши захотиёғ оғзига бирор егулик солиб чайнашни давом эттиради. Чайнаш жараёни экранда эгри чизик бўлиб кўринади. Чайнаш - озик моддалар оғиз бўшлиғига қаттиқ бўлакчалар ёки ҳар хил даражадаги суюқлик ҳолатида тушиши мумкин. Озик модда ҳолатиға қараб оғиз бўшлиғида механик ва кимёвий ишловдан ўтказилади ёки дарҳол ютиб юборилади. Юқориги ва пастки қатор тишлар ёрдамида озик моддани механик парчаланиши чайнаш деб аталади. Чайнаш чайнов, шиллиқ ва тил мускуллари қисқариши орқали амалға оширилади. Оғиз бўшлиғидаги рецепторлардан импульслар уч шохли нерв орқали узунчоқ мияға, у ердан кўрув думбоғиға ва бош мия пўстлоғиға боради. Чайнашни бошқаришда узунчоқ миянинг ҳаракатлантирувчи ядролари, қизил ядро, қора модда, пўстлоқ ости ва пўстлоқ тузулмалари иштирок этадилар. Чайнашни бошқаришда иштирок этадиган нейронлар тўплами чайнаш маркази деб аталади. Чайнаш куйидаги даврлардан иборат: тинч даври, овқат лўқмасини оғизға киритиш, тусмоллаш (чамалаш), асосий давр, овқат лўқмасини ютишға тайерлаш даври. Бу тажрибаларни бажариш билан бир қаторда бўлажак стоматологлар амалиётға тайёргарликни ошириб бориши кузда тутилган натижа бериши мумкин.

### **ОРТОДОНТИК МИКРОИМПЛАНТЛАРНИ ҚўЛЛАШНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ**

**Усмонова М., Батиров Б., Шаамухамедова Ф.А.**

Тошкент давлат стоматология институти  
[behzoddee@gmail.com](mailto:behzoddee@gmail.com)

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** Ортодонтик даволашнинг асосий элементларидан бири бир ёки бир нечта тишларнинг ҳаракатланиши учун таянч яратишдир.

Тошкент давлат стоматология институти Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедрасида 2019 йилдан т.ф.д., профессор Р.Н.Нигматов, И.М.Нигматова ва 2021 йилдан К.Акбаров ва Ж.Қодировлар ортодонтиядан микроимплантларни қўллаш устида иш олиб боришмоқда.

**Тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари** - ортодонтик микроимплантларни ўрнатиш учун кўрсатмаларни аниқлаш. Микроимплантлар ёрдамида даволаш режасини тузишни ўрганиш.

**Материаллар ва усуллар.** Тадқиқотда тиш-жағ аномалиялари бўлган ва тўлиқ шакланган доимий прикусға эға бўлган 68 бемор иштирок этди. Барча беморлар диагностик текширувдан ўтказилди. Антропометрик, цефалометрик

тахлиллар, компьютер томографияси асосида индивидуал даволаш режалари тузилди.

**Натижалар.** 43 беморга (ўрганилганларнинг 63%) даволаш режасида бир ёки бир нечта ортодонтик микроимплантлар ўрнатилди. Улардан 17 бемор (40%) даволаш режасида тиш - альвеоляр ўсимта таянчи стационар мақсадида микроимплантлар ёрдамида чўктирилди; 8 бемор (18,6%) ретенцияга учраган тишларни тиш ёйига олиб чиқилди; 9 бемор (20,9%) алохида тишларнинг дистализациясини талаб қилди; 7 бемор (16,3%) тиш олишдан сўнг тиш катаги нуқсонлари ёпилди; 2 беморда (4,6%), окклюзион юзани текислаш учун юкори ва пастки жағларнинг фронтал тишлари чўктирилди.

**Хулоса.** Тиш ҳаракати билан ортодонтик даволашда кортикал таянчдан фойдаланиш даволаш сифатини яхшилайти ва унинг давомийлигини қисқартиради. Ортодонтик микроимплантлар ёрдамида қўшимча стабилизация тишларнинг бир қатор ҳаракатларини амалга оширишга имкон беради.

Микроимплантлар билан муваффақиятли даволанишга ортодонт томонидан эҳтиёткорлик билан даволашни режалаштириш, шунингдек, ҳаракатлар кетма-кетлигига риоя қилиш ва жарроҳ-стоматолог билан мувофиқлаштириш орқали эришилади.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Усмонова М.Д., Саидхонов С.С., Сулаймонова Г.Т., Ахмедова Ф.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Профилактика и лечение заболеваний слизистой никогда не теряют актуальности из-за высокой распространенности данной патологии.

В зависимости от локализации очага воспаления различают стоматит, глоссит, гингивит, пародонтит и другие заболевания.

**Цель работы.** В настоящее время один из основных задач врача-стоматолога является вовремя диагностировать стоматологические проявления у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, и подобрать наиболее адаптированный алгоритм их лечения в зависимости от клинических проявлений в полости рта.

**Материал.** Практически не существует патологии, которая не отражалась бы на состоянии слизистой полости рта. При этом сходство клинического проявления в полости рта различных по этиологии и патогенезу заболеваний, способствует трудностям при постановке окончательного диагноза. В связи с новыми фактами врачи считают, что стоматологический осмотр полости рта и зубов должен быть включен при диагностировании коронавируса. В отделении интенсивной терапии, каждый пациент должен быть осмотрен, а после выписки пациент должен наблюдаться у врача-стоматолога. При COVID-19 стоматологические заболевания могут возникнуть в связи с ослаблением иммунной защиты.

**Методика исследования.** Нами были проведены исследования у больных с патологией слизистой полости рта, направленных на консультацию в стоматологическую поликлинику. В исследовании приняли участие 40 человек, ранее переболевший COVID-19, 20 мужчин и 20 женщин старше 18 лет. Также мы провели лабораторные исследования, которые включали интерпретацию результатов бактериального посева налета слизистой полости рта.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинические методы исследования включали сбор жалоб пациента и анамнеза с учетом данных из выписок историй болезни, представленных лечебным учреждением для консультации, оценку клинического течения заболевания. Стоматологическое обследование больных проводилось по общепринятой схеме, включающей осмотр слизистой оболочки полости рта (цвет, влажность, наличие и локализация элементов поражения) и оценку состояния зубов, отсутствие санации полости рта, наличие зубных отложений, наличие и качество ортопедических конструкций. Наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на различные высыпания, дефекты, появление бляшек, трещин и язв в ротовой полости.

Во время консультации из анамнеза выяснялось, что пациенты ранее переболели коронавирусной инфекцией. Во время осмотра у большинства больных, отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Причиной галитоза могут быть и респираторные инфекции. При пневмонии, которая является одним из ведущих осложнений COVID-19, отмечается неприятный запах. Мужчины при этом реже отмечали галитоз, чем женщины. Практически каждый второй пациент (38%), обратившийся за стоматологической помощью, отмечал появление язв на щеках. Больные при этом предъявляли жалобы на боль при приеме пищи, при разговоре, акте жевания и глотания. Остальные 15% жаловались на гипосаливацию.

На фоне вышеперечисленных неприятных ощущений пациенты отмечали потерю в массе тела, снижение аппетита, некоторые вообще отказывались от приема пищи из-за ощущения вкуса еды «как вата» и сильной боли.

У 63 % пациентов после проведения бактериологического исследования был поставлен диагноз кандидоз. Грибы рода *Candida* в норме присутствуют у 40–60 % людей, относятся к условно патогенным. Увеличение КОЕ более  $10^3$ – $10^4$  степени приводит к клиническому кандидозу с характерными симптомами. Нет доказательной базы, что является изначальным фактором развития кандидоза: COVID-19 или прием антибактериальных препаратов при пневмонии. Грибковую инфекцию подтвердило бактериологическое исследование.

У некоторых больных отмечается и псевдомембранозный налет на языке в виде белых бляшек. Слизистая оболочка твердого нёба частично гиперемирована, отмечают петехиальные изменения 15,2% пациентов. Эритематозная сыпь у пациентов различалась по внешнему виду. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в полости рта у пациентов,

переболевших коронавирусной инфекцией, является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Развитие обострения заболеваний пародонта обусловлено проведением антибиотикотерапии и, как следствие, нарушение баланса микроорганизмов полости рта. Наличие сухости в ротовой полости влияет на развитие заболеваний, обусловленных пародонтальными патогенными факторами, и инфекционных поражений полости рта по типу кандидоза. Следует отметить, что в 50% случаев отмечались заболевания пародонта.

Для выявления сопутствующей патологии больным были рекомендованы консультации других специалистов-терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога. По результатам обследования больным назначалось комплексное патогенетическое и этиотропное лечение с учетом принципов индивидуального подхода. Во время осмотра пациентам рекомендовалась санация полости рта с проведением профессиональной гигиены.

### **ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т.**

Андижанский государственный медицинский институт

В вопросах медицинского обслуживания детей существенное значение имеет изучение заболеваемости госпитализированных.

Рассматриваемые ниже материалы представляют анализ результатов специальной разработки данных стоматологических больных детей, собранных нами из отделений детской хирургической стоматологии ТГСИ и челюстно-лицевой хирургии Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан, выполненных в период 2016-2018 гг.

Уровень госпитализации детей в возрасте до 18 лет с заболеваниями челюстно-лицевой области составляет «на 100 тысяч» детского населения в среднем по области 40,4%. В возрасте до 1 года он был максимальным (55,1%).

Наиболее частыми причинами госпитализации (у 73,4% больных детей) были воспалительные заболевания мягких тканей (в основном флегмоны и абсцессы), врожденные пороки развития челюстно-лицевой области, остеомиелиты челюстей, анкилозы височно-челюстных суставов и новообразования. Мальчики чаще госпитализировались со стоматологическими заболеваниями, чем девочки (в 1,3 раза). Причем у мальчиков всех возрастов преобладали заболевания, требующие экстренной хирургической помощи.

Наиболее часто подвергались различным хирургическим вмешательствам больные дети с новообразованиями (79%), это объясняется необходимостью радикального лечения данной патологии; с врожденными пороками развития (84%); третье место занимают больные дети, нуждающиеся в устранении рубцовых изменений (49%), четвертое – больные дети с одонтогенными и неодонтогенными воспалительными заболеваниями (90%) случаев.

Оперативные вмешательства, проведенные при данных нозологиях, определяют объем оказания основной работы хирургических стоматологических стационаров и поэтому требуют к себе особого внимания.

Для разных возрастных групп характерны различные оперативные вмешательства. В раннем возрасте (до 1 года) почти половину всех оперативных вмешательств составляли: хейлопластика (39%) случаев. На втором и третьем году жизни тенденция оперативных вмешательств (хейлопластика) значительно уменьшалась и составила (30%) случаев. На 4-5-м году жизни основным оперативным вмешательством составило периостотомия и вскрытие абсцессов и флегмон (42%), удаление доброкачественных опухолей (7%) и хейлопластика (2%) случаев. В возрастной группе дошкольников (5-6 лет) среди операций наряду с периостотомией и вскрытием абсцессов и флегмон, удалением причинных зубов и корней, значительно увеличивается удельный вес уранопластики (17%) случаев. У школьников 7-12 лет, так же как и в предыдущей возрастной группе, - ведущее место занимало периостотомия и вскрытие флегмон и абсцессов (29,5%), однако значительным был и удельный вес удалений доброкачественных опухолей (5,0%), уранопластики (2%) и хейлопластики (1%) случаев. Однако по статистике в возрастной группе 13-18 лет наблюдалось увеличение оперативных вмешательств и удельный вес составлял по поводу периостотомии, вскрытия флегмон и абсцессов (22%) и удаления зубов и корней (21%), больных детей оперированных по поводу доброкачественных опухолей (19%), врожденных расщелин неба (3%) случаев.

### **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА**

**Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Н.Х.**

Андижанский государственный медицинский институт,  
Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Фурункулы и карбункулы лица чаще наблюдается у лиц молодого возраста. По данным С.М. Курбангалеева и соавт., (1997), 65,4% больных были в возрасте 12-40 лет. Фурункул чаще (64,2%), чем карбункулы (15,1%) локализовались на лице.

**Материалы и методы.** За 7 лет (2015-2022) на стационарном лечении в Андижанского областного многопрофильного больницы кафедры хирургической стоматологии АГМИ и кафедра хирургической стоматологии – ТГСИ. Кафедра хирургической стоматологии ТГСИ, по поводу фурункулов и карбункулов лица находились 258 (162 мужчины и 96 женщин) больных в возрасте 15-73 лет, что составляет 3,59% к общему числу госпитализированных, из них у 197 (76,35%) - фурункулы, у 61 (23,65%) - карбункулы. Наибольшее число больных были в возрасте 15-30 лет. Сроки обращения больных от начала заболевания: через 2 сут - 42, через 3 сут - 77, через 4 сут - 49, через 5 сут - 35, через 6 сут - 16, через 7 сут - 26 и более 8 сут - 13. При этом у 29 больных имелись различные сопутствующие заболевания.

Первичный очаг в верхней зоне локализовался у 29, в средней – у 175, в нижней – у 54 больных. Осложненное течение фурункулов и карбункулов лица мы наблюдали у 41 (15,89%) больного. Первое место среди этих осложнений занимает тромбофлебит лицевых вен (30 больных). Продолжительность пребывания с фурункулами составляла 7,1 койка дня, при осложненном течении – 17,9.

**Вывод.** Своевременное применение антибактериальной терапии в больших дозах, инфузионной, симпатической, иммунотерапии и местной оксигенотерапия с парами этилового спирта, антибиотикосодержащие волокнистый сорбент в виде дренажей, а также операции по показаниям предотвращают тяжелые осложнения, приводят к быстрому улучшению состояния больных и выздоровлению.

### ИЗУЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Фаттахов Р.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Разнообразные дисфункции со стороны ВНС являются проявлениями профессионального стресса и формируются под воздействием физических, психоэмоциональных и интеллектуальных нагрузок. В свою очередь, длительно существующие нарушения регуляции ВНС приводят к усилению психовегетативных изменений, формированию СВД и, в конечном итоге, приводят к снижению профессиональной адаптации.

Для оценки вегетативного статуса применялось тестирование по методике А.М.Вейна с использованием опросника и исследование окулокардиального феномена (рефлекса Ашнера-Даньини) у 220 курсантов-стоматологов, проходивших обучение на факультете повышения квалификации врачей-стоматологов ТГСИ в период с 2018 по 2022 гг.

У обследованных врачей преобладала симпатикотония (84,2%) среди причин которой можно назвать психогенные (профессиональный стресс), химические (различные препараты, используемые в практике) и физические факторы (переутомление, вибрация, рентгеновское излучение и излучение световой лампы). Кроме того, в работе врачей присутствует специфический стрессор – стоматологический пациент в состоянии психоэмоционального напряжения. Существующая симпатикотония приводит к нарушениям сна, проблемам с дыханием и пищеварением, частым головным болям и головокружениям и обязательным нарушениям психоэмоциональной сферы самого врача – такой специалист хуже выполняет свои функциональные обязанности, могут наблюдаться нервные срывы, наблюдаются депрессии.

Также интерес представляло изучение вегетативного тонуса среди специалистов разного стажа. С увеличением срока стажа снижается количество врачей с эйтонией (с 18,13% до 7,52% увеличивается количество ваготоников (с 5,41% до 17,53%). Но не выявлено достоверной разницы между врачами разного стажа в показателе «симпатикотония» ( $P < 0.001$ ).

Тонус ВНС зависит и от уровня профессионального стресса. При низком уровне профессионального стресса наблюдалось большое количество врачей с эйтонией (37,0%), при умеренном стрессе их количество было 3,5%, а при высоком уровне стресса – всего 0,7%. Была выявлена прямая корреляционная связь между уровнем профессионального стресса и типом тонуса ВНС ( $r=0,21$ ;  $p=0,026$ ).

Эти данные подтверждались исследованием окулокардиального рефлекса Даньини-Ашнера.

Наблюдалась слабая и замедленная реакция на раздражители. У большинства участников исследования вегетативная реактивность была извращена - ускорена или замедлена. Среди врачей стажем 1-3 года вегетативная регуляция была повышена в 41,2% случаев, понижена в 26,4%; среди специалистов стажем 4-9 лет – 43,1% и 30,2% случаев, соответственно; среди специалистов со стажем свыше 10 лет в 35,2% рефлекс был повышен и в 38,7% - замедлен. Эти данные дают основание утверждать, что у обследованных врачей наблюдалось напряжение функциональных регуляторных систем. Изменение вегетативных регуляций соответствовало выраженности профессионального стресса. Такое преобладание извращенной вегетативной реактивности доказывает существование вегетативной дисфункции и является клиническими признаками СВД (синдром вегетативной дистонии).

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА**

**Хабибуллаев Х., Исмаилова Ш., Абдуганиева Ш.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[shohistaismoilova7@gmail.com](mailto:shohistaismoilova7@gmail.com)

**Актуальность.** Работа даже небольшого приемного кабинета врача предусматривает создание и ведение множества разных документов. Ведение карточек пациентов, запись на прием к врачу, отчеты по зарплате, учет выдачи медикаментов и множество других бумажных работ должно ежедневно осуществляться в любом стоматологическом учреждении. Для выполнения таких работ придется нанять несколько сотрудников, но лучше воспользоваться современным способом - установив соответствующие компьютерные программы, то есть, организовав автоматизированное рабочее место врача.

**Цели и задачи.** Благодаря успешному развитию компьютерных технологий появилась возможность организовать комплексное управление, что повышает эффективность труда врачей, существенно разгружает их, а также упрощает работу администрации лечебного заведения. Давайте рассмотрим, каким образом, используя программы для лечебных клиник можно сделать более удобной ежедневную работу с людьми и документами, пользуясь компьютером, смартфоном или планшетом.

Во-первых, одним из моментов, на которые необходимо обращать

внимание при выборе любого программного обеспечения является его простота в использовании. Это особенно важно, если учитывать то обстоятельство, что любая программа автоматизированного рабочего места врача еще не получила широкой популярности. Приложение обязано быть предельно понятным, в том числе и человеку, который еще не пользовался и незнаком с такими новинками.

Во-вторых, программа для кабинета или клиники должна быть многофункциональной и удобной.

В-третьих, приложение должно быть доступно пользователю независимо от того, где он находится – дома или на работе.

**Использованные и изученные методы.** Какими функциями располагают программы для автоматизированного рабочего места?

При помощи программного обеспечения для медицинских учреждений можно выполнять следующие работы:

- Регистрация пациентов и запись на прием к врачу.
- Ведение медицинских карт.
- Учет врачей и персонала.
- Составление расписания приема врачей.
- Общая статистика по приемам.
- Составление планов лечения.
- Учет выполненных работ и услуг
- Расчет стоимости лечения.
- Ведение истории болезни.
- Учет оплаты и расчеты с пациентами.
- Учет расходных материалов и медикаментов.
- Расчет заработной платы персоналу и так далее.

**Обсуждение.** Даже этот, далеко не полный список возможностей, демонстрирует насколько облегчается и упрощается работа врача, администрации, бухгалтерии и собственника лечебного заведения.

**Выводы.** Программа для приемных кабинетов поликлиник, которая устанавливается на компьютер, и аналогичное онлайн приложение по своим функциональным возможностям, отличается от программ клиник и стационаров. Принимая решение приобрести, то или иное программное обеспечение, необходимо обязательно принимать во внимание, где и каким образом сохраняется вся электронная документация. Безусловно, при установке приложения на компьютер, данные хранятся в системе, а пользуясь им в онлайн режиме, вся имеющаяся информация сохраняется на сервере. Каждый человек, который имеет даже небольшой опыт работы с компьютером, хорошо знает о том, что и супер современное устройство может неожиданно выйти из строя, что приводит к потере всех имеющихся данных.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТОНЗИПРЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В  
ГЛОТКЕ**

**Хайдаров Ф.И., Шарипова А.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический тонзиллит относится к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей, им страдает от 4 до 20% населения страны, и несмотря на различные методы лечения, количество больных не уменьшается. Одной из основных причин, по которым эти больные обращаются к врачу, является боль в глотке.

Актуальной проблемой после двусторонней тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде. После перенесенной операции у этих пациентов из-за сильной боли в горле нарушается сон, больные отказываются от приема пищи, что негативно влияет на течение послеоперационного процесса. Боль беспокоит больных около 6-7 дней. Интенсивность боли, как правило, соответствует выраженности местных реактивных явлений в глотке: в виде гиперемии и отека небно-глочных и небно-язычных дужек, а иногда и мягкого неба. Для уменьшения боли в глотке в первые дни после тонзиллэктомии назначают анальгетики, седативные препараты. Однако эти средства противопоказаны при тяжелых заболеваниях печени и почек, могут вызывать аллергические реакции.

При лечении пациентов с заболеваниями респираторного тракта, в том числе с хроническим тонзиллитом, широко используются антибактериальные средства. Однако это может приводить к формированию резистентности возбудителей бактериальной инфекции из-за перехода вегетирующих форм стрептококка под влиянием антибиотиков в L-формы, которые сохраняются длительное время в макроорганизме в составе иммунных комплексов, тем самым создавая предпосылки к рецидивам болезни. Также имеются данные об угнетающем влиянии большинства антибиотиков на иммунореактивность организма посредством повреждающего действия иммунокомпетентных клеток.

Исходя из вышеизложенного представляется актуальным поиск и применение новых противовоспалительных препаратов. Поэтому нами изучается возможность применения препарата Тонзипрет для лечения больных с хроническим тонзиллитом, у которых одним из ведущих симптомов являлась боль в горле.

Тонзипрет – комплексный гомеопатический препарат (регистрационное удостоверение ЛС-001652), разработанный компанией «Бионорика» для лечения больных с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей (тонзиллита, фарингита и ларингита), ведущим симптомом которых является боль. Тонзипрет представляет собой комбинацию трех лекарственных растений: лаконоса американского (*Phytolacca Americana*), гваякового дерева (*Guaiaecum officinale*) и перца стручкового (*Capsicum annuum*). Наличие в

препарате этих компонентов обеспечивает выраженное противовоспалительное и анальгезирующее действие: в частности, препарат обладает анальгезирующим эффектом, благодаря содержанию в нем плодов красного стручкового перца. А лаконос американский оказывает также иммуномодулирующее действие. Тонзипрет выпускается в лекарственной форме – таблетки для рассасывания.

Нами в клинике ЛОР-болезней Московского медико-стоматологического университета для определения эффективности препарата Тонзипрет проведено лечение 85 пациентов с хроническим тонзиллитом в возрасте от 17 до 45 лет в период с 2009 по 2010 г. Включительно. Из них было 44 (51,8%) мужчины и 41 (48,2%) женщина. После клинического обследования больные были разделены на две группы:

Первая группа: 33 пациента с хроническим компенсированным тонзиллитом, которым было проведено консервативное лечение;

Вторая группа: 52 пациента с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, которым было проведено хирургическое лечение.

Если в первой группе преобладали больные со сроком заболевания от 1 года до 5 лет, то во второй – от 5 до 10 лет.

Для обследования и лечения отбирали больных с точно установленным диагнозом хронического тонзиллита как с компенсированной, так и декомпенсированной формой. У всех больных собирали анамнез, выясняли жалобы, проводили клиническое исследование до, во время и после лечения. Во время фарингоскопии выявляли степень выраженности воспалительного процесса, определяли визуально размер небных дужек и их консистенцию, наличие в лакунах патологического секрета или казеозных масс. Пальпаторно определяли регионарные лимфатические узлы (их величину, спаянность с окружающими тканями, болезненность при пальпации).

Форму заболевания определяли согласно классификации, принятой на VII Всесоюзном съезде оториноларингологов. Согласно этой классификации в первую группу вошли пациенты, у которых хронический тонзиллит характеризовался только местными проявлениями, такими как гипертрофия небных миндалин, данный признак встречался у 19 пациентов (57,6%); болевыми ощущениями в глотке – у 27 пациентов (81,8%); наличием жидкого гноя или казеозного детрита в лакунах небных миндалин – у 24 пациентов (72,7%). Из вышеизложенного видно, что основным субъективным симптомом у этих больных была боль в горле. Во вторую группу вошли пациенты, у которых хронический тонзиллит характеризовался не только местными признаками, но и общими проявлениями в виде рецидивов ангин, субфебрильной температуры, снижения работоспособности, функциональных болей в суставах и подчелюстного лимфаденита. Учитывая, что больным второй группы до поступления в клинику проводилась консервативная терапия с кратковременным эффектом или без эффекта, то им была проведена двусторонняя тонзиллэктомия. Оценку состояния больных после тонзиллэктомии проводили по данным клинического обследования. Для оценки

субъективных жалоб и реактивных явлений в раннем послеоперационном периоде нами была использована схема, предложенная Б.С. Преображенским в 1970 г. Мы оценивали в раннем послеоперационном периоде общее состояние больного, его температурную реакцию, субъективные ощущения в горле, реакцию со стороны тонзиллярных ниш и окружающих ниши тканей. Больных первой группы лечили консервативно. Для оценки результатов лечения была использована разработанная нами шкала: ухудшение состояния – 1 балл – усиление боли и более выраженные местные признаки; без изменения – 2 балла – у больных не произошло изменений в болевых ощущениях, и фарингоскопическая картина осталась прежней; незначительное улучшение – 3 балла (удовлетворительный результат) – уменьшение болевых ощущений в глотке и уменьшение выраженности местных признаков хронического тонзиллита; исчезновение боли – 4 балла (хороший результат) – купирование болевых ощущений в глотке и уменьшение выраженности местных проявлений; исчезновение боли – 5 баллов (отличный результат) – купирование болевых ощущений и нормализация местных проявлений. Статистическую обработку проводили с использованием метода попарных сравнений с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки средней величины (m), степени вероятности (P). Достоверным считалось различие более 95% ( $p < 0,05$ ). Перед началом лечения больных первой группы мы разделили на две подгруппы. Контрольная подгруппа А (n=15) получала только базисную терапию, включающую в себя меры по нормализации нарушенной дренажной функции небных миндалин (механическое удаление казеозного детрита и жидкого гноя и промывание лакун раствором фурацилина) и физическое воздействие на них низкочастотным ультразвуком. Для этого использовался генератор УРСК-7 Н-22 в комплексе с вакуумным отсосом – аппарат «Тонзиллор». Ежедневно в течение 10 дней больным проводили по одному сеансу. Основная подгруппа В (n=18) больных с компенсированной формой хронического тонзиллита получала кроме базисной терапии также лечение препаратом Тонзипрет. Тонзипрет назначался в форме таблеток для рассасывания во рту, по одной таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, причем больные этой подгруппы не получали других лекарственных препаратов. У пациентов подгруппы А купирование болевого симптома и нормализация местных признаков происходили на  $8 \pm 1,8$  дня проводимого лечения, в то время как у пациентов, которым к базисной терапии был добавлен Тонзипрет, – на  $6 \pm 1,4$  дня ( $p < 0,05$ ). В таблице 2 показана динамика изменений местных признаков хронического тонзиллита у больных подгруппы А. Как видно из таблицы, гипертрофия небных миндалин до проводимого лечения наблюдалась у 9 ( $60 \pm 10,8\%$ ) пациентов. Непосредственно после лечения этот признак наблюдался у 4 ( $26,7 \pm 11,4\%$ ) пациентов. В последующем, через месяц, при фарингоскопическом осмотре он диагностировался у 7 пациентов ( $46,7 \pm 9,8\%$ ). При изучении динамики выраженности боли в глотке нами были получены следующие результаты. Данный симптом был у 12 пациентов ( $80 \pm 11,2\%$ ) этой подгруппы. После лечения жалобы на болевые ощущения в глотке предьявляли

6 пациентов ( $40 \pm 10,6\%$ ). Как видно из таблицы 2, гнойный секрет в лакунах небных миндалин у пациентов подгруппы А наблюдался у 10 больных ( $73,3 \pm 9,8\%$ ), после лечения – у 3 пациентов ( $20 \pm 8,6\%$ ), а через месяц при фарингоскопии он диагностировался у 7 пациентов ( $46,7 \pm 9,6\%$ ). Оценка эффективности лечения пациентов подгруппы А показала следующее: «отличный» результат был получен у 3 больных (20%), «хороший» – у 6 больных (40%), «удовлетворительный» – у 4 больных (26,7%), у 2 больных (13,3%) лечение оказалось неэффективным. Динамика изменения болевого симптома и местных признаков у больных в подгруппе В представлена в таблице 3. Гипертрофия небных миндалин была выявлена до лечения у 11 пациентов ( $61,1 \pm 10,2\%$ ). После лечения она была диагностирована только у 3 пациентов ( $16,6 \pm 7,7\%$ ). Через месяц после проведенного лечения данный признак был у 5 пациентов ( $27,7 \pm 10,7\%$ ). На боль в глотке предъявляли жалобы до лечения 15 пациентов ( $83,3 \pm 11,2\%$ ). После проведенного лечения эти жалобы были только у 2 пациентов ( $13,3 \pm 8,8\%$ ), а через месяц после лечения – у 4 пациентов ( $22,2 \pm 9,5\%$ ). До лечения гнойный секрет в лакунах определялся у 13 пациентов ( $72,2 \pm 10,4\%$ ), после проведенного лечения – у 3 пациентов ( $16,6 \pm 7,8\%$ ), а через месяц – у 5 пациентов ( $27,7 \pm 9,8\%$ ). Эффективность лечения у пациентов подгруппы В представлена следующим образом: «отличный» результат был получен у 10 пациентов (55,6%), «хороший» – у 5 пациентов (27,7%), «удовлетворительный» – у 2 пациентов (11,1%), лечение оказалось неэффективным у 1 пациента (5,5%). Больных второй группы, которым была проведена двусторонняя тонзилэктомия, также разделили на 2 подгруппы. Подгруппа С была контрольной (n=20): пациентам в послеоперационном периоде проводили полоскание глотки растворами фурацилина и мирамистина. Подгруппа Д была основной (n=32): этим больным после тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде проводилось лечение препаратом Тонзипрет. Кратность приема составляла 8-12 таблеток в сутки и зависела от выраженности реактивных явлений в глотке в раннем послеоперационном периоде: по мере стихания боли и исчезновения реактивных явлений кратность приема снижалась до 3 раз в день. Курс терапии составлял 8-12 дней. Мы провели сравнение выраженности болевого симптома, а также его продолжительности в раннем послеоперационном периоде у больных второй группы после двусторонней тонзиллэктомии. Сравнительные результаты представлены в таблице 4. После двусторонней тонзиллэктомии по окончании обезболивающего эффекта анестетиков у всех пациентов была боль в горле, резко усиливавшаяся при проглатывании пищи и слюны. При легкой степени отмечалась незначительная боль при глотании слюны и пищи. Средняя характеризовалась уже значительной болью при глотании, при которой больные ограничивали себя в количестве съеденной пищи. Тяжелую степень отмечали у больных, которые жаловались на сильную боль при глотании, при которой больные отказывались от приема пищи. Из таблицы 4 видно, что в контрольной подгруппе (С) у 6 пациентов ( $35 \pm 10,2\%$ ) была незначительная боль в горле при глотании, у 9 пациентов ( $40 \pm 11,1\%$ ) после тонзиллэктомии

была выраженная боль при глотании и еще у 5 пациентов ( $25 \pm 8,0\%$ ) боль в горле была такой, что они отказывались от приема пищи. В основной подгруппе (Д) болевые ощущения распределились следующим образом. Легкая степень болевой реакции была у 26 пациентов ( $81,2 \pm 9,3\%$ ), средняя степень – у 5 пациентов ( $15,6 \pm 6,9\%$ ). У одного пациента ( $3,1 \pm 1,1\%$ ) основной подгруппы была диагностирована тяжелая степень болевой реакции. Также следует сказать, что продолжительность болевых ощущений в глотке у пациентов этих подгрупп была различной: в контрольной подгруппе они наблюдались  $7 \pm 2,1$  дня, при этом наибольшая выраженность болевой реакции приходилась на 2-3-й день, затем наблюдалось ее ослабление; в основной подгруппе боль в глотке наблюдалась  $4 \pm 2,5$  дня ( $p < 0,01$ ), ее ослабление наступало уже в первые сутки применения Тонзипрета. Местные изменения в глотке после тонзилл-эктомии у больных контрольной подгруппы (Д) наблюдались дольше, чем у больных основной подгруппы (С). Таким образом, у большинства пациентов основной подгруппы (С) болевая реакция была менее выраженной и более короткой в раннем послеоперационном периоде после двусторонней тонзиллэктомии, с менее выраженными реактивными явлениями в тонзиллярных нишах, чем у больных контрольной подгруппы (Д). репарат растительного происхождения Тонзипрет оказывает выраженный клинический эффект при комплексном лечении больных с различными формами хронического тонзиллита как при консервативном лечении, так и при быстром купировании субъективных симптомов в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших двустороннюю тонзиллэктомию, что дает право рекомендовать его для лечения больных с хроническим тонзиллитом.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ**

**Хайтмурадова Н.Н., Шамсиев Д.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[hayitmuradova.nargis@icloud.com](mailto:hayitmuradova.nargis@icloud.com), [dfshamsiev@mail.ru](mailto:dfshamsiev@mail.ru)

Эндоскопическое исследование в настоящее время является наиболее достоверным методом исследования полости носа, состояния околоносовых пазух их естественных соустьев.

Эндоскопическое исследование проводилось при обследовании до операции и интраоперационно, во время эндоскопической синусотомии. Всего было обследовано 27 пациентов. Полученные данные представлены в таблице 1.

Необходимо отметить, что данные передней риноскопии и эндоскопических данных существенно отличаются, в основном из-за данных эндоскопического исследования среднего носового хода.

Полипозные разрастания слизистой оболочки обнаружены у 17 пациентов, причем у 6 больных они полностью обтурировали носовые ходы, у 12 полипы выходили за пределы среднего носового хода.

## Данные эндоскопического исследования

Патология	Число пациентов
Гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа	21
Деформация носовой перегородки	14
Гипертрофия нижних носовых раковин	18
Отсутствие нижних носовых раковин	1
Деформация средних носовых раковин	2
Полипы	17
Патологическое отделяемое	24
Синехии	1
наличие спаечного процесса в области ОМК	3
Всего было обследовано	27

Искривление носовой перегородки обнаружено у 14 пациентов, что составило 51%. Причем чаще, в 10 случаях, искривление наблюдалось в сторону пораженной пазухи. У 2 пациентов при эндоскопическом исследовании был обнаружен бугор носовой перегородки, что при передней риноскопии не было отмечено.

Кроме того, при осмотре до анемизации у 21 больного визуализирована гиперемия слизистой оболочки носа. У 18 больных была обнаружена гипертрофия нижних носовых раковин, у 6 из них после анемизации задний конец нижних носовых раковин не сокращался.

Тщательно осмотреть структуры остиомеатального комплекса удается осмотреть далеко не у всех пациентов. У этих пациентов как правило визуализировались не все структуры остиомеатального комплекса, так например у одного пациента соустье в верхнечелюстную пазуху было заблокировано гипертрофированным крючковидным отростком, причем хроническое воспаление в области крючковидного отростка возникло видимо из-за гребня носовой перегородки, располагающимся на этом уровне.

Патология средней носовой раковины: патологически изогнутая средняя носовая раковина обнаружена в 2 случаях, буллезная гипертрофия средней носовой раковины - у 3 пациентов.

У одного пациента обнаружена *bulla ethmoidalis*, которая блокировала соустье верхнечелюстной пазухи, в ее полости обнаружены гной, полипы - хронический очаг инфекции, который провоцировал рецидив ранее оперированного гайморита. Что характерно, у всех этих больных основной жалобой было затруднение носового дыхания на одноименной стороне.

Данное наблюдение показывает, что у больного с наличием несанированного очага гнойной инфекции в ходе предыдущих операций возникали рецидивы гайморита. Имеющийся очаг воспаления способствовал поддержанию хронического воспаления в области среднего носового хода, что блокировало соустье и нарушало эвакуацию содержимого из пазухи.

У 3 пациентов после радикальной операции в области среднего носового

хода мы выявили выраженный спаечный процесс.

У 24 больных в носовых ходах обнаружено патологическое отделяемое: у 8 - слизь, у 5 - слизисто-гнойное отделяемое, у 11 - гной.

Полученные данные при эндоскопическом исследовании позволяют не только определить непроходимость соустья, но и выяснить причину этой непроходимости.

## **ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Хакимов А.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность проблемы.** Минимизация повреждения лицевого нерва является одной из важнейших задач хирургии околоушной области и делает необходимым постоянное совершенствование старых и развитие новых методик вмешательств на околоушной слюнной железе (Жилонов А.А. 2016).

Околоушная слюнная железа характеризуется сложным анатомо-топографическим взаимоотношением с лицевым нервом.

Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используется две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва.

Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шило-сосцевидного отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости, продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

**Материалы и методы исследования.** В частной клинике “Posolstva krasoti” город Ташкент используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы. Образование удаляется под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилежащей железистой тканью в объеме субтотальной или частичной резекции доли железы. Препарирование и выделение ветвей лицевого нерва осуществляется в большинстве случаев ретроградно и выделяются только те ветви, которые прилежат к зоне резекции. В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва.

**Результаты.** Анализ 12 проведенных операций за 2020-2022 г. показал, что 7 (58%) с плеоморфными аденомами, 3 (25%) с аденолимфомами, 2 (17%) с другими доброкачественными опухолями. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 46 (53%) случаев. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно, и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь).

**Вывод.** Показатели послеоперационной нейропатии 1-2 по шкале HBS (House-Brackman Scale). Ретроспективный анализ послеоперационного лечения через 6-12 месяцев показал, что в 96% случаев произошло полное восстановление функции ветвей лицевого нерва.

### **ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ТИШЛАР ҚАТОРИДАН СИНИШИДА ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ Хакимов А.А.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Мавзунинг долзарблиги.** Юз-жағ соҳаси жароҳатлари орасида пастки жағ суяги синишлари энг кўп кузатилади (77% дан 95% гача). Охирги йилларда нафақат юз суяклари синган беморлар сони кўпайди, балки транспорт жароҳатлари ҳисобига тананинг бир неча соҳаси зарарланиши ва беморларнинг умумий аҳволи оғирлашиш кўрсаткичлари ҳам ўсди. Юз суяклари жароҳатланган беморлар стационар даволанаётган стоматологик беморларнинг 30% ини ташкил этади. Пастки жағ суяги синишини даволаш тарихи бир неча юз йилга бориб тақалади. Бу ўтган вақт давомида бир неча даволаш усуллари ва фиксацияловчи қурилмалар ишлаб чиқилди, суяк тўқимаси регенерациясини тезлаштирувчи препаратлар ва физиотерапевтик усуллар таклиф этилди. Адабиётлар маълумотларини ўрганиш натижасида пастки жағ суяги синиши ва уни даволаш муаммолари бўйича охирги йилларда каттагина ютуқларга эришилганлигини хулоса қилиш мумкин. Бир неча йиллар аввал бўлакларни доимий фиксациялаш асосан тиш усти халқасимон шиналари орқали амалга оширилган. Бу усулда фиксациялаш ўзига яраша мусбат сифатларга эга бўлиши билан биргаликда мутахассисларга яхши маълум бўлган камчиларга ҳам эга. Жағ суяклари синишларини замонавий даволаш суяк жароҳатларининг бирламчи битишини таъминловчи репаратив регенерация учун оптимал шароит яратишга асосланган. Жағ суяклари остеосинтези учун ишлаб чиқилган принциплар: бўлакларнинг аниқ репозицияси; бўлаклар синиқ юзаларининг бир-бирига тўлиқ тегиб туришини таъминлаш; бўлакларни турғун фиксациясига эришиш. Юқоридаги принципларга асосланиш эрта муддатда бирламчи суяк битишига эришишни таъминлайди. Бу талабларнинг барчасига ишлаб чиқарувчилар фикрича титан пластина ва минивинтлар жавоб беради.

**Ишнинг мақсади** - пастки жағ суяги тиш қаторидан синганда халқасимон шиналар ва титан пластина, минивинтлар билан даволаш эффективлигини таққослаш.

**Материал ва методлар.** Беморлар ТДСИ клиникасининг катталар юз-жағ жароҳлиги бўлимида ва “Posolstva krasoti” хусусий клиникасида кўрилди. Беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳ 20 та беморда пастки жағ суяги халқасимон шина ёрдамида иммобилизация қилинди. 2-гуруҳ 20 та беморда титан пластина ва минивинтлар ёрдамида остеосинтез усули қўлланилди.

Клиник-статистик ўрганишлар 18-45 ёшдаги пастки жағ суяги тиш қаторидан синган 40 та беморда олиб борилди. Беморлардан анамнез йиғилди, ташқи кўрик амалга оширилди, клиник ва лаборатор текширувлар ўтказилди, муружаат қилган вақтда ва операциядан сўнг рентгенологик текширув ўтказилди. Диаметри 1,5 мм, узунлиги 9 мм бўлган титан минивинт ва пластина ҳамда 1,8-2,2 мм ли алюмин ҳалқасимон шинадан фойдаланилди.

**Натижа ва хулосалар.** Операциядан кейинги беморлар ҳолати куйидаги критериялар бўйича баҳоланди: меҳнат фаолиятининг тикланиши; чайнов функциясининг тикланиши; операциядан кейинги асоратларнинг кузатилиш хавфи; ўтказилган манипуляцияга боғлиқ ҳолда соматик касалликлар зўрайиши.

Ўтказилган изланишлар натижасида куйидаги натижаларга эга бўлдик: иккинчи гуруҳда 18 та беморда (90%) пародонт тўқимасининг енгил жароҳати кузатилди, 2 та беморда эса (10%) – ўртача оғирликда, 1-гуруҳда 8 та беморда (40%) ўртача оғирликдаги парадонт тўқимаси жароҳати кузатилди, 12 та беморда эса (60%) – парадонт тўқимасида узоқ вақт реабилитация талаб этувчи оғир жароҳатлар кузатилди.

Чайнов функцияси остеосинтез операцияси ўтказилган беморларда операциядан кейин 3-5 суткада тикланди. Ҳалқасимон шина кўйилган беморларда эса чайнов функцияси шиналар оғиз бўшлиғидан олингандан сўнг 4 ҳафтадан кейин тикланди.

1-гуруҳ беморларида овқатланишнинг бузулиши ҳисобига ошқозон-ичак касалликлари зўрайиши кузатилди. 2 та беморда сурункали гастрит ва 1 та беморда сурункали холецистит ўткирлашди. 2-гуруҳ беморларида чайнов функциясининг эрта тикланиши ҳисобига бундай патологик ўзгаришлар кузатилмади.

Меҳнат фаолиятининг бутунлай тикланиши 2-гуруҳ беморларида 14 суткага тўғри келди, 1-гуруҳда эса бу муддат 35 кундан 43 кунгача чўзилди.

**Хулосалар.** Пастки жағ суяги тиш қаторидан синган беморларни даволаш усуллари таққослаб титан пластина ва минивинтлар билан остеосинтез усулида даволаш нисбатан эффектив усул деган хулосага келдик. Бу усул беморларнинг меҳнатга лаёқатсизлик муддатини 3 маротаба қисқартирди, парадонт тўқимаси ва тишлар травмасини олдини олиш имконини берди, шунингдек чайнов функциясининг эрта тикланишига сабаб бўлди, натижада ошқозон-ичак тизими касалликлари зўрайиши олди олинди.

### ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Хакимова С.И., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** В последние годы одним из актуальных проблем современной стоматологии все еще остается челюстно-лицевой травматизм из-за его неуклонного роста, высокой частоты встречаемости и тяжелого течения. Так,

по данным ВОЗ, частота регистрации сочетанных травм в мире за последние 10 лет выросла в 2,5 раза. Необходимо отметить, что среди всех травм челюстно-лицевой области перелом нижней челюсти составляет около 80%, и с каждым годом все чаще встречаются тяжелые формы таких травм. Несмотря на постоянное совершенствование стоматологии, применение современных эффективных методов лечения удельный вес посттравматических осложнений при переломах нижней челюсти составляет 5-35%. Следовательно, все еще имеется востребованность в поиске эффективных методов лечения больных с данной патологией.

**Цель исследования.** На основании результатов проведенных исследований ряда авторов провести сравнительную оценку эффективности использования различных антисептических растворов в комплексе с оральными ирригаторами у больных с переломами нижней челюсти.

**Методы исследования.** Для проведения анализа результатов исследований по вышеуказанной проблеме, нами использованы исторические, аналитические методы исследования.

**Результаты исследования.** Проведенный анализ литературы позволил выявить некоторые особенности, повреждений лицевого скелета, среди последних наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти (от 70% до 85%). Несмотря на применение различных современных методов и средств лечения, число инфекционно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших. По мнению ряда авторов, развитие инфекционно-воспалительных осложнений при переломе определяется анатомо-физиологическими особенностями как самой нижней челюсти, так и окружающих ее мягких тканей, а также наличием в полости рта значительного количества условно патогенной микрофлоры. В комплексном лечении и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений наряду с общей антибактериальной терапией и коррекцией гомеостаза важным компонентом является местное воздействие на инфицированную костную рану. Одним из способов введения препаратов являются внутрикостные инфузии как антибактериальных средств, так и гипохлорита натрия. При переломе происходит разрыв сосудов разного калибра как в самой кости, так и в окружающих ее мягких тканях. Острые нарушения кровоснабжения кости приводят к стойкой блокаде микроциркуляторного русла, внезапному падению внутрикостного давления, резкому замедлению кровотока, тканевой гипоксии и ишемическому стазу в капиллярах. Внутрикостные вливания основаны на использовании тесной анатомической связи открытой сети своеобразных венозных капилляров (синусов) губчатого вещества с регионарным внекостным сосудистым руслом. В современных условиях в некоторых работах встречается использование оральных ирригаторов в гигиене полости рта, т.е. аппарата, который смывает струей воды или лекарственным препаратом бактерии из труднодоступных мест.

**Выводы.** Высокая частота встречаемости переломов нижней челюсти,

частое проявление воспалительных процессов в полости рта при традиционном методе иммобилизации создает потребность разработки современных, менее травматичных и более эффективных методов иммобилизации. По проведенному анализу можно сделать вывод, что применение оральных ирригаторов улучшит состояние гигиены полости рта и поможет получить положительную динамику заживления костной раны.

**ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ У ПОТОМСТВА,  
РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ  
ГЕПАТИТОМ И В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ ГЕПАТИТА**

**Халиков А.С., Тулеметов С.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Вопросы охраны материнства и детства являются важнейшей задачей современной медицины. Дальнейшие успехи в этой области связаны с тщательным изучением влияния внешних факторов на развитие плода и потомства. Известно, что потомство многих видов млекопитающих, в том числе и человека, является незрело-рожденным, а следовательно роль пищеварительной системы, и в первую очередь печени, имеют большое значение для адаптации новорожденного в период раннего постнатального онтогенеза. Однако, имеющиеся литературные данные не содержат тщательного анализа морфофункциональных особенностей печени у новорожденных. Кроме того, в доступной нам литературе практически отсутствуют работы, посвященные изучению состояния печени потомства в условиях патологии печени матери в период беременности.

Целью нашего исследования явилось изучение процессов раннего постнатального становления сосудисто-тканевых структур печени у крысят, рожденных от матерей с хроническим токсическим гепатитом и в условиях коррекции гепатита матери.

Модель хронического гелиотринного гепатита у самок воспроизводили еженедельной инъекцией гелиотрина в дозе 0,5 мг на 100 г массы в течение 6 недель. После последней инъекции животных разделили на 2 группы: 1 группа - крысы с хроническим токсическим гепатитом; 2 группа - крысы с хроническим токсическим гепатитом, получившие эссенциале форте и карсил в течение 30 дней. После окончания лечения к ним подсаживали самцов. Через 10 дней после последней инъекции к самкам 1 группы подсаживали самцов. Потомство крыс изучали на 3, 7, 21 и 30 сутки после рождения. Для исследования были взяты кусочки печени крысят в 3, 7, 21 и 30 сутки постнатального развития. Взятый материал подвергли к общеморфологическим, морфометрическим и электронно-микроскопическим методам исследования. Для изучения внутриорганных сосудов печени внутрисердечно вводили раствор черной туши по оригинальной методике М.А.Колесова (1978) через левый желудочек сердца. Просветление сосудов производилось по методу А.Г.Малыгина (1956).

Установлено, что значительные нарушения обнаружены в микроструктуре печени у новорожденных крысят (3-7 сутки), рожденных от крыс с хроническим токсическим гепатитом: гепатоциты располагались рыхло и беспорядочно, разделяясь широкими и полнокровными синусоидными гемокапиллярами. В некоторых гепатоцитах отмечались явления гидропической дистрофии. В отдельных клетках наблюдался пикноз и лизис ядер. Увеличивались размеры гепатоцитов  $14,5 \pm 1,1$  (в контроле  $12,0 \pm 0,32$ ), количество двуядерных печеночных клеток  $1,7 \pm 0,2$  (в контроле  $1,20 \pm 0,04$ ). У животных, рожденных от самок в условиях коррекции гепатита подобных воспалительно-деструктивных изменений в сосудисто-тканевых структурах печени не отмечалось. Лишь местами в междольковой соединительной ткани выявлялась инфильтрированность мононуклеарными клетками и локально расширенные синусоидные гемокапилляры. Через 21 сутки развития у животных первой группы наблюдалось некоторое усиление степени выраженности вышеизложенных патоморфологических изменений. Местами на фоне отчетливой балочно-дольчатой структуры печени, отмечались места с дисконкомплексацией паренхимы печени. Здесь же печеночные клетки располагались беспорядочно. В междольковой соединительной ткани выявлялись инфильтрированность мононуклеарными клетками. Венозные сосуды печени местами расширенные, полнокровные. А у животных второй группы в этот срок наблюдалась отчетливая балочно-дольчатая структура печени.

Исследование животных в более отдаленные периоды развития (в 30-сутки) показало, что у животных первой группы наблюдались значительные индивидуальные колебания степени выраженности патоморфологических изменений печени и характера возрастной динамики. Если у некоторых крысят с возрастом они постепенно несколько стихали, то у части животных они наоборот, несколько усиливались. Сохранялась отечность портальных трактов. Местами встречались гепатоциты с деструктивно-дистрофическими изменениями ядра и цитоплазмы. Увеличены звездчатые ретикуло-эндотелиоциты в количестве и размерах. У животных второй группы в этот срок микроструктура печени приобретал типичное дольчатое строение. Отчетливо выявлялись портальные тракты, представленные рыхлой волокнистой соединительной тканью. Сосудистый рисунок печени так же соответствовал к таковой взрослых интактных крыс.

Таким образом, наши исследования показали, что патология печени матери приводит к изменению морфологического состояния, вызывая в них воспалительные процессы с последующей задержкой и отставанию в постнатальном онтогенезе. А коррекция патологии печени матери до беременности способствует к профилактике этих патоморфологических изменений и к течению процессов постнатального развития и становления внутренних органов в подчинении нормальным генетически детерминированным процессам.

**ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЗВЕНО НЕОТЛОЖНОЙ  
СТОМАТОЛОГИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ВЫЗВАВШИЙ SARS-Cov-2**

**Хасанов А.И., Фармонов Ш.Ф.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем каронавирусной инфекция COVID-19 – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом COVID-19, представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме, специфические осложнения которой могут включать вирусную пневмонию, влекущую за собой острый респираторный дистресс-синдром или дыхательную недостаточность с риском смерти.

На сегодняшний день вариант «Омикон» стал причиной новой волны пандемии, движущейся с запада на восток, захлестнувшей уже весь европейский регион. Он пришел вслед за «дельтой», с которой все страны боролись вплоть до конца 2021 года.

**Цель исследования** - организация медицинской амбулаторной помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. Материал и методы исследования Были применены планировочные решения, которые позволили организовать возможность осуществления приема пациентов, инфицированных вирусом SARS-CoV-2, а также продолжить прием стоматологических пациентов в плановом режиме. Кафедра хирургической стоматологии оказало помощь 284 пациенту с COVID-19.

**Результаты.** В бокс поступило на лечение 174 человек, 68 человек были проконсультированы с использованием телемедицинских технологий, и для 42 пациентов таким способом была оказана телемедицинская помощь. Возраст пациентов, прошедших лечение в боксе, составил: детей  $8,6 \pm 3,6$  года, взрослых  $39,1 \pm 13,8$  года. При этом лица трудоспособного возраста составили 76% от общего количества взрослых граждан. Мужчины среди обратившихся преобладали - 57%. В 54% случаев был установлен диагноз «апикальный периодонтит» (K04.5).

**Заключение.** Нами была показана высокая эффективность применения телемедицинских технологий. В ТГСИ на кафедре хирургической стоматологии решен вопрос по организации медицинской стоматологической помощи для взрослого населения, и для детей, имеющих подтвержденный диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19.

## КОРРЕКЦИЯ ПЛОСКОСТИ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ НА ОСНОВЕ ОККЛЮЗИОННО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АНАЛИЗА

Хасанова Д.Р.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России, г. Уфа, Россия  
[di.xasanova2012@yandex.ru](mailto:di.xasanova2012@yandex.ru)

В долгосрочной перспективе удовлетворенность стоматологического пациента лечением ассоциируется со стабильностью результатов независимо от начального или конечного состояния прикуса. В структуре обращаемости первичного пациента возрастают жалобы на функциональные нарушения работы зубочелюстной системы. Наряду с эстетической неудовлетворенностью улыбкой все чаще появляются симптомы мышечно-суставной дисфункции при интактных зубных рядах. Морфологические изменения зубных рядов и зубов меняют проекции перемещений нижней челюсти, снижают амплитуду движения в вертикальном, сагиттальном и трансверзальном направлениях. Пациенты жалуются на нарушение жевания, «неудобное» смыкание, наличие участков истирания твердых поверхностей зубов, сжатие челюсти в покое, боли в височно-нижнечелюстном суставе, мышцах. Комплексная реабилитация таких пациентов требует четкого и грамотного планирования лечения на этапе функциональной диагностики окклюзии.

**Цель исследования** - оптимизация окклюзионно-инструментального анализа у пациентов с функциональными нарушениями при интактных зубных рядах для повышения эффективности окклюзионной терапии.

**Материал и методы.** В исследование было включено 78 человек в возрасте от 18 до 25 лет (36 мужчин, 43 женщины) с интактными зубными рядами, которые имели преждевременные контакты, симптомы мышечно-суставной дисфункции, снижение окклюзионной высоты, односторонний тип жевания. Структура окклюзионно-инструментального анализа включала: определение показаний к проведению анализа; первичную диагностику (клинический стоматологический осмотр, эстетический анализ лица, фотопротокол, снятие оттисков, установка лицевой дуги, рентген диагностика зубов, челюстей и ВНЧС с применением КЛКТ); анализ окклюзии на моделях челюстей в артикуляторе PROTAR evo7 KAVO (Германия); оценку окклюзионной плоскости. Для получения объективных результатов проведены исследование окклюзионных взаимоотношений - контроль детальной относительной окклюзионной силы - системой T-scan III «фирмы» Tekscan (США), исследование электромиографической активности височных и жевательных мышц пациентов с применением четырехканального электромиографа «Synapsis» НМФ «Нейротех» (Россия).

**Результаты и их обсуждения.** При опросе особое внимание уделялось вопросам: «Всегда ли Вы закрываете рот в одном положении (стабильность)?» и «Удобно ли Вам это положение (комфорт)?». В группу сравнения включены 10 пациентов со стабильной, комфортной, приемлемой окклюзией.

Нестабильное, но комфортное соотношение зубных рядов отмечали 30 пациентов, среди которых 15 ранее проводили ортодонтическое лечение. Нестабильное и некомфортное положение отмечали 48 пациентов, из них 13 ранее проводили окклюзионную коррекцию методом избирательного сошлифовывания, 14 ортодонтическое лечение.

Эстетический анализ лица выявил внешние признаки нарушения окклюзии в 77,8% случаев. Чаще всего имеют место проявления лицевой асимметрии 69,4%, укорочение нижнего отдела лица 34%, выраженность подбородочной и носогубных складок 45%, неправильная осанка 83%, переднее положение головы 81%.

При клиническом стоматологическом осмотре выявлена высокая распространенность кариеса в обеих группах - 71,9% случаев (21,6% в группе сравнения, 37,3% в основной). Множественный кариес определялся у 49,1% обследованных, очаги хронической периапикальной инфекции составляли 6,1% от общего числа зубов, ИРОПЗ имел среднее значение  $0,36 \pm 0,12$ . Наличие участков патологии твердых тканей зубов в виде абразий, стираемости, абфракций отмечено в 73,8% случаев среди пациентов основной группы. Нарушение морфологии зубов, вследствие разрушения кариозным процессом и/или восстановления терапевтическими и ортопедическими реставрациями обнаружены в 36,1%.

По результатам лучевой диагностики, пациенты не имели нарушения костных структур сустава. Анализ оптической плотности головок ВНЧС не выявил значительной разницы между правой и левой стороной. Несмотря на это, признаки асимметрии формы суставных головок нижней челюсти справа и слева, различная ширина суставные щели справа и слева в переднем, верхнем и заднем отделах суставной капсулы обнаружены в 89 % наблюдений.

В основной группе анализ диагностических моделей в артикуляторе в положении центральной окклюзии позволил зарегистрировать увеличение площади контактов зубов. Оценка фасеток истирания выявила тесную функцию зубов-антагонистов в 85% случаев. В 20,5% случаев сопоставить модели в одном положении не представлялось возможным, поскольку имело место множественная привычная окклюзия у одного пациента. Степень сбалансированности окклюзии снижалась по мере увеличения объемов и количества реставраций зубных рядов у пациентов с интактными зубными рядами, не проводившими ранее ортодонтическое лечение. Окклюзионные суперконтакты в статике выявлены у 52,2% обследованных. Воспроизведение окклюзионных движений, полученных с помощью силиконовых регистраторов суставных путей, выявило асимметрию во всех случаях движений нижней челюсти. В передней окклюзии были контакты боковых зубов с одной или двух сторон в 43% случаев. При эксцентрических перемещениях нижней челюсти двустороннее клыковое ведение найдено у 7,2% основной группы, групповое у 62,6%, в остальных случаях наблюдаются комбинации одностороннего клыкового, частичного и группового ведения. Проведена маркировка преждевременных контактов на рабочей стороне в 28% наблюдений,

балансирующей - в 23%. В группе контроля преобладала свободное функционирование нижней челюсти с множественными точечными фиссурно-бугорковыми контактами в центральной окклюзии. В боковых окклюзиях двустороннее клыковое ведение, близкое по характеру к норме, найдено у 6 из 10 пациентов контрольной группы, одностороннее клыковое ведение, смежное с частично групповой функцией было у 4 исследуемых.

Анализируя модели в положении центрального соотношения выявлено, что плоскость смыкания поверхностей зубов по отношению к привычной окклюзионной плоскости была различна в 92% случаев, что предполагает наличие смещения мышечков в суставной щели и подтверждается рентгенологически.

Оценка окклюзионной плоскости подразумевает проектное восковое восстановление элементов жевательной, режущей, контактных поверхностей зубов в артикуляторе с учетом класса прикуса, постоянно воспроизводимой индивидуальной динамической экскурсии нижней челюсти, окклюзионных компенсаторных кривых. Целью создания передней направляющей и клыкового ведения является разобщение боковых зубов в передней окклюзии, достижение контактов на рабочих сторонах и разобщение жевательных зубов на балансирующей. Моделирование жевательной поверхности начинают с наружных мезиальных и дистальных скатов бугров, с учетом окклюзионного компаса, завершают внутренними скатами, центральной фиссурой и краевыми ямками.

По результатам проведенного окклюзионно-инструментального анализа пациенты основной группы были разделены следующим образом: имеющие нестабильную комфортную приемлемую окклюзию (категория А) 44,1%, имеющие нестабильную некомфортную приемлемую окклюзию (категория В) 55,9%.

Пациентам категории А основной группы предложено паллиативное лечение -изготовление индивидуальной окклюзионной шины-сплинта для миорелаксации, получения эффекта подавления мышечной гиперактивности. Для пациентов категории В предложена реорганизация окклюзии с выбором схемы окклюзионной терапии, предварительным определением физиологического покоя, оптимальной комфортной позиции нижней челюсти, депрограммацией и стабилизацией мышечного баланса, восстановление межбугоркового контакта зубов, с формированием физиологически оптимальной окклюзионной схемы.

Схема последовательного обеспечения удерживающих контактов заключалась в изменении формы зубов путем сошлифовывания, реставрации, протетической ортопедической конструкции, выполненной в соответствии с основными требованиями к стабильной окклюзии. В первую очередь устраняли преждевременные контакты, препятствующие установке мышечков в центральное соотношение. При этом коррекции подлежат мезиальные скаты верхних, дистальные скаты нижних зубов по дуге смыкания. При наличии преждевременных помех, отклоняющих нижнюю челюсть в щечную сторону,

корректировали наружные скаты верхних и внутренние скаты нижних зубов. Если помехи вызывали отклонение в язычную сторону, то корректировали внутренние скаты верхних и щечные скаты нижних зубов. Далее достигалось клыковое ведение с учетом размыкания жевательных зубов при протрузионных движениях на рабочей и балансирующей сторонах. Восстанавливалась передняя направляющая с учетом эстетической составляющей. Оценка взаимоотношения зубов во многом определялось рельефом окклюзионной поверхности, скелетным классом соотношения челюстей, морфологией строения мышечного отростка ВНЧС.

Окклюзионная коррекция пациентов категории В проводилась в три этапа в течение 10-14 дней и контролировалась сканограммой в динамике с помощью T-scan III. В период проведения процедуры в 61,5% случаев пациенты отмечали наличие дискомфорта при смыкании зубов первые 3-5 дней. На ЭМГ это выражалось в снижении показателей индекса симметрии жевательных и височных мышц. Последующие этапы проводились после адаптации к новым взаимоотношениям между зубами-антагонистами. Создание фиссурно-бугорковых контактов на функциональных буграх осуществлялось методом пришлифовки или реставрации композитом светового отверждения. Распределение баланса силы сжатия по данным T-scan III было приближено к 50% на обеих сторонах. В состоянии физиологического покоя по данным ЭМГ исследования были получены значения: индекс симметрии височных мышц -  $82,57 \pm 3,49\%$ , индекс симметрии жевательных мышц -  $89,38 \pm 4,19\%$ , индекс бокового смещения нижней челюсти в пределах  $11,15 \pm 1,27\%$ .

По завершению всех манипуляций пациенты в 83,3% отмечали чувство облегчения и комфорта при жевании, удобное и стабильное положение нижней челюсти при смыкании.

Не удавалось достичь полного комфорта в период балансировки в 16,7% случаев, было предложено изготовление передней депрограммирующей каппы для устранения окклюзионно-мышечной боли в период адаптации, что позволило выявить неполное устранение преждевременных помех на жевательных зубах и продолжить проведение окклюзионной коррекции для достижения стабильных удерживающих контактов. В 30,7% предъявлялись жалобы на болезненность в области зубов, ранее не функционировавших, которая проходила обычно в течение 3-7 дней. Окончательный контроль осуществляли через 1 неделю, 1 месяц и 3 месяца. Единичные сошлифовывания зубов потребовались в 7 случаях в период контроля. Достигнута красивая и функционально полноценная с точки зрения эстетики и жевания окклюзия

**Заключение.** Инструментальный функциональный анализ дополняет результаты клинического и рентгенологического обследования. Коррекция окклюзионных проблем требуют детального и тщательного выбора методики лечения с целью обеспечения и поддержания здорового состояния полости рта для каждого отдельного пациента. Оптимизация анализа результатов исследований стоматологического пациента позволяет диагностировать, планировать и проектировать лечение пациентов с функциональными

нарушениями окклюзии при интактных зубных рядах, поддерживать состояние здоровья всех структур жевательной системы.

Одной из основных задач окклюзионной коррекции является создание стабильных удерживающих зубных контактов с учетом переднего, заднего и боковых скольжений – центрических и эксцентрических, правильное распределение осевых нагрузок на зубах при центральной окклюзии, уравнивание существующих зубных взаимоотношений с целью защиты антагонизирующих зубов и ВНЧС.

Объективизация окклюзионных взаимоотношений с помощью аппарата Т-скан поможет врачу и пациенту наглядно проследить результаты вмешательства как до, так и после проведения коррекции плоскости смыкания зубов.

### **ВЛИЯНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА**

**Хасанова Л.Э., Нарова Н.Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

До настоящего времени существует лишь небольшое количество исследований, оценивающих влияние элайнеров на полость рта с микробиологической точки зрения. Определение влияния элайнеров на бактериальное сообщество полости рта поможет понять их потенциальное воздействие на развитие и прогрессирование кариеса и заболеваний пародонта.

В большинстве источников литературы сообщается, что у пациентов с элайнерами наблюдается намного лучшее здоровье пародонта с точки зрения клинических параметров, чем у лиц с фиксированными ортодонтическими приборами. Наконец элайнеры, точно прилегая к зубам, могут служить барьером для пищевых остатков в полости рта. Следовательно, при ограниченном количестве доступных питательных веществ, количественный состав микроорганизмов также не будет увеличиваться. Тем не менее, существовали опасения, что лечение элайнерами может привести к ухудшению гигиены полости рта, поскольку почти суточное покрытие всех поверхностей зуба и маргинальной десны препятствует самоочищению слюной, увеличивает накопление мягкого налёта и может раздражать ткани пародонта, что в свою очередь может привести к хроническому воспалению.

Мы поставили перед собой цель изучить состояние микробиоценоза и местные факторы защиты полости рта у пациентов, использующих элайнеры.

Для решения поставленной цели нами у 30 пациентов, использующих в качестве ортодонтического лечения элайнеры, проведены микробиологические исследования. Исследование проведено у каждого пациента в динамике лечения, т.е. через 1-3-6 месяцев, таким образом, всего проведено 90 анализов.

В результате были получены следующие результаты:

1. У пациентов с ортодонтическими аномалиями до начала использования элайнеров, в полости рта отмечается довольно разнообразная флора, как в количественном, так и в качественном отношении. Полученные

нами данные у этих пациентов очень близки к показателям нормы, а незначительные отклонения, имеющиеся по некоторым микроорганизмам, недостоверны.

2. После использования элайнеров в течение 3 месяцев в полости рта отмечается развитие синдрома избыточного роста микробов, характерной особенностью которого является снижение количества анаэробов, но увеличение высеваемости факультативной флоры. При этом особенно растёт высеваемость таких микробов как: *Str. mutans* и грибов рода *Candida*.

3. После 6 месяцев ношения элайнеров анаэробная флора в количественных параметрах идёт на восстановление, в тоже время факультативная флора по высеваемости снижается. Нельзя не отметить, что в этом периоде отмечено и негативные колебания, это возрастание выживаемости таких микробов как *Staph. aureus*, *Str. mutans* и грибы рода *Candida*.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦА**

**Хатамов Э.Б., Шомуродов К.Э.**

Самаркандский государственный медицинский университет,  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
[kahramon\\_sh@mail.ru](mailto:kahramon_sh@mail.ru)

Часто переломы челюстно-лицевой области вовлекают нервы и приводят к развитию парестезии, невралгии и нейросенсорной дисфункции (НСД). НСД может быть стойкой вследствие различных манипуляций, хирургического вмешательства и других факторов. Травматические повреждения тройничного нерва (ТН) являются одной из самых распространенных причин развития, как стойкого болевого синдрома, так и иных нейросенсорных нарушений в области лица. Комплекс лечебных мероприятий при травмах челюстно-лицевой области должен быть своевременным с параллельным применением наиболее подходящих эффективных хирургических методов лечения, направленных на устранение и лечение переломов костей лицевого скелета, и медикаментозную терапию неврологических нарушений с последующим реабилитационным периодом.

Целью исследования было изучение и оценка эффективности комплексного лечения повреждений периферических ветвей тройничного нерва при переломах костей челюстно-лицевой области.

Исследования проведены на базе РИТОИАТМСФ. Наблюдения были основаны на клинико-лабораторном исследовании 60 больных с переломами костей ЧЛЮ: переломы верхней и нижней челюсти, скуловой кости и/или скуловой дуги, из них 37 мужчин и 23 женщины от 18 до 50 лет.

1 группа – 20 пациентов, в комплексное лечение которых входили хирургическое лечение (репозиция, иммобилизация, остеосинтез) и традиционная терапия (ТТ) – назначение антибиотиков, полоскание раствором 0,02% хлоргексидина биглюконата. При болях назначались анальгетики или

НПВС Анальгин 50% 2,0 в/м, диклофенак 2,0 мл 3 раза/день. Для восстановления функции повреждённых нервных волокон назначалась терапия ГКС – недельный курс дексаметазона по 8-12 мг/день; НПВС – ибупрофен по 600-800 мг 3 раза/день 2-3 недели; витамин В12 по 500 мкг и 10-15 инъекций п/к 5% (1 мл) витамина В1. 2 группа (20 человек) – кроме хирургического лечения и ТТ были назначены «Нейромидин» (20 мг) 1-3 раза в день; дневная доза варьировала в зависимости от тяжести повреждения ТН с учётом макс. суточной дозы 200 мг) и «Нуклео ЦМФ Форте» (в/м по 2 мл/день, курс – 9 дней); 3 группа (20 больных) – наряду с хирургическим лечением, препаратами «Нейромидин» и «Нуклео ЦМФ Форте» добавлена электронейростимуляция (ЭНС) для восстановления функций ветвей ТН. В контрольную группу были включены 20 человек без травм ЧЛО, соматически здоровые без патологии ЦНС и ПНС.

Все больные были осмотрены челюстно-лицевым хирургом и др. специалистами. Для объективной оценки зоны нарушения чувствительности кожных покровов Авдеевой В.А. (2011) предложен «Способ оценки зоны парестезии при травматическом неврите нижнеальвеолярного нерва (НАН)». Для оценки нарушения чувствительности кожи при переломах скуловой кости и дуги, при переломах скуловой дуги и ВЧ, способ был адаптирован с учётом зон, иннервируемых скуловым и инфраорбитальным нервом. Применялась ЭОД для оценки состояния НАН и верхних альвеолярных ветвей. Состояние двигательной порции третьей ветви ТН оценивалось пальпацией жевательных мышц, по данным ЭНМГ, в отдаленные сроки по атрофии мышц на стороне поражения и нарушению траектории движения НЧ при открывании и закрывании рта. Полученные результаты оценивались методами статистики.

У 35 (58,3%) человек был изолированный перелом НЧ, у 15 (25%) – скуловой кости и ВЧ, у 10 (16,7%) – скуловой дуги и/или скуловой кости. У 41 (68,3%) – переломы со смещением, у 19 (34,7%) – без смещения. У 37 (61,7%) пациентов с переломами со смещением преобладали жалобы на онемение кожи в проекции зон иннервации ветвей ТН. Степень тяжести повреждения ветвей ТН коррелировала с диастазом фрагментов. При смещении фрагментов на более чем 1,0 см – у 13 (21,7%) пациентов отмечалась тяжелая степень повреждения нервов, при смещении в пределах 0,5-1,0 см – 29 (48,3%) – средняя и при смещении до 0,5 см – 21 (35%) – легкая степень. Тактильный тест определил среднюю степень нарушения чувствительности у пациентов (значения в пределах 1,1-2 усл.ед.).

ЭНМГ при гиперестетических расстройствах выявил признаки легкого аксонального поражения двигательной порции ТН, зарегистрировано удлинение латентного периода рефлекторного ответа. Наиболее значительные отклонения показателей СРВс от нормы были при переломах НЧ со смещением. Определены признаки частичного замедления по сенсорным волокнам и афферентной ирритации по мандибулярной порции ТН с двух сторон. Нарушение проводимости было обусловлено не только смещением отломков, но и отёком окружающих мягких тканей. СПИ имела тенденцию к

снижению в основном по сенсорным волокнам 3й ветви ТН с двух сторон. При гипестетических расстройствах были признаки аксонально-демиелинизирующего поражения двигательных волокон ТН (выраженное удлинение раннего и позднего компонентов рефлекторного ответа на 51,7% и 23,3%, соответственно), значительное снижение скорости проведения импульсов по афферентным волокнам тройничного нерва на 31,7%.

На 14-й день лечения больные 1й группы ощущали умеренную и слабую боль. При гиперестетических расстройствах нарушения болевой чувствительности сохранились у 15, тактильной – у 13 человек. При гипестетических расстройствах нарушения тактильной и температурной чувствительности сохранялись у 8, глубокой – у 2. Зона онемения на коже лица была неизменной. Средний показатель ЭОД зубов до лечения был  $102,41 \pm 1,84$ , после ТТ –  $89,31 \pm 1,58$ . Показатели улучшились на 12,8%. Повторная ЭОД через месяц показала, что у 8 больных показатели нормализовались, у 7 – сохранилось повышение порога возбудимости, у 5 – не было положительной динамики. При гиперестетических нарушениях (ЭНМГ) после ТТ величина латентного периода рефлекторного ответа уменьшилась на 40%. При гипестетических расстройствах ранние компоненты рефлекторного ответа превышали показатели нормы на 18%, поздние – на 11%, скорость проведения нервных импульсов увеличилась на 18%.

У больных 2й группы ощущалась слабая боль. При гиперестетических расстройствах нарушения болевой чувствительности были у 13, тактильной – у 10 человек. При гипестетических расстройствах нарушения тактильной и температурной чувствительности были у 6, глубокой чувствительности – у 2 пациентов. Зона онемения на коже лица была относительно неизменной. Средний показатель ЭОД до лечения был  $101,34 \pm 1,84$ , после –  $86,14 \pm 1,58$ . После лечения показатели улучшились на 15%. Повторная ЭОД через месяц показала, что у 12 больных показатели нормализовались, у 5 – сохранилось повышение порога возбудимости, у 3 – не было положительной динамики. ЭНМГ показала, что при гиперестетических нарушениях величина латентного периода рефлекторного ответа уменьшилась на 30%. При гипестетических расстройствах ранние компоненты рефлекторного ответа превышали показатели нормы на 12%, поздние – на 9%, скорость проведения нервных импульсов увеличилась на 20%.

Больные 3й группы ощущали очень слабую боль. При гиперестетических расстройствах нарушения болевой чувствительности были у 9, тактильной – у 7 человек. При гипестетических расстройствах нарушения тактильной и температурной чувствительности были у 4, глубокой чувствительности – у 1. Зона онемения кожи уменьшилась на 20%. Средний показатель ЭОД зубов до лечения был  $102,44 \pm 1,47$ , после –  $63,94 \pm 2,58$ . Показатели ЭОД улучшились на 37,5%, что говорит о более выраженной положительной динамике по сравнению с др. группами. У больных с гиперестетическими нарушениями ЭНМГ здоровой и поврежденных сторон практически не отличались. При регистрации тригеминальных ССВП у

больных при гиперестетических расстройствах после ЭНС кривая здоровой и пораженной стороны также не отличались. При гипестетических нарушениях после курса ЭНС регистрировались ранние компоненты рефлекторного ответа, амплитуда колебаний увеличилась на 35%.

В зоне перелома показатели оптической плотности через месяц в среднем были равны  $127,2 \pm 5,6$ . Показатели оптической плотности неповрежденной костной ткани в среднем были равны  $133,7 \pm 12,95$  усл.ед. По формуле среднее значение индекса оптической плотности через месяц после травмы был равно:  $1=0,96 \pm 0,1$ . В день поступления  $1=0,69 \pm 0,1$ , после традиционного лечения  $1=0,84 \pm 0,1$ .

Вышеперечисленные данные свидетельствуют о том, что после проведения комплексного лечения с применением ЭНС скорость консолидации костных отломков выше, чем после традиционной терапии.

Таким образом, результаты клинических и функциональных исследований свидетельствуют о том, что комплексное лечение переломов костей челюстно-лицевой области, сопровождающихся повреждением периферических ветвей тройничного нерва, показывает более положительную динамику восстановления сенсорных и моторных функций нервных волокон, а также способствует сравнительно быстрой консолидации отломков по сравнению с традиционным методом лечения.

### ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С НЕСРАЩЕНИЯМИ ЛИЦА

**Хачак Ю.А.**

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

[yxachak@bk.ru](mailto:yxachak@bk.ru)

**Введение.** Несращения лица довольно частая патология среди врожденных пороков развития челюстно-лицевой области. Сроки проведения операций на небе при этой патологии являются одним из самых дискуссионных вопросов современной науки и практики.

**Цель исследования** - определить благоприятный возрастной период для закрытия дефекта неба при несращениях лица.

**Материалы и методы.** Литературный обзор выполнялся по базам Pubmed и Elibrary за 2017-2022 годы. Использовались следующие ключевые слова cleft lip and palate, уранопластика, велоластика. Далее выбирались статьи, в которых были указаны сроки операций на небе. Сбор данных по срокам операций на небе, проведенным в Краснодарском крае был проведен по журналам плановых операций отделения челюстно-лицевой хирургии Детской краевой клинической больницы г. Краснодара.

**Результаты.** В базе данных Pubmed выборка составила 6 статей. По этим данным благоприятный возраст закрытия мягкого неба (велоластика) – 8-18 месяцев, твердого неба 4-5 лет. В Elibrary выбрано 5 статей, в которых сроки велоластики – 6-10 мес., а закрытие дефекта твердого неба от 6 мес., 12-14

мес. до 3-4 лет и 6-7 лет. По данным операционных журналов в Краснодарском крае дети оперировались в возрасте 14-18 месяцев – велоластика, в 5-5,7 лет – уранопластика.

**Обсуждение.** Операции по закрытию дефекта неба при несращении практически во всех статьях описаны как двухэтапные: сначала пластика мягкого неба, а затем твердого неба. Гораздо реже выполняются одноэтапные операции, например по Лангенбеку, в виду своей травматичности. Ранняя велоластика позволяет уменьшить небо-глочную недостаточность, предотвратить расширение дефекта неба. Большинство авторов склоняется к выполнению велоластики в период до 1 года. Тогда как закрытие дефекта твердого неба более дискуссионно, хотя большая часть литературных данных говорит о крайнем возрасте в 4 года. Это обосновано необходимостью создать условия для формирования правильной речи. Вероятность задержки роста верхней челюсти к 4 годам минимальна. Сроки операций в Краснодарском крае находятся на верхней границе литературных данных. Причем 35% велоластик выполняется до 1 года и 30% после 2 лет.

**Выводы.** Оптимальный протокол закрытия дефектов неба при несращениях лица – это двухэтапная операция. Операция на мягком небе может быть выполнена до 1 года для лучшего формирования небо-глочного кольца, профилактики ЛОР-заболеваний и расширения щели дефекта. Дефект твердого неба оптимально оперировать в сроки 3-4 года для лучшего формирования речи, профилактики аномалий окклюзии и психофизиологического комфорта пациента.

## ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА

Хачак Ю.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

[yxachak@bk.ru](mailto:yxachak@bk.ru)

**Введение.** Расщелина лица довольно частая патология среди врожденных пороков развития челюстно-лицевой области. Сроки проведения операций на небе при этой патологии являются одним из самых дискуссионных вопросов современной науки и практики.

**Цель исследования** - определить благоприятный возрастной период для закрытия дефекта неба при расщелинах лица.

**Материалы и методы.** Литературный обзор выполнялся по базам Pubmed и Elibrary за 2017-2022 годы. Использовались следующие ключевые слова cleft lip and palate, уранопластика, велоластика. Далее выбирались статьи, в которых были указаны сроки операций на небе. Сбор данных по срокам операций на небе, проведенным в Краснодарском крае был проведен по журналам плановых операций отделения челюстно-лицевой хирургии Детской краевой клинической больницы г. Краснодара.

**Результаты.** В базе данных Pubmed выборка составила 6 статей. По этим

данным благоприятный возраст закрытия мягкого неба (велоластика) – 8-18 месяцев, твердого неба 4-5 лет. В Elibrary выбрано 5 статей, в которых сроки велоластики – 6-10 мес., а закрытие дефекта твердого неба от 6 мес., 12-14 мес. до 3-4 лет и 6-7 лет. По данным операционных журналов в Краснодарском крае дети оперировались в возрасте 14-18 месяцев – велоластика, в 5-5,7 лет – уранопластика.

**Обсуждение.** Операции по закрытию дефекта неба при расщелинах лица практически во всех статьях описаны как двухэтапные: сначала пластика мягкого неба, а затем твердого неба. Гораздо реже выполняются одноэтапные операции, например по Лангенбеку, в виду своей травматичности. Ранняя велоластика позволяет уменьшить небо-глочную недостаточность, предотвратить расширение дефекта неба. Большинство авторов склоняется к выполнению велоластики в период до 1 года. Тогда как закрытие дефекта твердого неба более дискуссионно, хотя большая часть литературных данных говорит о крайнем возрасте в 4 года. Это обосновано необходимостью создать условия для формирования правильной речи. Вероятность задержки роста верхней челюсти к 4 годам минимальна. Сроки операций в Краснодарском крае находятся на верхней границе литературных данных. Причем 35% велоластик выполняется до 1 года и 30% после 2 лет.

**Выводы.** Оптимальный протокол закрытия дефектов неба при расщелинах лица – это двухэтапная операция. Операция на мягком небе может быть выполнена до 1 года для лучшего формирования небо-глочного кольца, профилактики ЛОР-заболеваний и расширения щели дефекта. Дефект твердого неба оптимально оперировать в сроки 3-4 года для лучшего формирования речи, профилактики аномалий окклюзии и психофизиологического комфорта пациента.

### **КОВИД-19 НИНГ АСОРАТИ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛГАН ЮҚОРИ ЖАҒ ДЕФЕКТЛАРИНИ ДЕНТОАЛВЕОЛЯР ПРОТЕЗ-ОБТУРАТОРЛАР ЁРДАМИДА ПРОТЕЗЛАШ**

**Хидиров Д.Х., Бобомуратова Д.Т., Хасанов А.И., Батырова С.З.**

Тошкент давлат стоматология институти

[doniyorxidirov16@gmail.com](mailto:doniyorxidirov16@gmail.com)

**Мавзунинг долзарблиги.** Барчамизга маълумки Ковид-19 билан оғриган беморларда бутун организм системасида жиддий ўзгаришлар кузатилмоқда шу жумладан каверноз синус тромбози ва юқори жағ остеомиелити. Бу беморларда юқори жағда ва юқори жағ бўшлиқларида некроз кузатилаётганлиги сабабли юқори жағ қисман ёки тўлиқ резецияси амалга оширилмоқда. Бу еса беморларда овқат еганда овқат бурун бўшлиғи томонга ўтиб кетишига, гапларни тўғри ва тўлиқ талафуз қила олмаслигига, нафас олиш қийинлашуви, депрессия каби бир қанча жиддий муаммоларга олиб келади.

**Мақсад** - ҳар хил конструктив материаллардан тайёрланган дентоалвеоляр протез-обтураторлар ёрдамида юқори жағ орттирилган

нуксонлари бор беморларни ортопедик даволаш самарадорлигини ошириш.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари.** Клиник тадқиқотимиз стационар ҳолатда даволанаётган 50 та беморда ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 55-65 ёш оралиғида бўлиб шулардан 28 таси (56%) эркак киши, 22 таси (44%) аёл киши ташкил этади. Беморлардан:

18 таси (36%) юқори жағ танглай ½ қисм (50%) некрози,

15 таси (30%) юқори жағ танглай тўлиқ (100%) некрози,

12 таси (24%) юқори жағ ½ қисм (50%) некрози,

5 таси (10%) юқори жағ тўлиқ (100%) некрози кузатилган.

Бу беморларга қолип олувчи материаллар ёрдамида қолип олиб, шу асосда дентоалвеоляр протез-обтураторлар ясалди ва протезлаш амалга оширилди.

**Натижа.** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики протезлаш амалга оширилгандан сўнг бу беморларимизда нутқ аниқлиги 70% га, чайнов самарадорлиги 50%га ошганлигини, бурун бўшлиғи яллиғлиниши 80%га камайганлигини, ютиниш акти тикланганлигини, эстетика ва юз симметрияси тўла тикланганлигини кўришимиз мумкин бўлди.

**Хулоса.** Ковид-19 нинг асорати бўлган каверноз синус тромбози ва остеомиелити бор беморларни касалликнинг ерта босқичида аниқлаб комплекс консерватив ва оператив даво билан биргаликда дефектларни олиб қўйиладиган дентоалвеоляр протез-обтураторлар ёрдамида протезлашни амалга ошириш.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

**Хикматов М.Н., Агзамова С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Mirkamol1218@mail.ru](mailto:Mirkamol1218@mail.ru)

**Актуальность.** Травматическая оптическая невропатия характеризуется внезапной потерей зрения после травмы лица, что приводит к различным нарушениям зрения. По данным разных авторов, повреждения зрительного нерва (ЗН) встречаются в 0,5-5% случаев черепно-мозговой травмы. При сочетанной глазнично-лицевой и черепно-мозговой травме с переломами верхней стенки орбиты и канала ЗН травматическое повреждение ЗН возникает в 11% случаев, из них стойкая потеря зрения в 50% случаев. Сложность диагностики травматических повреждений орбиты и ЗН обусловлена, с одной стороны, недоступностью орбиты для осмотра и ограниченными возможностями инструментальных методов исследования, с другой стороны - однотипностью клинических проявлений при различных поражениях орбиты и ЗН, а также сложностью дифференциальной диагностики с внутричерепными повреждениями и повреждениями зрительного пути. В большинстве случаев диагноз травматической оптической невропатии (ТОН) устанавливают с опозданием, поскольку основной симптом заболевания - снижение зрения -

может появиться лишь через 1-2 мес. после травмы. Патогенез этого заболевания на сегодняшний день остается до конца неизученным.

**Цель** этого исследования состояла в том, чтобы оценить последние институциональные тенденции в лечении травматической нейропатии зрительного нерва, оценить результаты различных стратегий лечения и определить факторы, связанные с улучшением зрения.

**Методы.** Было получено одобрение экспертного совета учреждения для проведения ретроспективного обзора пациентов с диагнозом травматическая оптическая нейропатия в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института с 2018 по 2021 год. Остроту зрения до лечения и после лечения сравнивали с помощью количественного анализа стандартного офтальмологического обследования.

**Результаты.** В общей сложности 32 пациентов соответствовали критериям включения (75,1% пациентов мужского пола) со средним возрастом  $28,0 \pm 17,5$  лет (диапазон от 18 до 68 лет). Лечение травматической нейропатии зрительного нерва включало только внутривенное введение кортикостероидов у 9,3% пациентов (n=3), 56,2% (n=18) подвергались наблюдению, 28,1% (n=9) – хирургическому вмешательству, 6,2% (n=2) – хирургическому вмешательству. Хирургическое вмешательство и введение кортикостероидов. Только 19,3% пациентов вернулись для последующего наблюдения. Зрение улучшилось у 42,5% пациентов со средним периодом наблюдения 13,4 недель. Пациенты моложе 50 лет имели тенденцию к более высоким показателям улучшения зрения: 60% против 16,7% ( $p=0,15$ ).

**Выводы.** Большинство пациентов с травматической нейропатией зрительного нерва вряд ли вернутся для повторного обследования. Декомпрессия зрительного нерва потеряла популярность в учреждении авторов, и наблюдение является наиболее распространенной стратегией лечения. Результаты после введения кортикостероидов и наблюдения сопоставимы.

## МЕТОДЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТОВ

**Хикматуллаев А., Шарипова П.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Пародонтит – это заболевание дёсен воспалительной природы, осложняющееся атрофией тканей, в том числе и костной, удерживающей зуб в его зубной лунке.

Распространённость пародонтита весьма высока и вопросы его профилактики составляют важный раздел стоматологии. Анализ литературы показывает высокую распространенность поражения пародонта, которая с возрастом значительно увеличивается. Одной из основных причин развития болезней пародонта являются местные факторы. При гингивите в зубном налете выявляется больше микроорганизмов и более высокий процент грамотрицательных бактерий, чем в налете у человека с интактным

пародонтом. Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является гингивит, после 30 лет - пародонтит.

Это коварная болезнь: её симптоматика может не иметь острой зубной боли, а заболевание в запущенной форме способно привести к опасным осложнениям, вплоть до общей интоксикации организма. Поэтому очень важно начать бороться с пародонтитом как можно раньше. Причинами развития пародонтита могут быть местные и общие факторы, которые приводят сначала к появлению гингивита (воспалению дёсен), а затем к распространению воспаления на подлежащие ткани и их разрушению.

Ведущим этиологическим фактором пародонтита является микрофлора зубной бляшки (микрофлора зубного налёта), образующаяся на пелликуле зуба в области зубодесневой бороздки.

**Цель исследования** - изучить частоту выявляемости пародонтитов при соблюдении гигиены полости рта; выявить особенности воспалительного процесса в десне у экспериментальных крыс с моделированным пародонтитом, а также особенности данных процессов с хроническим генерализованным пародонтитом и определить возможности их коррекции.

**Материалы и методы.** Результаты исследований показывают, что даже легкая степень заболеваний пародонта при отсутствии профилактики переходит в достаточно тяжелую форму с необходимостью терапевтического, хирургического и ортопедического лечения. На любой стадии заболевания лечение начинают с удаления зубных отложений, микробной биоплёнки, мягкого налёта и зубного камня. Зубной камень удаляли ультразвуком, а поддесневой камень - специальными кюретами. Мягкий и пигментированный налёт удаляют аппаратом Air Flow - он позволяет вернуть эмали природный оттенок. Далее все поверхности зуба полируются и шлифуются специальными пастами и щётками.

Процедура заканчивается антисептической обработкой десны и аппликациями противовоспалительных бальзамов. Лишь после этого применялась противовоспалительная терапия полости рта, а также перед другими лечебными манипуляциями (например, кюретажем зубодесневых карманов, вестибулопластикой).

Лёгкая стадия пародонтита начиналась с лечения местными антисептиками (в виде гелей, мазей, растворов для полоскания рта), а в более тяжёлых случаях - антибиотиками, противогрибковыми средствами и гормональными препаратами.

**Результаты.** 50% 12-летних детей нуждаются в обучении правилам гигиены полости рта, 20% - в проведении профессиональной гигиены. 86% лиц в возрасте 35-44 лет нуждаются в пародонтологической помощи, включая хирургическое лечение. Распространенность заболеваний пародонта, в зависимости от возраста, колебалась от 48,2% (в 12 лет) до 86,2% (в 44 года), а к 60-65 годам достигала 100%.

Исследования показали, что лишь у 12% людей здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения, у 23% - начальные деструктивные изменения, а у 12% имеются поражения средней и тяжелой степени: в возрастных группах 35-44, 45-54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается (26-15%) при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени - до 75%.

Главным последствием несвоевременно диагностированного пародонтита являлась вторичная адентия, то есть выпадение зубов и, соответственно, уменьшение объемов костной ткани в области поражённых зубов. В последствии это приводит к невозможности провести имплантацию и обеспечить пациента несъёмным протезом

При глубине зубодесневых карманов более 5 мм дополнительно требуется хирургическое вмешательство. Осуществляют глубокую очистку пародонтальных карманов от поддесневых камней и патологической ткани посредством рассечения или без рассечения десны. Иногда выполняют гингивозктомию - иссечение пародонтальных карманов, включая их обработку кюретами и удаление некротически изменённых тканей.

**Вывод.** Исследования, оценивающие различные методы традиционной консервативной и хирургической пародонтальной терапии, показали, что все методы примерно одинаково эффективны в улучшении клинических показателей и задержке прогрессирования заболевания. Результаты согласуются с опубликованными исследованиями. При сравнении хирургических и консервативных методов терапии скорость прогрессии заболевания была меньше при хирургической терапии. Зубы с худшим прогнозом рекомендуется удалять на начальном этапе хирургического лечения, что дает хороший долгосрочный прогноз для оставшихся зубов.

### **ТРИКОРТИН ПРЕПАРАТИНИНИНГ БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИДА УЧРОВЧИ КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

**Ҳикматуллаева Ш.Ш., Дўстмухамедов О.Х.,  
Абдуллаева М.Б., Ҳайдаров Н.Қ.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Кириш.** Цереброваскуляар касалликлар ичида бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши яъни бош мия инсульти алоҳида ўринга эга. Инсулт бу аҳолининг меҳнатга лаёқатини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализациясига олиб келувчи беморларнинг турғун ногиронлигига, уларнинг оилаларида ҳаёт сифатининг пасайишига ва давлатни сезиларли иқтисодий харажатларига сабаб бўлувчи паталогиядир. Бош мия қон айланиши ўткир бузилиши содир бўлган беморларни даволашда нейропротекция катта аҳамият касб этиб, даволашнинг ҳамма босқичларида амалга оширилиши мумкин. БМКАЎБларни даволашда кўплаб ноотроп препаратлар қўлланилади. Шулардан бири Трикортин дори воситаси бўлиб, унинг таркибий қисми чўчка мияси фосфолипидлари ва

цианкоболаминдан иборат. Фосфолипидлар бош мия хужайралари мембрана метаболизмини фаоллаштиради, нейротрансмиттер алмашинувини тезлаштиради ҳамда эндоген фосфолипидлар ва глюкоза метоболизмини яхшилади.

**Тадқиқот мақсади** - БМКАЎБ билан касалланган беморларнинг когнитив бузилишларини баҳолаш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

**Тадқиқот материали ва усуллари.** Клиник тадқиқотда 30 ёшдан 73 ёшгача ўртача  $59,3 \pm 6,58$  ёш бўлган 80 нафар бемор (34 нафар эркак ва 46 нафар аёл) иштирок этди. Инсулт билан хасталанган беморларда когнитив бузилишларни объективлаштириш учун руҳий статусни баҳолаш шкаласи MMSE (Mini-Mental State Examination) ни қўллаш билан майда қисмларгача ўрганган ва Монреал когнитив баҳолаш шкаласи (MoCA-тест) нейропсихологик текширишлари ўтказилди. Тадқиқотда иштирок этган барча беморларга ИИ ташхиси нейровизиуалиацион текширишларга (магнит резонанс томографи ва компьютер томографи) асосланиб қуйилган ва икки гуруҳга бўлинди. Биринчи асосий гуруҳ беморлари (40 нафар) инсултнинг ўткир даврида Трикортин 1000 мг дозада мушак орасига 10 кун давомида қабул қилишди ва кейинчалик препарат йил давомида бир неча курсларда ҳар 3,6,9 ойда аналогик схема асосида қабул қилишди. Иккинчи гуруҳ назорат гуруҳи беморларимиз комплекс даво билан бирга трикортин қабул қилишмади ҳамда асосий гуруҳ беморлари каби бир хил тартибда кузатилди. Барча беморлар ИИ гомеостазни нормаллаштирувчи ва церебрал гемодинамикани яхшиловчи базис терапияси қабул қилишди.

**Натижалар ва уларнинг таҳлили.** Тадқиқотда иштирок этган барча беморларнинг соматик ва неврологик статуслари тўлиқ текширилди. Қўлланилган дори воситасининг самарадорлигини текшириш учун комплекс нейропсихологик тестлар (MMSE (Mini-Mental State Examination), 10 та сўзни эслаб қолиш тести, Монреал когнитив баҳолаш шкаласи (MoCA-тест) инсултнинг 1-7-чи суткалари (ташриф 0), сўнг 3 (ташриф 1), 6 (ташриф 2), 9 (ташриф 3) ва 12 ой (ташриф 4). Тадқиқот давомида беморларнинг ҳаётий функциялари (қон босими, электрокардиография) ва лабаротория параметрлари (гемоглобин, эритроцитлар миқдори, креатинин, билирубин, глюкоза, жигар трансaminaзалари, оксил, коагулограмма) ноҳўя ҳодисалар ва ноҳўя таъсирларини баҳолаш учун кузатилди.

**Хулосалар.** MoCA тести бўйича когнитив ҳолатни баҳолаш усули энг маълумотли бўлиб, у ўртача ва аҳамиятсиз даражадаги когнитив дисфункцияларни тасхислашда ўзини ижобий исботлади. (масалан, MMSE билан солиштирганда). Ушбу синов усули янада сезгир бўлиб чиқди ва тадқиқотда иштирок этаётган беморларни текшириш натижасига мос келадиган маълумотни кўрсатди. MoCA тестига кўра, когнитив бузилишлар асосий ва назорат гуруҳларига мос равишда 27 (68%) ва 32 (80%) беморларда кузатилган. Инсултни ўткир давридаги одамларнинг умумий сонидан аниқланди. Трикортинни қўллаш фониди 1-гуруҳ беморларида когнитив бузилишларнинг регрессияси йил давомида, эрта тикланиш даврида интенсивроқ кузатилади. 6

ойлик кузатувдан сўнг асосий гуруҳдаги 18 (45%) беморларда ва назорат гуруҳидаги 33 (83%) беморларда когнитив бузилишлар аниқланди. Йил охирига келиб, асосий гуруҳдаги 24 (60%) беморда когнитив бузулишлар регрессияга учради. Назорат гуруҳида деярли ижобий динамика кузатилмади, тадқиқот даври охирига келиб, когнитив бузилишлар 34 (85%) беморда кузатилди, бундан ташқари, иккинчи ташрифдан бошлаб когнитив ҳолатнинг бироз регрессияси кузатилди. Гуруҳлараро ташрифлар (2-4 ташрифларда) таққослашлар статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди. Шундай қилимб, Трикортин препарати мия қон томир касалликлари жумладан ишемик инсультларни даволашда истиқболли бўлиб, таъсирланган нейронларни ҳимоя қилишга, шикастланган тўқималарнинг метоболизмини нормаллаштиришга олиб келади. Препаратни эрта қўллаш неврологик ҳолатни тезроқ ижобий динамикасига ёрдам беради, беморларнинг функционал мустақиллигини оширади ва Трикортиннинг такрорий курслари когнитив функцияларни барқарорлаштириш ва тиклашга ёрдам беради. Нейронлар зарарланишида цитопротекцияни таъминлайди, эрта тикланиш даврида хужайра метоболизмини яхшилайдиган хужайралараро алоқаларни тиклашга ёрдам беради. Кеч тикланиш даврида ва миянинг сурункали қон айланиш бузилиши касалликларида нейрон хужайраларининг метоболизмини ва ремиелинизация жараёнларини сақлашга ёрдам беради.

Тадқиқотимиз Трикортин препаратини ИИнинг ўткир, эрта ва кеч тикланиш давларида самарадорлигини кўрсатди. Трикортин препаратини бир йил давомида 4 марта такрорий курслар (10 кунлик курслар) билан қабул қилиш инсультдан кейин кузатиладиган когнитив бузилишларга қарши сезиларли профилактик таъсир кўрсатади.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Ходжаев А.С., Тумасова М.Ю., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Об остроте ситуации с онкологическими заболеваниями лучше всего говорит статистика. Несмотря на хорошую визуализацию и существенно пополняющиеся знания о профилактике и лечении новообразований челюстно-лицевой области, число новых случаев неизменно растет. Новообразования данной области относятся к сложнейшим медико-социальным проблемам в ортопедической стоматологии. Заболеваемость новообразованиями челюстно-лицевой области постоянно увеличивается, а клинический диагноз основывается на визуальном осмотре и пальпации, биопсии и/или гистопатологической оценке. Отсутствие диспансеризации, поздняя выявляемость новообразований и сложность анатомических образований данной области являются причинами объемных деструктивных вмешательств, осложняющих лечение и последующую реабилитацию.

Диагностика новообразований челюстно-лицевой области. Поздняя выявляемость онкологического процесса в ЧЛЮ свидетельствует о недостатках

диагностических мероприятий. Клинический диагноз НО ЧЛЮ основывается на визуальной оценке и пальпации. Возможности клинико-стоматологической оценки расширились благодаря использованию магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), окрашивания толуидиновым синим, световых методов обнаружения, хемилюминесценции и флюоресценции. В диагностике НО ЧЛЮ также применяют рентгенографию (панорамную и интраоральную), сцинтиграфию, ультразвуковое исследование, КТ, МРТ и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ). На данный момент КТ и МРТ становятся рутинными методами визуализации, используемыми для обнаружения и предоперационного стадирования опухоли. ПЭТ с <sup>18</sup>F-фтордезоксиглюкозой рекомендуется использовать как функциональный метод визуализации опухолей в сочетании с анатомо-топографическими методами лучевой диагностики.

Таким образом, отсутствие диспансеризации, поздняя выявляемость новообразований и сложность анатомических образований ЧЛЮ являются причинами объемных деструктивных вмешательств, осложняющих лечение и последующую реабилитацию.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

**Ходжаева Ф.Х., Махкамова Ф.Т., Патхиддинов К.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность.** Показано, что возбудители одонтогенной инфекции отличаются большим видовым разнообразием, относятся к разным таксономическим группам, что затрудняет выбор оптимальной антибиотикотерапии

**Цель исследования** - провести исследование по улучшению качества лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.

**Материалы и методы исследования.** После выделения и идентификации аэробных, факультативноанаэробных, анаэробных представителей микробиоты очага (операционной раны), определения приоритетных (доминирующих) видов традиционным методом, определялась их чувствительность к антибиотикам (антимикробных химиопрепаратам). Для этого также использовали традиционный диско-диффузионный метод в условиях аэробного и анаэробного культивирования бактерий. Результаты проведенного анализа были сгруппированы по десятилетиям и обработаны методом вариационной статистики для относительных величин в %. На основании полученных данных для каждого антибиотика составлены графики изменения чувствительности клинических штаммов микроорганизмов, выделенных при одонтогенных флегмонах. Учитывался средний процент

чувствительных и резистентных штаммов за каждый временной отрезок (2 года). Полученные результаты позволили получить индивидуальные графики для каждого антибиотика по числу чувствительных/резистентных штаммов, выделенных в соответствующие временные промежутки, что позволило оценить динамику роста резистентности за охваченный период.

**Результаты исследования.** Результаты наших исследований, проведенные с 36 антибактериальными препаратами, наиболее часто используемыми в отечественной практике, позволили заключить, что оптимальными для химиотерапии флегмон и абсцессов являются комбинации амоксициллина с клавулановой кислотой и имидазолами, доксициклин и фторхинолоны, которые показали наиболее широкую активность практически на весь спектр микробиоты гнойных ран, выделяемой при флегмонах и абсцессах ЧЛЮ за последние 30 лет. При этом установлен высокий уровень совпадения частоты положительных результатов стандартного диско-диффузионного и инновационного экспресс-метода определения чувствительности с помощью лазерно-флюоресцентной спектроскопии – 92,8%. Для обоснования нового лечебного подхода обработки гнойной раны нами выполнены экспериментальные исследования *in vivo* на белых крысах, в которых (n=24), используя двойной слепой контроль, мы показали эрадикацию патогенного штамма *S. aureus*, путём промывания раны комбинированным антисептиком на основе раствора 3% перекиси водорода насыщенной оксидом азота на установке «Плазон» и одновременной обработки раневой поверхности низкоинтенсивным лазером. При этом установлено сокращение сроков заживления гнойной раны на 24,5% при применении ФДТ с комбинированным антисептиком по сравнению с традиционной обработкой 0,5% раствором хлоргексидина. При изучении показателей pH раневого содержимого было установлено, что его нормализация в основной группе больных происходит аналогично показателям группы сравнения, то есть на 11-12 сутки. Однако в процессе лечения показатели pH раневого экссудата были более низкими, чем в группе сравнения, что можно объяснить свойствами препарата (при барботировании NO в раствор 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> pH снижался с 5-6 отн. ед. до 1,24-1,25 отн. ед.). По-видимому, это связано с его способностью увеличивать перекисное окисление липидов, а также гибель клеток за счет выделения активных форм кислорода, что определяет механизм его антисептических свойств. Именно этот факт ограничивает срок использования комбинированного антисептика (не более 5-7 дней во избежание разрушения клеток репаративного ряда) и подтверждает нецелесообразность его применения во II фазе течения воспалительного процесса.

### **ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО РАКА**

**Ходжибекова Ю.М., Султонов Д.С., Юнусова Л.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Центральный эндобронхиальный рак вызывает трудности

диагностики. Основными методами его выявления являются рентгенологические.

**Цель исследования** - оценка возможностей различных методов рентгенологического исследования (РИ) в диагностике эндобронхиального рака лёгкого.

**Материал и методы.** Материал исследования – 17 пациентов, находившихся на базе отделения рентгенодиагностики Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с подозрением на рак легких. Проведён анализ историй болезни, результатов рентгеноскопии (РС), рентгенографии (РГ), мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной полости. Критерий точности диагностических методов - результаты морфологического исследования материалов, полученных на операции у 9 пациентов, при трансbronхиальной биопсии лимфатических узлов у 5 пациентов и аутопсии – у 3.

**Результаты.** Локализация первичной опухоли внутри верхнедолевого бронха справа выявлена у 5 пациентов, слева – у 2; нижнедолевого справа – у 4, слева – у 3; среднедолевого – у 3 пациентов. Точные сведения о локализации опухоли получены при КТ у всех пациентов. При РГ рак был заподозрен у 11 из 17 пациентов, в остальных случаях было дано заключение о пневмонии. При РТГ рак выявлен у большинства пациентов – в 15 случаях и у них точно определена локализация опухоли. Трудности диагностики рака при РГ и РТГ у 6 пациентов были связаны с вторичной пневмонией в зоне ателектаза, хотя у 5 из 9 пациентов с пневмонией, при РС с помощью функциональных проб обнаружен ателектаз. Осложнение плевритом выявлено у всех 4 пациентов при КТ и у 3 при РГ и РТГ. Метастазы в лимфатические узлы соответствующего корня во всех 15 случаях были точно определены при КТ, в 10 случаях - при РГ и в 13 – при РТГ, среди них метастазы в средостении выявлены у всех 8 пациентов, при РГ – у 5, при РТГ – у 6.

**Выводы.** Методом первой очереди при выявлении центрального эндобронхиального рака легких по-прежнему является РИ, но оно должно обязательно включать РС, РГ, РТГ. Если полученные результаты свидетельствуют об опухоли или имеется подозрение на рак, то для уточнения характера, локализации и распространенности процесса обязательно должна проводиться КТ.

**БЎЙИННИНГ ТУҒМА КИСТАЛАРИ РИВОЖЛАНИШ САБАБЛАРИ ВА  
УЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**Холиков А.А., Фаттаева Д.Р.**

Тошкент давлат стоматология институти

Бўйиннинг туғма киста ва оқма йўллари эмбрион ривожланиш нуқсонлари ичида нисбатан кам учрайди. Губайдулина Е.Я. ва Цегольник Л.Н. маълумотларига кўра юз-жағ соҳаси ва бўйинда учрайдиган ўсма ва ўсмасимон

ҳосилалар ичида уларнинг улуши зўрға 5%, бу патологиядаги беморлар эса юзга жарроҳлик бўлимидаги барча беморларнинг 2% ни ташкил қилади.

**Мақсад** - бўйиннинг туғма киста ва оқма йўллари ривожланиш сабаблари чуқур ўрганиш ва даволашнинг усуллари такомиллаштиришдан иборат.

Бўйиннинг туғма кисталари ва оқма йўллари бошланиши эмбрион ривожланишининг биринчи ҳафталарига тўғри келади, касалликнинг клиник белгиларининг намоён бўлиши ҳар хил ёш даврларида содир бўлиши мумкин – янги туғилгандан қариликкача.

Ҳозирги кунда 6,5 ҳафталигида эмбрионнинг жабра ёриқлари уларнинг ҳосилаларини келтириб чиқариши исботланган (биринчи ютқин чўнтаги – евстахий найчасида, иккинчи – бодомсимон кўрфасда, учинчи – бўқоқ ва паратиреоид безлар, фаренкснинг нок шаклидаги чўнтаклари). Бўйиннинг ён соҳаси оқма йўллари, иккинчи ютқин чўнтагига ўхшаб, ички ташқи уйқу артерияси орасида жойлашади ва танглай бодомсимон соҳасида ички оғиз соҳасига очилади. Бўйиннинг ён оқмаларининг топографик хусусиятлари, шунингдек туғилишдан бошлаб, уларни иккинчи фарингеал қопча ва сервикал синус иштирокидаги иккинчи тармоқли ёриқ ривожланишидаги аномалиялар деб ҳисоблаш имконини беради. Ён кисталар тўғридан-тўғри бўйиннинг нейроваскуляр тўпламида умумий уйқу артериясининг бифуркация даражасида жойлашган.

Оммавий профилактика – бу, биринчи навбатда, касалликнинг ривожланиш сабаблари ва шартларини бартараф этиш, шунингдек, ота-оналар организмнинг қаршилигини ошириш орқали умумий эришилади. Аммо шуни таъкидлаш керакки, ушбу тадқиқот усуллари барчаси кистали шаклланишларнинг гистогенезини ҳукм қилишга имкон бермайди, бу кўпинча уларнинг ташхисида хатоларга олиб келади. Шу сабабли, якуний ташхисни ўрнатиш гистологик ва цитологик усуллардан фойдаланган ҳолда патологик жараённинг гистогенетик боғлиқлигини аниқлай оладиган морфолог фаолияти соҳасида қолади.

**Хулоса.** Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки бўйиннинг туғма кисталари ва оқма йўллари даволашдаги муваффақият эмбриологияни билиш даражасига ва уларни замонавий диагностика усулларида фойдаланган ҳолда ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

### УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

**Холмухамедов Д.А., Ганиев А.А.**

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного  
научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт

[dilwodb3k@gmail.com](mailto:dilwodb3k@gmail.com), [avaz-ganiev@yandex.ru](mailto:avaz-ganiev@yandex.ru)

**Актуальность.** Рак органов полости рта (РПР) является в настоящее

время одной из насущных проблем онкологии, в связи с нарастанием уровня распространенности этой патологии, а также сложностями анатомического строения структур и тканей, входящих в эту зону. Это обуславливает необходимость поиска модифицированных подходов при выполнении оперативных вмешательств с целью лечения данной патологии, а также улучшения визуализации оперативного доступа с последующим повышением качества жизни больных. Хирургическое лечение в большинстве случаев является основным методом лечения этих больных. Хотя абсолютное большинство таких больных традиционно подвергаются предоперационной лучевой или химиолучевой терапии, роль хирургического компонента остается решающим.

**Цель** - усовершенствование хирургического лечения пациентов с раком задних отделов полости рта и ротоглотки.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни 427 больных с раком органов полости рта и ротоглотки, проходивших лечение в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР, при этом больным основной группы (n=149) было проведено оперативное вмешательство в объеме мандибулотомии с одновременным созданием превентивной оростомы.

**Результаты.** При раке органов полости рта и ротоглотки детальная визуализация процесса и его удаление общепринятыми внутриротовым или подчелюстным способами крайне затруднены, что не позволяет провести радикальную операцию и обеспечить интраоперационный гемостаз. При выполнении мандибулотомии (МДТ) можно достичь необходимой визуализации, по окончании которой, челюсть восстанавливается скреплением титановыми пластинами. Разработка модифицированной мандибулотомии заключается в оригинальном способе рассечения нижней челюсти с надежным послеоперационным остеосинтезом титановой минипластиной, которая позволяет радикально удалить опухоль, провести реконструкцию дефекта мягких тканей с одновременным созданием превентивной оростомы.

**Выводы.** Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику нового метода хирургического лечения рака органов полости рта и ротоглотки с использованием модифицированной мандибулотомии и формированием оростомы, позволяет расширить показания к выполнению радикального хирургического удаления опухоли, уменьшить количество послеоперационных осложнений с последующим восстановлением функций жевания, глотания и речи, сокращая сроки нетрудоспособности, а также достижения удовлетворительных эстетических, функциональных и отдаленных результатов лечения и качества жизни этой категории больных.



StatSoft, Inc., США) и программы Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** Результаты статистического исследования площади активной остеобластической поверхности показали, что в первой группе животных, где применяли традиционное лечение, на всех сроках эксперимента площадь костных трабекул с высокой плотностью остеогенных клеток была достоверно ниже, чем в третьей группе (с комбинированным воздействием низкочастотным ультразвуком на имплантаты и периимплантные ткани).

**Выводы.** Комбинированное воздействие низкочастотным ультразвуком на дентальные имплантаты и на периимплантные ткани оперированной области у животных способствует формированию костной ткани, приближенной по гистоструктуре к материнской кости, с полной и более прочной интеграцией новообразованной костной ткани с поверхностью имплантата, что проявляется в более интенсивном костеобразовании, более быстром созревании грануляционной ткани и замещении ее ретикуло-фиброзной на ранних стадиях репаративных процессов, формировании трабекулярной и пластинчатой кости на поздних стадиях.

## **ЦИФРОВОЙ ПРОТОКОЛ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ**

**Хомич И.С., Рубникович С.П., Денисова Ю.Л.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Белорусский государственный медицинский университет  
Минск, Республика Беларусь,  
[ilya.khomich@gmail.com](mailto:ilya.khomich@gmail.com), [rubnikovichs@mail.ru](mailto:rubnikovichs@mail.ru), [denisova-yul@mail.ru](mailto:denisova-yul@mail.ru)

**Актуальность.** Применение CAD/CAM технологий при изготовлении зубных протезов является неотъемлемой частью реабилитации стоматологических пациентов на современном этапе развития стоматологии. Конструкции из диоксида циркония при протезировании пациентов с полной адентией являются предпочтительными так как устраняют многие проблемы, которые имеются у протезов, изготавливаемых традиционными способами. Изготовление протезов из диоксида циркония с помощью фрезеровки избавляет данные конструкции от напряжений и деформаций, которые появляются в каркасах металлокерамических протезов вследствие литья металла. Высокая жёсткость оксида циркония гарантирует высокую стабильность имплантатов при их шинировании, что благоприятно сказывается на распределении нагрузки и выживаемость имплантатов. Данные литературных источников показывают, что полированный диоксид циркония меньше истирает зубы чем керамика. Также неоспоримым преимуществом протезов из диоксида циркония является то, что они требуют меньше вертикального пространства по сравнению с гибридными конструкциями. Статистически выживаемость монолитных конструкций протезов из диоксида циркония с винтовой фиксацией с опорой на

детальные имплантаты в течение пяти лет достигает 100%.

Во избежание проблем с эксплуатацией протезов из диоксида циркония с опорой на дентальные имплантаты необходимо максимально точное их изготовление и пассивная фиксация. Пассивной посадки можно добиться путём изготовления цементируемых дизайнов конструкций протезов, где благодаря цементному зазору нивелируется погрешность их изготовления и оттисков. Наиболее оптимальным является снижение накопления погрешностей за счёт уменьшения количества лабораторных этапов и максимального использования цифровых технологий таких как внутриротовое и лабораторное сканирование с последующим изготовлением протезов с помощью CAD/CAM.

Внутриротовые сканеры становятся все более доступны и все чаще используются в ежедневной практике врачей-стоматологов-ортопедов и являются хорошей альтернативой традиционным силиконовым оттискам. Получение силиконовых оттисков и отливка гипсовых моделей являются этапами, на которых происходит формирование основного большинства погрешностей при изготовлении протезов. При протезировании включённых дефектов зубных рядов а также дефектов небольшой протяженности в том числе и концевых, погрешность при получении внутриротового оптического слепка остается низкой, так как сенсор сканера получают информацию относительно большой площади по отношению к общей протяженности дефекта.

При получении оптических слепков с помощью внутриротового сканера существует несколько стратегий. Наиболее оптимальная при полном отсутствии зубов предполагает начало сканирования на окклюзионно-небных поверхностях правого второго моляра верхней челюсти, перемещаясь на другую сторону и всегда захватывая две поверхности, и возвращаясь со щечной стороны. Данный вариант подходит для всех типов сканеров, т.к. он генерирует многомерную структуру всей дуги при первом сканировании, таким образом устраняя риск последующего накопления отклонений при использовании линейного сбора данных на большем расстоянии, например, при сканировании полной зубной дуги.

Для успешной фиксации и функционирования зубных протезов несоответствия ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты протезному ложу не должны достигать 100 мкм. Это говорит о том, что погрешность оптического слепка, получаемого с помощью внутриротового сканера, должна находиться в пределах 100 мкм или быть значительно меньше. Погрешность точности современных интраоральных сканеров находится в пределах 30-50 мкм, что говорит об их очень высокой точности. Важно понимать, что применение полностью цифрового протокола или замещение каких-либо этапов (традиционного изготовления зубных протезов или получения информации о протестном ложе) на цифровые, значительно повышает эффективность работы как врача так и зубного техника, и позволяет избежать некоторых искажений информации, которые зачастую случаются на этих этапах.

**Цель исследования** - продемонстрировать возможность функциональной и эстетической реабилитации стоматологического пациента несъёмными конструкциями зубных протезов из диоксида циркония с винтовой фиксацией с опорой на дентальные имплантаты, изготовленных с применением интраорального сканирования, 3D печати и CAD/CAM технологий.

**Материал и методы исследования.** На клиническом примере продемонстрировано применение временных и постоянных несъёмных конструкций зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты с винтовой фиксацией из полимера для 3D печати и диоксида циркония в полную анатомию. Протезы были изготовлены с помощью интраорального сканирования, 3D печати и CAD/CAM технологий. Для получения оптических слепков применялся внутриротовой фото сканер Carestream CS3500 (Kodak) и скан-маркеры с интерфейсом соединения, соответствующим установленным имплантатам. При изготовлении временных протезов использовался биосовместимый полимер “Denture Teeth A2” и принтер “Form 2” (Formlabs). Постоянные протезы были отфрезерованы из блоков диоксида циркония высокой прозрачности, с последующей раскраской, синтеризацией и покрытием глазурью.

**Результаты исследования.** Для иллюстрации данного подхода в лечении стоматологических пациентов с полной вторичной адентией верхней и нижней челюсти приводим выписку истории болезни номер 55/2015. Пациент М. обратился за стоматологической помощью с жалобами на неудовлетворительную эстетику и невозможность переживать пищу и с просьбой заменить искусственные коронки фронтальной группы зубов обеих челюстей в связи с их подвижностью.

Удаление несостоятельных зубов верхней и нижней челюсти и установка дентальных имплантатов проводилось одномоментно, но в два последовательных этапа, в связи с общим состоянием и пожеланиями пациента - сначала на нижней, потом на верхней челюсти с интервалом в несколько дней. Временные конструкции из полимера (3D печать) с винтовой фиксацией с уровня имплантатов с полной функциональной нагрузкой были изготовлены течение двух недель после имплантации и корректировались для определения оптимального соотношения челюстей, и были заменены на постоянные конструкции через 2,5 месяца. С момента обращения пациента до фиксации постоянных протезов срок лечения составил 4 месяца. Пациент вызывался для контрольных осмотров после окончания лечения каждые 4 месяца, самый отдаленный период наблюдения с момента окончания лечения составил 2 года.

При анализе компьютерной томографии челюстей пациента наблюдалась резорбция костной ткани в области зубов от 1/3 до 1/2 длины корней, при клиническом осмотре обнаруживались глубокие костные карманы в области большинства зубов верхней и нижней челюсти, подвижность всех зубов была 3 степени по Энтину.

На основании проведенного комплексного обследования пациента М. был составлен план лечения, который состоял из одного хирургического и двух

ортопедических этапов. В первое посещение была проведена профессиональная гигиена полости рта и сняты старые мостовидные протезы и искусственные коронки с зубов обеих челюстей. В это же посещение были atraumaticно удалены несостоятельные зубы нижней челюсти и установлены дентальные имплантаты в области отсутствующих зубов 3.7, 3.6, 3.3, 3.1, 4.3, 4.6, 4.7.

Через несколько дней провели удаление несостоятельных зубов верхней челюсти, и установили дентальные имплантаты в области отсутствующих зубов 1.7, 1.6, 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 2.7.

Сразу после наложения швов были получены оптические слепки верхней и нижней челюсти с установленными в имплантаты скан-маркерами для немедленной функциональной нагрузки временными конструкциями, изготовленными на 3D принтере. В следующее посещение во временные мостовидные протезы были вклеены титановые основания, протезы зафиксированы в полости рта и проведена коррекция окклюзии.

Через 2.5 месяца после хирургического этапа были получены оптические слепки временных протезов с помощью интраорального сканирования, которые использовались в качестве цифрового воска для изготовления постоянных несъемных конструкций из диоксида циркония с винтовой фиксацией с опорой на установленные дентальные имплантаты.

После снятия временных протезов видны хорошо сформированные профили прорезывания с десневыми сосочками прикрепленной кератинизированной десной. После вклейки титановых оснований в постоянные мостовидные протезы их фиксировали в полости рта к имплантатам с помощью винтов через шахту в коронке с усилием в 35 нсм. Точность и пассивность посадки титановых оснований проверяли тестом Шеффилда и панорамной рентгенографией. Технологическую шахту заполняли политетрафторэтиленом и закрывали композитом.

С момента обращения пациента в клинику, до окончания лечения прошло 4 месяца. Контрольные клинические осмотры с рентгенографией проводились каждые 6 месяцев с последним через 2 года после фиксации постоянного протеза. На панорамных рентгенографиях можно наблюдать этапность и изменения твердых и мягких тканей в день обращения, через 2 недели и через 2 года.

**Выводы.** Реабилитация стоматологических пациентов с полной адентией несъемными конструкциями зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты с винтовой фиксацией, изготовленными при помощи внутриротового сканирования, 3D печати и CAD/CAM технологий демонстрирует их высокую эффективность. Непосредственная дентальная имплантация с немедленной нагрузкой особенно при полной адентии или при отсутствии зубов в эстетически значимой зоне снижает уровень психологического стресса и физического дискомфорта пациентов, т.к. позволяет сократить время лечения и уменьшить количество хирургических и ортопедических этапов лечения. Временное протезирование в кратчайшие сроки после имплантации восстанавливает функцию и эстетику зубочелюстной

системы и становится основой для последующего изготовления постоянных ортопедических конструкций, что значительно облегчает и упрощает процесс протезирования.

Применение полностью цифрового протокола протезирования стоматологических пациентов начиная от получения оптического слепка, переноса информации в зуботехническую лабораторию, компьютерного моделирования и дальнейшего изготовления зубных протезов с помощью 3D печати и CAD/CAM технологий является современным и эффективным протоколом лечения.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ДИЛЯРА ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ СМЕННОМ ПРИКУСЕ**

**Худойбергана Д.К., Сулейманова Д.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Мезиальная окклюзия является сложной аномалией и приводит к нарушению эстетики лица, функции жевания и речи.

Частота распространенности мезиальной окклюзии неодинакова в различных этнических группах и встречается от 1 до 16% от общего числа обследованных лиц с аномалиями окклюзии. (Польма Л.В., Персин Л.С., Томина С.В., 2003 год)

В городе Ташкент из года в год возрастает на 15,2% количество детей с мезиальным прикусом до 26,3% (Муртазаев С.С., 2019).

**Цель исследования** - выявить эффективность лечения мезиальной окклюзии с использованием лицевой маски Дилера у детей в сменном прикусе.

**Материалы и методы.** В клинике Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института было проф. осмотрено и проанализировано 31 медицинских карт пациентов, которые получали ортодонтическое лечение в нашей клинике. В результате анализа были отобраны 16 (52%) детей в возрасте 6-14 лет носящих лицевую маску Delaire, которые осматривались нами раз в месяц. В процессе лечения родителями детей заполнялась разработанная нами анкета, в которую заносились данные анамнеза заболевания, способ дыхания, тип жевания, положения головы и ладони во время сна, вредные привычки, способ глотания, положение языка и губ во время разговора, чистота произношения звуков речи.

**Результаты и обсуждение.** В ходе изучения 31 медицинских карт были выявлены использующие пластинку различной конструкции, лицевую маску Delaire, аппарат Френкеля 3 типа, несъемный аппарат.

В сменном прикусе наибольшая доля случаев 60% приходится на лицевую маску Delaire, пластинки различной конструкции составили 25%. Аппарат Френкеля 3 типа был использован в 4% случаев. У двух пациентов при лечении использовалась несъемный аппарат (11%).

В позднем сменном прикусе применение маски Дилера с различными съемными и несъемными конструкциями привело к быстрому и успешному

лечению мезиального прикуса принужденной формы.

В раннем сменном прикусе в связи со сложностями ношения маски Диляра во время сна ребенком желаемого эффекта не получили.

**Заключение.**

1. По данным нашего исследования на мезиальный прикус приходится 15,2% пациентов из общей совокупности, что говорит о его частой встречаемости на ортодонтическом приеме.

2. Исследование показало среднюю удовлетворенность пациентов результатами лечения с применением маски Диляра. Небольшой процент пациентов с ранним сменным прикусом не закончили свое лечение по причине отказа носить маску Диляра. Это подчеркивает важность психологической подготовки перед началом лечения и поддержания мотивации на протяжении всего лечебного процесса.

3. Степень сложности исправляемого дефекта определяет продолжительность активного использования маски Диляра. Как правило, такой период составляет порядка от 3 до 6 месяцев.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С ЛОЖНЫМ  
МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ**

**Худойбергана Н.Б., Шомухаммедова Ф.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В последнее десятилетие во многих странах идет изучение мезиального прикуса, путем применения современных диагностических технологий, для своевременного лечения данной аномалии. Основой при постановке диагноза является рентгеноцефалометрическое исследование лицевого скелета, которое позволяет определить ведущие патогенетические механизмы и провести дифференциальную диагностику сочетанных форм аномалии, которая не может быть осуществлена на основании только клинических данных (Н.Г.Аболмасов, 1982; Е.Н.Жулев, 1986 и др.).

По данным ВОЗ, аномалии челюстно-лицевой области в США встречаются в 65% случаях, в странах Европы – 59,4%, в различных регионах России встречаются с частотой от 30,9 до 76,5%, а в Узбекистане наблюдаются в 62% случаев.

Изучению вопросов диагностики и планирования лечения одной из наиболее тяжелых форм аномалии смыкания зубных рядов - мезиальной окклюзии в специальной литературе уделено большое внимание (Ф.Я.Хорошилкина, 1976; Х.А.Каламкарров, 1981; Н.Г.Аболмасов, 1982; Л.С.Персин, 1983; Е.Н. Жулев, 1986; А.С.Щербаков, 1987; Н. Friede, 1987; Ю.А.Гиоева, 1991; О.С.Балгурина, 1996; Р.Н.Нигматов 2015; Шомухаммедова Ф.А, 2001;).

С.С.Муртазаев (2017) на профильных цефалограммах обосновал особенность строения лицевого скелета, пространственную ориентацию, а также межчелюстные, зубочелюстные и межзубные взаимоотношения у

представителей узбекской популяции с нормальным прикусом и сформированными зубными рядами.

**Цель** - оценка современных методов диагностики для лечения пациентов с мезиальной окклюзией

**Методы исследования.** Исследование проводилось в ТГСИ на кафедре ортодонтии в течении года. Были обследованы 57 пациентов, из них 37 (62,7%) девочек и 22 (37,2%) мальчиков, в возрасте от 6 до 12 лет.

Для исследования мезиальной окклюзии мы провели клинический осмотр полости рта. Для диагностического анализа были использованы (ОПТГ, 3D-рентген, ТРГ).

**Результат.** При обследовании пациентов с ложной прогенией было проведено клиническое обследование полости рта. На основе этих клинических исследований был проведен анализ ТРГ. По результатам анализа определено, что (ANB=2°), (SN.GoGn=40°, FMA=29°) протрузия резцов нижней челюсти (IMPA= 99°, 1.NB=35°), ретрузия резцов нижней челюсти (1.NA=18°, 1-NA=1mm) и выпячивание нижней губы (Ricketts E-line 3 mm)

В основе патогенеза ложной мезиальной окклюзии лежат нарушения величины и формы структур скелета головы, а также нарушения их взаимного приспособления друг к другу. На передний план в строении лицевого скелета выступают увеличение высоты части лица и межчелюстного угла, уменьшение глубины лица, укорочение и дистальное смещение верхней челюсти. На нижней челюсти ведущим патогенетическим признаком является тенденция к ее чрезмерному развитию мезиально.

**Вывод.** Цефалометрический анализ строения лицевого скелета при ложной мезиальной окклюзии позволил уточнить ее основные формы и их распространенность. Наиболее часто встречается мезиальная окклюзия, обусловленная макрогнатией нижней челюсти (18,8%). Несколько реже наблюдается сочетание микрогнатии и ретрогнатии верхней челюсти (16%). Прогнатия нижней челюсти была обнаружена нами в 13,8%. Макрогнатию нижней челюсти в сочетании с ретрогнатией верхней челюсти мы наблюдали у 10% обследуемых.

### К ВОПРОСУ О ВЕРОЯТНОЙ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ТГСИ

Хуразбаев Ш., Курбанниязова Ш.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Тревожные и депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре психиатрической патологии. Риск возникновения этих расстройств увеличился у людей, родившихся в последние десятилетия. (Klerman G.I., Weissman M.M., 2013) Студенты медицинских вузов – это совершенно особое сообщество, образовательный процесс которых сопряжен с воздействием специфических факторов, что не может не отражаться на их психическом состоянии. Несмотря на рост интереса к данной проблеме,

наблюдающейся за последние 15 лет, сочетание тревоги и депрессии у студентов остается недостаточно изученным.

**Цель исследования** - изучить взаимосвязь уровней тревоги и депрессии у студентов ТГСИ.

**Участники, материалы и методы.** Из случайной выборки сформирована группа студентов Ташкентского государственного стоматологического института. Была составлена стандартизированная анкета, включающая в себя опросник по состоянию здоровья PHQ-9, опросник для выявления тревожного расстройства GAD-7 и личностная шкала проявлений тревоги Тейлора. У каждого из опрошенных было взято анонимное или информированное согласие. Всего было опрошено 68 студентов. Из них 48 лиц женского пола и 20 мужского пола. Возраст ко времени исследования октябрь-декабрь 2021 г. составлял  $20,9 \pm 2,88$  года. Так же проведено исследование зависимости показателей данных опросников и уровня дохода студентов.

Несмотря на то, что эти опросники высоко валидны и чувствительны, они все же носят вспомогательный для диагностики характер. С другой стороны, эти опросники дают возможность измерить количество основных и дополнительных симптомов тревоги и депрессии, что расширяет возможности сравнительных поперечных и продольных исследований (PHQ- 9 адаптирован from «PRIME MD TODAY», разработан докторами Robert I. Spitzer, Kurt Kroenke, и Janet B.W. Williams., ©1999 Pfizer Inc.. Исходя из этих положений оценивалась вероятность клинического уровня депрессивных и тревожных расстройств. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена и критерия  $\chi$ -квадрат.

**Результаты.** Проведенное сравнение выраженности тревоги по шкале Тейлора и GAD-7 у студентов, продемонстрировавших отсутствие депрессивных симптомов, а так же клиническую и субклиническую депрессию показали результаты коррелирующие друг с другом в умеренной степени (коэффициент Спирмена PHQ-9 – GAD-7=0,59, PHQ-9 – опросник Тейлора=0,6,  $p < 0,01$ ). 10 (10,3%) из числа опрошенных с помощью PHQ-9 показали наличие клинической депрессии, что выше чем распространенность депрессии в общей популяции (6% по данным ВОЗ). У 7 (GAD-7) и 9 (опросник Тейлора) студентов из этой группы выявлена средняя и тяжелая тревога.

У 35 (51%) респондентов с субклиническим уровнем депрессии было выявлено снижение веса тяжелой и умеренной тревоги. Из них 28 (80%) или не имели признаков тревоги, или она проявлялась в легкой степени. Та же группа по результатам опросника Тейлора продемонстрировала, что подавляющее большинство (28 студентов – 42%) имели умеренный уровень тревоги.

У 26 (39,2%) студентов, не продемонстрировавших признаков депрессии, не было выявлено высокой и умеренной тревоги, и только 15,8% из них проявили симптомы легкой тревоги. Опросник Тейлора показал снижение количества студентов с тяжелой и средней тревогой с тенденцией к высокой тревоге – 6 студентов (10,4%) и рост встречаемости низкой и средней с

тенденцией к низкой тревоги – 19 студентов (29,2%).

Анализ не выявил значимой корреляции в отношении данных опросников и полом, годом обучения, семейным статусом и совмещением учебы с работой и получением другого образования

**Выводы.** полученные данные продемонстрировали высокую частоту встречаемости сочетания тревожно-депрессивных симптомов среди студентов медицинских университетов, которые на уровне измерительных шкал можно рассматривать как симптомокомплексы. Тревога и депрессия по своим значениям у 10,3% студентов отвечали клиническому уровню, что указывает на возможность выделения тревожной депрессии. По измерительным опросникам тревоги и депрессии отмечена прямо пропорциональная изменчивость этих психопатологических феноменов. Клиническая интерпретация данных позволяет сделать предварительное заключение о том, что при увеличении тяжести депрессии закономерно ожидать увеличение показателей тревоги у студентов ТГСИ. Данные опросники, являясь начальной фазой клинического исследования в оценке психического здоровья студентов медицинских учреждений, позволяют получить стандартизированные измерительные данные

### **АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА**

**Хусанова Н., Абдурахманова С.И.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Последнее время всё чаще диагностируется сочетание миомы матки и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста. На сегодняшний день аденомиоз принято считать эстроген-зависимым заболеванием, характеризующейся инвазией железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий. В свою очередь, в основе патогенеза миомы матки лежат нарушения синтеза прогестерона, увеличение в миоматозных узлах прогестероновых рецепторов. Заболевания характеризуются идентичными симптомами такими как дисменорея, боли в малом тазу, диспареуния, аномальные маточные кровотечения и бесплодие. На сегодняшний день диагностика миомы и аденомиоза не имеет сложности. Совершенствование ультразвуковой диагностики с доплерометрией позволяет повысить точность диагностирования сочетанной патологии миомы матки и аденомиоза. Эффективность лечения пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза зависит от определения степени выраженности того или иного заболевания.

**Цель исследования** - изучить эффективность препаратов диеногест и улипристал ацетат в комбинации, у женщин с сочетанной патологией миомы матки и аденомиоза.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 165 женщин с миомой матки и/или аденомиозом и разделены на 3 группы. Всем пациенткам проведены УЗИ с доплерометрией кровотока в маточных артериях и сосудах

вокруг и внутри миоматозного узла. По результатам доплерометрического исследования выбирали подходящий метод лечения сочетанной формы миомы матки и аденомиоза.

**Результаты исследования.** Анализ репродуктивного анамнеза пациенток показал, что во всех трех группах частота репродуктивных потерь и бесплодия были высокими. При выраженности аденомиоза сначала назначали диеногест 2 мг, в течение 6 месяцев в непрерывном режиме, затем Улипристал ацетат 5 мг в течении 84 дней. А при сочетании пролиферирующей миомы с аденомиозом сначала назначали улипристал ацетат 5 мг в течение 84 дней, затем назначали диеногест 2 мг в течение 6 месяцев в непрерывном режиме.

**Выводы.** Для выбора метода лечения и подбора препаратов важно уточнить клинико-морфологический вариант миомы (простой или пролиферирующий узел), особенности и характер аденомиоза (очаговая или диффузная форма), выраженность процесса васкуляризации, а также наличие гиперпластических изменений эндометрия.

**ВЛИЯНИЕ ГЕЛЯ СОДЕРМ®-ФОРТЕ И НОВОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ РЕКСОДА® НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ И ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ У КРЫС**

**Целуйко К.В, Попков В.Л., Галенко-Ярошевский П.А.**

Ростовский государственный медицинский университет,

Кубанский государственный медицинский университет

[kristim444vs@yandex.ru](mailto:kristim444vs@yandex.ru)

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является самой распространенной патологией тканей пародонтального комплекса. В развитии ХГП большая роль отводится нарушениям гомеостаза его тканевых структур, среди которых значительную роль играет пародонтопатогенная микрофлора, вызывающая воспалительные процессы, которые могут быть продуцентами медиаторов вторичной альтерации и явиться генераторами активных форм кислорода с активацией процессов свободно радикального окисления.

Арсенал лекарственных средств (ЛС), оказывающих воздействие на патогенную микрофлору, весьма обширен и включает антисептики и антибиотики. Однако в клинической практике они не всегда приводят к ожидаемому эффекту, что в значительной мере связано с развитием устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Известно, что ионы серебра, в особенности его наночастицы, имеют широкий спектр бактериостатического и бактерицидного действия. Оказывают блокирующее действие на каналы, обеспечивающие жизнедеятельность патогенов, а наночастицы разрушают клеточные оболочки бактерий, вызывая мгновенную их гибель. Кроме этого, ионы серебра обладают противогрибковой активностью. Описаны противовирусные свойства наносеребра (способность его убивать вирусы гепатита В, иммунодефицита человека, коронавируса и др.).

Имеются сведения о том, что наносеребро обладает широким спектром противовоспалительной активности. Однако механизма противовоспалительного его действия на молекулярном уровне изучен недостаточно.

Учитывая вышеизложенное определяющим вектором поиска высокоэффективных ЛС соответствующей направленности действия, нами для повышения комплексного лечения ХГП были избраны средства гель Содерм<sup>®</sup>-Форте, представляющее собой гель мицеллярный смешанного типа, содержащий нанокластерные нульвалентное металлическое серебро в виде кластерных мономеров типа  $Ag_n^{K+}$  и мицеллы мономеров, структура которых состоит из металлического ядра и поверхностного двойного электрического слоя [мицеллы эмульсии сформированы смесью неионогенных поверхностно-активных веществ (полиэтиленгликолей), масла и водной фазы, включающей супероксиддисмутазу], и новую инъекционную формы Рексода<sup>®</sup> (НИФ Рексода<sup>®</sup>).

**Цель работы.** Провести исследование влияния традиционной медикаментозной терапии (ТМТ) и сочетания её с гелем Содерм<sup>®</sup>-Форте и новой инъекционной формой Рексода<sup>®</sup> на состояние антиоксидантной и прооксидантной систем эритроцитов крови при экспериментальном пародонтите у крыс.

Эксперименты проведены на линейных крысах-самцах линии Wistar. Животные были рандомизированы на 5 групп по 12 особей: 1-я группа интактные, 2-я – с экспериментальным пародонтитом (ЭП), 3-я – с ЭП + ТМТ, 4-я – с ЭП + ТМТ+ Содерм<sup>®</sup>-Форте и 5-я – с ЭП + ТМТ + Содерм<sup>®</sup>-Форте + НИФ Рексода<sup>®</sup>. ЭП воспроизводили лигатурным методом в течение 30 дней. Лечение проводили в течение 12 дней. Животных 3-5 групп подвергали эвтаназии и осуществляли забор крови.

**Активность:**

- СОД в гемолизате эритроцитов крови оценивали по методу, описанному Е.Е. Дубининой и соавт. (1988);
- каталазы (КАТ) исследовали в гемолизате эритроцитов по методу М.А.Королюк и соавт. (1988).

**Содержание:**

- восстановленного глутатиона – GSH определяли по методу G.L.Ellman (1959) в модификации А.В.Арутюняна и соавт. (2000).
- малонового диальдегида (МДА) в мембранах эритроцитов определяли по методу, описанному Н.К.Кличхановым и соавт. (2012).

Антиоксидантно-прооксидантный индекс (АПИ) рассчитывали по М.А.Левицкому и соавт. (2010).

В результате проведенного исследования было установлено, что после 12-дневного применения ТМТ, сочетаний ТМТ + Содерм<sup>®</sup>-Форте и ТМТ + Содерм<sup>®</sup>-Форте + НИФ Рексода<sup>®</sup>:

- активность СОД, по сравнению с таковой при ЭП, значительно повышалась в 1,1, 1,6 и 2,2 раза ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) соответственно;

- активность КАТ, по сравнению с таковой при ЭП, достоверно возросла в 1,3, 1,8 и 2,1 раза ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) соответственно;
- содержание GSH, по сравнению с таковым при ЭП, достоверно повышалось в 1,1, 1,5 и 1,6 раза ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) соответственно;
- содержание МДА, по сравнению с таковым при ЭП, достоверно уменьшалось в 1,1, 1,4 и 1,5 раза ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) соответственно;
- наблюдалось возрастание АПИ, по сравнению с таковым при ЭП, в 1,5, 2,4 и 3,1 раза ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) соответственно, (таблица 1).

Таблица 1

**Влияние ТМТ, ТМТ + Содерм<sup>®</sup>-Форте и ТМТ + Содерм<sup>®</sup>-Форте+ НИФ Рексода<sup>®</sup> на активность СОД и КАТ, содержание GSH и МДА в эритроцитах крови при ЭП у крыс ( $M \pm m$ ,  $n = 12$ )**

Показатели и их размерность	Группы животных [1 – 5]				
	Интактный пародонт [1]	ЭП без лечения [2]	ЭП + ТМТ [3]	ЭП + ТМТ + Содерм <sup>®</sup> -Форте [4]	ЭП + ТМТ + Содерм <sup>®</sup> -Форте + НИФ Рексода <sup>®</sup> [5]
1	2	3	4	5	6
СОД, усл.ед./мгНб	2,54±0,07 (2,38÷2,70)	1,18±0,05 (1,08÷1,28) $p_{1-2} < 0,001$	1,29±0,01 (1,27÷1,31) $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,05$	1,94±0,04 (1,86÷2,02) $p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$	2,62±0,06 (2,48÷2,76) $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-5} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$ $p_{4-5} < 0,001$
КАТ, мкмольН <sub>2</sub> О <sub>2</sub> /мгНб/мин	42,6±1,2 (39,9÷45,3)	20,2±1,8 (16,1÷24,9) $p_{1-2} < 0,001$	26,5±2,2 (21,6÷31,4) $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,05$	35,4±,6 (31,9÷38,9) $p_{1-4} < 0,002$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,01$	41,5±1,4 (38,5÷44,6) $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-5} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$ $p_{4-5} < 0,01$
GSH, мкмоль/л	2,57±0,03 (2,51÷2,63)	1,64±0,04 (1,56÷1,72) $p_{1-2} < 0,001$	1,88±0,04 (1,80÷1,96) $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	2,42±0,03 (2,36÷2,48) $p_{1-4} < 0,002$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$	2,60±0,03 (2,54÷2,66) $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-5} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$ $p_{4-5} < 0,001$
МДА, мкмоль/л	44,82±1,20 (42,17÷47,47)	62,53±0,74 (60,90÷64,16) $p_{1-2} < 0,001$	56,08±1,02 (53,84÷58,32) $p_{2-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	45,14±0,83 (43,31÷46,97) $p_{1-4} > 0,05$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$	41,22±0,55 (40,00÷42,44) $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-5} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$ $p_{4-5} < 0,001$
АПИ, ед.	9,5±0,9 (7,5÷11,5)	3,2±0,4 (2,4÷4,0) $p_{1-2} < 0,001$	4,7±0,5 (3,7÷5,7) $p_{2-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,05$	7,8±0,8 (6,0÷9,6) $p_{1-4} > 0,05$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,01$	9,8±1,0 (7,6÷12,0) $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-5} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$ $p_{4-5} > 0,05$

*Примечание. 1. В скобках: круглых - доверительные границы при  $p = 0,05$ , квадратных - номера групп животных. 2. Сопоставляемые показатели:  $p_1$  – по отношению к 2–5 группам,  $p_2$  – к 3 – 5 группам,  $p_3$  – к 4 и 5 группам,  $p_4$  – к 5 группе.*

Таким образом, избранные медикаментозные композиции, в том числе ТМТ, повышают активность СОД, КАТ и содержание GSH, снижают

содержание МДА в гемолизате эритроцитов крыс с ЭП, а также способны оказывать нормализующее влияние на антиоксидантно-прооксидантную системы эритроцитов крови при ЭП у крыс. По способности оказывать влияние на состояние антиоксидантной и прооксидантной систем эритроцитов крови при ЭП у крыс исследованные композиции можно расположить в следующем порядке: ТМТ + Содерм®-Форте + НИФ Рексода® > ТМТ + Содерм®-Форте > ТМТ.

**Заключение.** Учитывая положительные результаты экспериментального исследования, имеется объективная перспективность применения данных лекарственных композиций в условиях клинического приема.

## **СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Чибисова М.А., Батюков Н.М.**

Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования» г. Санкт-Петербург, РФ.

[ChibisovaMA@medi.spb.r](mailto:ChibisovaMA@medi.spb.r)

Врач-стоматолог использует методы лучевой диагностики в планировании лечения осложнений кариеса зубов, при проведении всех этапов процедуры и для объективной оценки результата. Конусно лучевая компьютерная томография (КЛКТ) позволяет наиболее полно и точно оценить состояние всех отделов зубочелюстной системы, тканей пародонта, зубов и периапикальных тканей, верхнечелюстных синусов и височно-нижнечелюстных суставов. Нами разработан и внедрен в практику работы крупной многопрофильной медицинской организации протокол рентгенологического обследования стоматологических пациентов, предполагающий проведение конусно лучевой компьютерной томографии первично обратившимся пациентам. На основании анализа данных КЛКТ возможна наиболее полная и точная оценка состояния зубов после проведенного ранее эндодонтического лечения, планирование повторного лечения, оценка вовлеченности в процесс верхнечелюстных синусов, если речь идет о молярах верхней челюсти.

Проведена рентгенологическая оценка состояния верхних моляров у 100 первично обратившихся пациентов. Обследовано 67 женщин и 33 мужчины. Средний возраст обследованных составил 40,7 лет. У мужчин средний возраст 42,2 года, среди женщин 39,9 лет. Общее количество обследованных моляров верхней челюсти, подвергнутых ранее эндодонтическому лечению, составило 142 зуба. При оценке по данным КЛКТ верхнечелюстных синусов, выявлено нарушение пневматизации синуса на  $\frac{3}{4}$  объема у 5 пациентов. У 26 пациентов отмечали утолщение слизистой оболочки верхнечелюстного синуса.

Рентгенологическое просветление у верхушек корней обследованных зубов в периапикальных тканях наблюдали в 48 случаях (33,8% от числа обследованных зубов). Коронковая часть этих зубов была восстановлена композитом в 27 случаях (56,25%), коронкой 21 (43,75%). Признаки верхнечелюстного синусита выявлены у 31 пациента, при этом у 26 из них зубы были восстановлены композитом (83,87%). Канал небного корня запломбирован полностью в 120 зубах (84,51%), медиальном щечном корне основной канал в 53 зубах (37,32%), оба канала в 10 зубах. В остальных исследуемых молярах медиальные щечные каналы были частично запломбированы на разном уровне рабочей длины, либо материал в них не просматривался.

При клиническом обследовании 100 первично обратившихся стоматологических пациентов, по данным КЛКТ у 31 из них выявлены признаки верхнечелюстного синусита. У всех ранее проведено эндодонтическое лечение верхних моляров. Причинные зубы у пациентов с признаками синусита в 83,87% случаях восстановлены композиционным материалом. Очаги рентгенологического просветления визуализировались в периапикальной области верхушек корней 48 зубов (33,8 %). Небный канал был полностью запломбирован только в 120 зубах (84,51%), избыточное пломбирование за пределы верхушечного отверстия при этом наблюдали в 17 случаях (14,17%), что сопровождалось изменениями в верхнечелюстном синусе. В медиальном щечном корне основной канал был запломбирован на всю длину в 53 зубах (37,32%). Эти зубы нуждались в ревизии корневых каналов, с последующим рациональным протезированием.

Проведена рентгенологическая оценка состояния резцов и клыков верхней челюсти у 100 первично обратившихся пациентов. Обследовано 69 женщин и 31 мужчина. Средний возраст обследованных составил 42,77 года. Общее количество обследованных зубов центрального отдела верхней челюсти, подвергнутых ранее эндодонтическому лечению, составило 165. Клыков на верхней челюсти справа (зуб 1.3) было обследовано 14, боковых резцов верхней челюсти справа 48 (зуб 1.2) - 26. Центральные правых верхних резцов (зуб 1.1) 39. На верхней челюсти слева центральных резцов 40 (зуб 2.1), вторых резцов слева 29 (зуб 2.2), клыков слева (2.3) 17. 63 оцениваемых зуба центрального отдела верхней челюсти были восстановлены коронками (38.18 %). Культевые штифтовые вкладки были в 38 зубах, восстановленных коронками (23.03%). Стекловолоконные штифты под коронками установлены в каналах 13 зубов (7.87%), анкерные в 15 зубах (9.09%). Осложнения в виде перфорации стенки корня зуба, как в вестибулярном направлении так и латерально, относительно продольной оси зуба, выявлено в 5 случаях, причем в одном из центральных резцов было установлено два металлических штифта, и один из них перфорировал корень. 102 зуба восстановлено композиционным пломбировочным материалом, в большинстве случаев с нарушением краевого прилегания и различными косметическими дефектами. Очаги рентгенологического просветления в периапикальных тканях у верхушек

корней обследованных зубов или неравномерное расширение тени периодонтальной щели наблюдали в 47 случаях (28.48% от числа обследованных зубов).

В зубах с очагами рентгенологического просветления у верхушек корней коронковая часть была восстановлена композитом в 19 случаях (40.42%), различными видами коронок в 28 (59.57%). Корневые каналы были заполнены пломбировочным материалом полностью на рентгенологически видимую рабочую длину в 125 зубах (75.75%). При этом избыточное пломбирование, с выведением материала за пределы верхушечного отверстия в незначительном объеме имело место в 34 случаях (27.2%), в значительном объеме в 10 случаях (8%). На КЛКТ контрастный пломбировочный материал визуализировался на уровне  $\frac{3}{4}$  длины в 17 обследованных зубах (10,30%), на уровне  $\frac{1}{2}$  рентгенологической длины так же в 17 случаях, и в 6 (3,63%) зубах материал прослеживался лишь в устьевой части канала, что соответствовало примерно  $\frac{1}{3}$  длины канала. Клиническое обследование 100 первично обратившихся пациентов и лучевая диагностика, показали, что корневые каналы центральных зубов на верхней челюсти (клыков и резцов) после ранее проведенного эндодонтического лечения были заполнены пломбировочным материалом полностью на рентгенологически видимую рабочую длину в 75.75% случаев. Избыточное пломбирование, с выведением материала (силлера и гуттаперчи) за пределы верхушечного отверстия в незначительном объеме отмечено в 34 случаях (27.2%), в значительно большем объеме, чем принято считать допустимым - в 10 случаях (8%). Коронковая часть восстановлена реставрациями из композиционного материала в 102 зубах (61.81% случаев). Коронками были восстановлены 63 оцениваемых зуба центрального отдела верхней челюсти (38.18%). Перфорации стенки корня зуба выявлены в 5 случаях, при фиксации в корневом канале различных видов штифтовых конструкций. Очаги рентгенологического просветления визуализировались в периапикальной области верхушек корней 47 зубов, что составило 28.48 % от числа всех исследованных верхних резцов у этой группы пациентов. В зубах с очагами рентгенологического просветления у верхушек корней коронковая часть была восстановлена композитом в 19 случаях (40.42%), коронкой 28 (59.57%). Для примера, по данным ранее проведенного нами исследования в молярах верхней челюсти у первично обратившихся пациентов, после ранее проведенного эндодонтического лечения, очаги рентгенологического просветления в периапикальных тканях у верхушек корней наблюдали в 48 случаях (33.8% от числа обследованных зубов). В восстановленных пломбировочным материалом молярах, деструктивные изменения в периапикальных тканях наблюдали в 56.25%, в зубах восстановленных коронкой - в 47,45%, т.е. в значительно меньшем количестве случаев. Применительно к резцам и клыкам – просматривается иная закономерность. В центральных зубах у пациентов обследуемой группы в 7 случаях ранее была проведена операция резекции верхушки корня. Следует отметить, что при этом уровень среза апикальной части корня зуба соответствовал длине  $\frac{3}{4}$  и в двух

случаях  $\frac{1}{2}$  длины корня. У троих пациентов наблюдали признаки активно протекающего воспаления в области данных зубов с характерными клиническими симптомами.

О недостаточно высоком уровне качества эндодонтического лечения даже однокорневых зубов, говорит тот факт, что среди пациентов обследованной группы 14 зубов уже удалены (средний возраст пациентов – 42,77 года), и есть еще показания к удалению в ряде случаев, которые могут дополнительно расширяться в процессе ревизии каналов по показаниям.

Большая часть исследованных зубов нуждалась в ревизии корневых каналов, замене восстановительных конструкций, либо в удалении причинных зубов с последующим рациональным протезированием.

Данная ситуация может быть обусловлена ограниченным использованием конусно лучевой компьютерной томографии при обследовании стоматологических пациентов и составлении планов лечения. Так же, несмотря на имеющиеся наработки в стандартизации протоколов лечения, пока еще отсутствуют эффективные и доступные механизмы управления системой контроля качества медицинской помощи в лечебных учреждениях.

Использование микроскопа при проведении эндодонтического лечения зубов не имеет широкого распространения в клинической практике, что очевидно затрудняет полноценную и безопасную обработку корневых каналов.

Конусно лучевая компьютерная томография должна использоваться при обследовании стоматологических пациентов и составлении плана их комплексного лечения.

**Выводы.** Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) – наиболее информативный метод лучевой диагностики в стоматологии, челюстно-лучевой хирургии и оториноларингологии. КЛКТ может быть использована для междисциплинарного взаимодействия врачей стоматологов и оториноларингологов.

## РАХИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Шаамухамедова Ф.А., Давронова Л.Ф., Туйчиев Р.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Рахит, устойчивый к витамину D заболевание, вызывающее нарушения минерализации твердых тканей, костей, а так же осложняет молочный, сменный и постоянный зубной ряд. Стоматологические признаки рахита включают увеличенные рога и камеры пульпы, дефект ткани эмали, дентина, пульпит, некроз пульпы, периапикальные рецидивирующие абсцессы и периапикальные осложнения без кариеса или травмы. Однако иногда трещины эмали и гипоплазия эмали можно наблюдать у пациентов. Профилактическое лечение пульпы, эндодонтическое лечение, консервативное в этих случаях может применяться лечение и удаление зубов. Хотя профилактическая пульпотомия является одним из варианты лечения случаев

ВДРР, не рекомендуется из-за отсутствия достаточных доказательств хорошего прогноза. Наконец, после терапевтического, общеукрепляющие и профилактические аппликации, больной был отозван для периодического осмотра протеза, общее состояние зубов, ортодонтическое обследование и кариес профилактические процедуры.

**Цель** - обобщить стоматологические клинические, морфофункциональные, антропометрические, рентгенологические и гистопатологические данные и варианты лечения рахита у детей в периоде молочного прикуса.

**Методы исследования:**

1. Клинический;
2. Антропометрический;
3. Рентгенологический;
4. Фотометрия;
5. Лабораторный;
6. Статистическая обработка данных.

**Результат.** Витамин D играет жизненно важную роль в усвоении кальция и фосфат. Низкий уровень витамина D может вызвать раздражение организма для высвобождения гормонов, которые приводят к возможной потере кальция и фосфат из костей, что приводит к недостаточности костной ткани минерализация. Рахит, устойчивый к витамину D, также известно как X-сцепленная гипофосфатемия с преобладанием 1:20.000 человек. Стоматологические исследования этого состояния, увеличенные пульпарные камеры, рога пульпы, выходящие наружу дентино-эмалевые соединения, дефекты эмали и дентина, слабо выраженная твердая пластинка, короткие корни и гипоплазия альвеолярный гребень (4,9-11). Гистологический анализ указывает на расщелины в твердых тканях зуба, особенно дентин, выраженный глобулярный дентин и увеличенный ширина преддентина. Кроме того, ткань дентина более поражается, чем эмаль. Кроме того, поскольку эмаль и образование дентина происходит между 4 месяцами внутриутробного развития и 11-месячного возраста молочных зубов можно потерять и после этого развивается вторичная деформация зубной дуги как осложнение рахита. Поэтому, дефекты минерализованных тканей и деформация зубной дуги чаще встречаются при молочном прикусе, чем постоянный. Кроме того, главный центральный резец верхней челюсти цвет меняет и нарушает эстетику. Кроме того, первичный кариес нижней челюсти моляры были диагностированы как клинически, так и рентгенологически.

**Вывод.** Рахит – это заболевание, характеризующееся нарушением реабсорбция фосфатов из проксимальных почечных канальцев и костей. Кроме того, как отмечалось в некоторых случаях, выраженный глобулярный дентин, увеличенная ширина преддентина и в данном случае наблюдался интактный слой одонтобластных клеток. Сообщалось, что эмаль в этих случаях была нормальной, но тоньше в отличие от дефектной ткани дентина.

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ  
ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э., Абдурахманов М.М.**

Бухарский государственный медицинский институт  
[doctor.shayeva@mail.ru](mailto:doctor.shayeva@mail.ru)

**Актуальность** данного научного исследования заключается в том, что острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) представляют собой важную медицинскую проблему в хирургической стоматологии. Частота воспалительных процессов в ЧЛО колеблется в пределах 55-65%, а в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО достигает 69,5%

Отмечается агрессивное течение воспалительного процесса с поражением глубоких клетчаточных пространств, сопровождающееся выраженной эндогенной интоксикацией. Несмотря на большое количество исследований, проводимых в данной области, и внедрение современных методов результаты лечения этой категории пациентов существенно не улучшаются

**Материалы и методы исследования.** Мы обследовали 60 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. В зависимости от вида проводимой местной терапии пациенты были разделены на 3 группы методом случайной выборки (Таблица 1).

Таблица 1

Локализация гнойно-воспалительного заболевания ЧЛО	Группы		
	1	2	3
	ТТ + ЛФДТ	ТТ + Офломелид	ТТ + Офломелид + ЛФДТ
Одно анатомическое пространство (n=27)	7	10	10
Два анатомических пространства (n=21)	8	6	7
Три и более анатомических пространств (n=12)	5	4	3
Всего	20	20	20

1-ю группу составили 20 больных, у которых местное лечение после вскрытия гнойного очага, эвакуации экссудата и установки дренажей было ограничено регулярным промыванием растворами антисептиков – фурациллином в соотношении 1:5000 и 5% раствором хлорофилипта во время ежедневных перевязок, а также проводили лазерную фотодинамическую терапию (ЛФДТ).

2-ю группу составили 20 человек, которым в состав местного лечебного комплекса после традиционной обработки раны были включены повязки с мазью «Офломелид»;

3-ю группу составили 20 пациентов, которым в комплексную местную терапию после промывания гнойной раны растворами антисептиков (традиционная терапия) во время ежедневных перевязок была включена мазь на водорастворимой полиэтиленгликольевой (ПЭГ) основе «Офломелид» в виде повязки с применением местной лазерной фотодинамической терапии (ЛФДТ).

**Результаты и обсуждение.** Больным всех групп исследования проводилось в первую очередь хирургическое лечение: удаление причинного зуба, вскрытие и дренирование гнойного очага.

С учётом распространённости воспалительного процесса и характера течения заболевания всем больным назначалось комплексное лечение: в острый период заболевания – терапия антибактериальными препаратами широкого спектра действия, а затем избирательное назначение антибиотиков с учетом состава и чувствительности микрофлоры, детоксикационная терапия, включающая коллоидные и кристаллические растворы (раствор глюкозы 5%, солевые растворы – 0,9% хлорида натрия, гемодез, реополиглюкин, метрогил-100), десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин), витаминотерапия и симптоматическое лечение в зависимости от клиники заболевания.

При местном лечении у больных после вскрытия абсцесса или флегмоны, во время ежедневных перевязок, менялись дренажи, раневая поверхность орошалась растворами антисептиков (3% перекись водорода, фурацилина 1:5000, хлорофиллипт 5%), накладывались ранние вторичные швы.

Далее больным 2-й и 3-й групп (после процедуры ЛФДТ) накладывались повязки с мазью на водорастворимой полиэтиленгликольевой (ПЭГ) основе «Офломелид». «Офломелид» является комбинированным препаратом, оказывает противомикробное, противовоспалительное, местноанестезирующее, регенерирующее действие. Гидрофильную и гиперосмолярную основу мази составляет смесь полиэтиленоксидов (полиэтиленгликолей) с молекулярной массой 400 и 1500 (ПЭГ-400 и ПЭГ-1500), обеспечивающая дегидратирующее (влагопоглощающее) и осмотическое действие на ткани, которое в 20 раз превосходит по силе действия 10% раствор хлорида натрия и продолжается до 18-20 часов. Гиперемия и отек мягких тканей в зоне воспаления значительно уменьшались. В контрольной группе (25 пациентов), леченных традиционными методами, купирование указанных симптомов у 88,3% больных наблюдалось, в среднем, на  $2,3 \pm 1,05$  суток позже, чем в основной группе, причем у 11,7% больных потребовалось еще на  $2,9 \pm 1,3$  суток больше времени для купирования данных клинических признаков.

**Выводы.** Результаты ретроспективного анализа свидетельствуют о росте числа гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в период 2019-2020 гг., значительную часть которых составляют абсцессы и флегмоны различной локализации в основном одонтогенного происхождения. Наиболее распространёнными причинами такой динамики стали поспешность и упущения при сборе анамнеза, неверный подход и значительная потеря времени с момента появления симптомов заболевания, аллергизация и развитие антибиотикорезистентности.

Исходя из вышеизложенного, приходим к выводу, что включение в традиционную схему лечения повязок с мазью «Офломелид» и сеансов ЛФДТ при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ восстанавливает до нормальных значений микробиологические, иммунологические и биохимические показатели. А это положительно отражается при клинических наблюдениях – существенно сокращаются сроки заживления гнойной раны, предотвращается образование гнойных рубцов, избегается развитие осложнений.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА “ESTELITE FLOW QUICK”**

**Шайхутдинова А.И., Танасийчук В.В., Магомедова Х.М.**  
Приволжский исследовательский медицинский университет  
[tanas.Valeriya@mail.ru](mailto:tanas.Valeriya@mail.ru), [h.m.magomedova1401@gmail.com](mailto:h.m.magomedova1401@gmail.com)

**Актуальность.** Кариес зубов является одной из самых распространенных патологий зубочелюстной системы, по многочисленным данным установлено, что пораженность населения им достигает 95-98%. В последнее время наблюдается увеличение количества пациентов с пришеечным кариесом. Эффективное и качественное восстановление дефектов твердых тканей зубов на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем в стоматологии. Перед специалистами стоит задача не только добиться совершенства в восстановлении естественного внешнего вида зубов, но и максимально минимизировать вероятность рецидива и повторной замены реставрации. В настоящее время наиболее часто используют текучие композитные материалы для реставраций зубов V класса по Блэку.

**Цель работы** - изучение клинической эффективности пломбировочного материала “Estelite Flow Quick” при реставрации кариозных полостей V класса по Блэку.

**Материалы и методы.** Представленные результаты были получены при реставрации полостей V класса по Блэку с применением композитного материала светового отверждения “Estelite Flow Quick”. Всего было обследовано 112 пациентов в возрасте 18-38 лет (67 лиц женского и 45 лиц мужского пола), у которых был диагностирован кариес V класса по Блэку. Оценку результатов после пломбирования оценивали по критериям Ryge.

В ходе проведенного исследования при обработке собранных материалов определены показатели интенсивности кариеса зубов в соответствии с рекомендациями по стандартизации показателей стоматологической заболеваемости. Обсуждены первичные и отдаленные результаты, эффективность лечения, уровень сотрудничества пациентов с лечащим врачом.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Первичные результаты были оценены через месяц. Первым была произведена оценка краевого прилегания реставрации. В соответствии с классификацией Ryge оценка “Alfa” - хороший результат лечения, при котором сколы отсутствовали и не

определялись зондом, а также существовал плавный переход от пломбы к анатомической форме зуба. По истечению 1 месяца оценку “Alfa” имели 97% реставраций, 3% реставраций перешли в категорию Bravo”, что означает наличие между стенками зуба и пломбирочным материалом четкой щели или углубления, не распространяющегося до эмалево-дентинного соединения. Категория “Bravo” считается клинически удовлетворительной. Реставрации с категориями “Charlie” и “Delta”, которые должны быть заменены, не обнаружено. Далее оценивалась анатомическая форма восстановленного зуба. Оценка “Romeo” ставится при клинической картине, когда реставрация является продолжением существующей анатомической формы, восстанавливает контуры. Спустя 3 месяца оценку “Romeo” получили 5% реставраций, оценку “Sierra” SUCO – 2% реставраций, т.е. реставрация слегка занижена, 1% пломб имели оценку “Tango” – реставрации были значительно снижены, самокоррекция была маловероятна. Если клинический осмотр приводит к оценке “Tango”, это означает, что анатомическая форма реставрации неприемлема и должна быть заменена для предотвращения повреждения зуба в будущем. Следующую оценку проводили по критерию для поверхности и цвета 4% реставраций получили по этому критерию оценку “Romeo, что означает гладкую поверхность реставраций, отсутствие раздражения прилежащих тканей 3% получили характеристику “Sierra” SRD, т.е. поверхность таких реставраций была слегка шероховата или ямчатая, но могла быть исправлена последующей обработкой. Реставрации с оценкой “Sierra” SMM составило 3 %, что означает наличие у них несоответствия между пломбами и структурами зуба в пределах нормальных колебаний цвета зубов, оттенка или цветопроницаемости. Реставрации с оценкой “Tango” не обнаружено.

Отдаленные результаты оценивались по бальной системе спустя 24 месяца, где Romeo (превосходно) - 3 балла составило 93% реставраций, Sierra (хорошо) - 2 балла отвечало 5% реставраций, Tango (неудовлетворительно) - 1 балл составило 2% реставраций, Victor (плохо) - 0 баллов не обнаружено. На основе полученных результатов состояние реставраций материалом “Estelite Flow Quick” показал оптимальный результат.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют рекомендовать композитный световой материал “Estelite Flow Quick” при лечении пациентов с кариозными полостями по V классу Блэка, за счет его адаптивных свойств к сложному рельефу полости, и как следствие, показывает наибольшую износоустойчивость к деформациям в ближайшие и отдаленные сроки лечения.

### **ЗАПОМИНАНИЕ ИНФОРМАЦИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНИКИ**

**Шамсиев Д., Сирожиддинова З.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Память есть у всех живых организмов, но наиболее высоко развита у

человека. Кроме генетической и механической памяти, присущей животным, человек обладает другими более продуктивными видами памяти, связанными с использованием различных мнемонических средств. Так, например, у человека есть такие виды памяти, как произвольная, логическая и опосредствованная.

Память человека можно определить как психофизиологические и культурные процессы, выполняющие в жизни функции запоминания, сохранения и воспроизведения информации. Память является жизненно важной основополагающей способностью человека. Без памяти невозможно нормальное функционирование личности и ее развитие. В этом легко убедиться, если обратить свое внимание на людей, страдающих серьезными расстройствами памяти.

В целом, память человека можно представить как своеобразный инструмент, служащий для накопления и использования жизненного опыта.

По характеру участия воли в процессе запоминания и воспроизведения материала память делится на произвольную и произвольную.

Непроизвольная память возникает тогда, когда запоминание происходит как бы само собой в процессе какой-либо деятельности или работы над информацией.

Она хорошо развита у детей, однако с возрастом ослабевает и уступает место произвольной памяти.

Произвольная память характеризуется целенаправленным запоминанием, причем, как правило, для этого используются специальные приемы. Ее эффективность зависит от многих факторов, главными среди которых являются цели запоминания и приемы заучивания.

Цель запоминания заключается в том, насколько прочно, то есть на какой период времени человек хочет запомнить ту или иную информацию. Если цель – выучить спряжение латинских глаголов для сдачи зачета, после него многое быстро забудется. Если то же спряжение необходимо выучить, чтобы преподавать его в процессе своей профессиональной деятельности, информация закрепится надолго.

Приемы заучивания могут быть самыми разными, но все это разнообразие сводится к 4 основным группам.

1. Механическое повторение объединяет приемы, заключающиеся в многократном дословном повторении материала без его осмысления. При этом человек вынужден тратить большое количество сил, процесс запоминания требует много времени, а коэффициент полезного действия очень низкий.

2. Логический пересказ включает логическую (или смысловую) память, в основе которой лежит установление в запоминаемом материале смысловых связей. Основными элементами являются логическое осмысление материала, систематизация, выделение главных логических компонентов информации, пересказ своими словами. Логическая память гораздо эффективнее механической, поскольку она позволяет запомнить в 20 раз больше информации, чем механическая.

3. Образные приемы заставляют работать образную память, они

закладаются в переводе информации в образы, графики, схемы, картинки. В зависимости от образа этот вид памяти может быть зрительным, слуховым, моторно-двигательным, вкусовым, осязательным, обонятельным или эмоциональным.

4. Мнемотехнические приемы объединяют самые различные приемы для облегчения запоминания, основанные на образовании искусственных ассоциаций.

Память человека не является постоянной, а изменяется в течение жизни. Рассмотрим типичные изменения, происходящие в памяти по мере социализации индивида. С раннего детства процесс развития памяти ребенка идет по нескольким направлениям. Во-первых, начинают действовать аффективная (эмоциональная) и механическая (моторная, двигательная) память, которая постепенно дополняется и замещается логической и образной. Во-вторых, непосредственное запоминание со временем превращается в опосредствованное, связанное с активным и осознанным использованием для запоминания и воспроизведения различных мнемотехнических приемов и средств. В-третьих, произвольное запоминание, доминирующее в детстве, у взрослого человека превращается в произвольное. Кроме того и сами средства-стимулы для запоминания подчиняются некоторой закономерности: сначала они выступают как внешние (например, завязывание узелков на память, использование для запоминания различных предметов, зарубок, пальцев рук, записей и т.п.), а затем становятся внутренними (речь, чувство, ассоциация, представление, образ, мысль). Характерно, что в формировании внутренних средств запоминания центральная роль принадлежит речи, которая также из чисто внешней функции общения все больше превращается во внутреннюю.

### **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ**

**Шамсиева Ш.Ф., Абсаламова Н.Ф.**

Самаркандский государственный медицинский университет

[arogin\\_stomatolog@mail.ru](mailto:arogin_stomatolog@mail.ru)

**Введение.** Доказано, что послеоперационная боль после лечения корневых каналов может быть уменьшена путем применения последних достижений в эндодонтической технике и оборудовании.

**Материал и методы исследования.** Нами были исследованы 25 пациентов, старше 20 лет, у которых наблюдался пульпит после эндодонтического лечения, жалобы были на боль после пломбирования корневых каналов. Поскольку мы изучали характер постпломбировочной боли, нам было важно детально оценить жалобы больных.

Основные клинические методы исследования позволили определить общее состояние больного и температуру его тела, состояние региональных лимфатических узлов и мягких тканей челюстно-лицевой области. Оценивали

патологию со стороны пульпы выявляли после проведения тестов, болезненное зондирование и препарирование кариозной полости, длительная следовая реакция на холод. Оценивали реакцию тканей периодонта на перкуссию в вертикальном и горизонтальном направлениях. Среди *дополнительных методов* исследования проводили рентгенологическое исследование, а также оценивали электровозбудимость пульпы.

**Результаты.** Установлено, что частота послеоперационной боли в течение первых 24-48 часов колеблется от 3 до 70. В некоторых исследованиях наблюдалась боль от легкой до умеренной, в других исследованиях наблюдалась боль от умеренной до сильной. Между предоперационной и послеоперационной болью существует тесная взаимосвязь. Недавние достижения в эндодонтии привели к уменьшению послеоперационной боли как с точки зрения интенсивности, так и продолжительности. Анальгезия перед лечением, применяемая за 30 минут до лечения корневых каналов, уменьшает послеоперационную боль и может быть полезна, особенно у пациентов с низким болевым порогом. НПВП чаще всего используются для контроля боли после лечения корневых каналов. Рекомендуется гибкий план введения препаратов для обезболивания и должны определяться в зависимости от тяжести боли.

**Заключение.** Таким образом, боль после лечения корневых каналов обычно колеблется от легкой до умеренной и может возникать даже после оптимально проведенного лечения корневых каналов. Недавние достижения в эндодонтии позволили снизить частоту возникновения боли после лечения корневых каналов и повысить удовлетворенность пациентов в отношении послеоперационной боли.

### **ЮЗ-ЖАҒ ЖАРРОҲЛИК ОПЕРАЦИЯЛАРИДА КУТИЛГАН ҚИЙИН ИНТУБАЦИЯ ВА УНИ ҲАЛ ЭТИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ**

**Шарипов И.Л., Холбеков Б.К., Гойибов С.С.**

Самарқанд давлат тиббиёт университети

[Sharipov-il10@mail.ru](mailto:Sharipov-il10@mail.ru)

**Долзарблиги.** Болаларда операциялар давомида нафас йўллари ни ўтказувчанлигини таъминлашни энг ишончли усули бу трахея интубацияси ҳисобланади. Юз-жағ жарроҳлик амалиётида айрим мураккаб касалликларда, беморни нафас йўллари ни одатдаги усулда интубация қилиш муаммо бўлиб қийин интубация ҳолатини юзага келтиради. Бундай қийин интубация ҳолати анестезиолог ва реаниматолог амалиётида 3-18% учрайди. Ушбу ҳолатларда анестезиолог томонидан муқобил усуллардан фойдаланиш тавсия этилади. Тавсия этиладиган муқобил усулларидан бири бу ретроград интубация усули ҳисобланади.

**Ишнинг максоди** - юз-жағ жарроҳлигида ўтказиладиган операцияларда ретроград интубация самарасини баҳолаш.

**Материал ва текшириш усули.** Самарқанд вилоят кўп тармоқли болалар

тиббий марказининг юз-жағ жарроҳлик бўлимида охириги 5 йил ичида 11 та беморга (7 - ўғил, 4 - қиз) жағлар анкилози ташхиси билан оператив даволаш ўтказилган. Текширилаётган болаларни ўртача ёши  $7,2 \pm 0,5$  ёшни ташкил этди. Операция қилинган беморларда касалликларни сабаблари асосан травмалар ва жағларнинг одонтоген остеомиелити эканлиги аниқланди. Барча беморларга керакли клиник, лаборатор ва инструментал таҳлиллар ўтказилиб операция олди тайёргарлик ишлари олиб борилди. Беморларда анестезия хавф даражаси ASA бўйича 3 даража, қийин интубация даражаси эса Маллампати тести орқали 4 даражада баҳоланди. Беморларга стандарт премедикациядан сўнг нафас йўлини интубация қилиш мақсадида «ретроград интубация» усули ўтказилди. Ўтказиш техникаси қуйидагича: беморга кириш наркози сибазон  $0,2-0,3$  мг/кг кетамин  $2-3$  мг/кг юборилгандан сўнг Туохи игнаси ёрдамида қалқонсимон ва узуксимон тоғайлар ўртасидаги мембрана тешилиб, игна орқали бемор бош тарафига қараб перидурал катетерни ўтказгичи (лескаси) оғиз бўшлиғидан чиққанга қадар киритилди (оғиз бўшлиғидан чиқмаган тақдирда Мегил қисқичи ёрдамида ушлаб ташқарига чиқариш мумкин). Лескани бир учи оғиздан ташқарида, иккинчи учини бўйин соҳасида ушлаган ҳолда, оғиз тарафдан леска бўйлаб интубацион найча киритилди. Интубацион найча трахеяга тушганлигини текшириб, сўнгра леска олиб ташланди ва фиксация қилинди. Сўнгра эса миорелаксация мақсадида дитиллин юборилди. Барча муолажалар давомида беморни гемодинамик кўрсаткичлари (PS,  $SpO_2$ , AB) кардиомонитор «UM-300 Patient Monitor» (Украина) орқали назорат этиб борилди.

**Олинган натижалар.** Беморларни ретроград интубацияси давомида гемодинамик кўрсаткичлар қуйидагича бўлди. Хусусан ретроград интубация муолажа бошланиш босқичида пульс  $140 \pm 3,2$  та,  $sO_2$  90-95%, сАКБ  $120 \pm 4,1$  мм.см.уст., дАКБ  $85 \pm 3,8$  мм.см.уст. тенг бўлди. Интубациядан сўнг кўрсаткичлар барқарорлашди: пульс  $88 \pm 2,2$  та,  $SpO_2$  92-96%, сАКБ  $114 \pm 3,2$  мм.см.уст., дАКБ  $83 \pm 1,6$  мм.см.уст. тенг бўлди. Ретроград интубация давомида техник томондан қийинчиликлар кузатилмади. Интубацияни бу усулни ўтказишни иложи бўлмаганда алтернатив усулда беморга трахеостомия ўтказилиб сўнгра умумий анестезия ўтказиш режалаштирилган эдик, лекин бунга ҳожат бўлмади.

**Хулоса.** Юз-жағ жарроҳлиги амалиётларида “қийин интубация” муамоси кўпроқ учрайди. Ушбу контингент беморларда операция ва наркоз вақтида трахея интубациясини ретроград усулидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бунда беморда ўз вақтида операция олди тайёргарлик ва умумий аҳволини тўғри баҳолаш (анестезиологик хавф даражаси, Маллампати тести) ўтказиладиган оғриқсизлантириш самарадорлигини белгилайди. Ретроград интубация амалиётини тўғри бажарилиши асоратлар кузатилмаслигига олиб келади.

**ТРАВМАТИК СТОМАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ТИШ  
КАРИЕСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ**

**Шарипова Г.И.**

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти  
[gulniholsharipova@mail.ru](mailto:gulniholsharipova@mail.ru)

Тадқиқотимизнинг бу қисмида чуқур фторланган лак “Нанофлюор” – янги авлод биофаол фторга эга лаки билан бирга R.O.C.S препарати воситасида реминераллаштирувчи давонинг кариес профилактикасида самарасини ўргандик. Ялпиз ва мева таъмли реминераллаштирувчи гел R.O.C.S – махсус аппликация креми, болалар тишлар эмалини қайта тиклаш учун уникал формуласи, биокальций ва фосфорга эгаллиги билан фарқ қилади. Кариеснинг профилактикаси, тишлар эмалини мустаҳкамлаш ва уларда минерал мувозанатни сақлаш учун қўлланилади. Мусс тишлар тозалангандан сўнг кунига икки маҳал сурилади. Таркибида мавжуд бўлган “Recal dent” фаол компоненти сўлак билан таъсирлашиб, эмалнинг юзасида кислоталарнинг таъсиридан ҳимоя қилувчи тиш плёнкасини ҳосил қилади. Болаларнинг тишлар эмалида кальций ва фосфор танқислигини самарали тўлдиради.

Кальций эмални реминераллаштиради, тишларнинг таъсирчанлиги ва кариеснинг ҳосил бўлиш хавфини сезиларли даражада пасайтиради. Гелнинг ёқимли ширин-нордон таъми сўлак ажралишини кучайтиради, бу даволаш самарадорлигини оширади. Акс таъсирларга эга эмас. Бемор болалар тишларини тозалагандан сўнг кунига 1 ёки 2 маҳал гелни қўллашади. Препаратни тоза тиш чўткасига суриб, вестибуляр ва орал томондан юқори ва пастки тишларга ёки ҳар бир тиш қатори учун катта нўхат ўлчамида пахта тампони ёрдамида суради. Тиш юзасида 3-4 дақиқага қолдирилади, кейин тил билан мусс қолдиқларини тишларнинг юзаларига тақсимланади, сўлакни 1-2 дақиқа тупурмаслик ва ютмасликка ҳаракат қилинади. Мусс ва сўлак оғиз бўшлиғида қанча кўп турса, натижа шунча самарали бўлади. Сўлак ва гел қолдиқлари тупурилганидан сўнг оғизни чаймаслик ва 30 дақиқа давомида озиқ-овқат истеъмол қилмаслик тавсия қилинади.

Оғиз бўшлиғини чайиш учун бемор болалар Элюдрил ПРО аралашмасидан фойдаланишди. Бу ўсимлик препарати етарлича таъсир кўрсатувчи 4 та кимёвий препаратдан ташкил топган. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватига юмшатувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Бундан ташқари препарат таркибида бўлган фойдали моддалар ва эфир мойлари ОБШҚ ва пародонт юмшоқ тўқималарига антисептик, антибактериал ва замбуруғга қарши таъсир кўрсатади. Қўлланилиш усули: 15% ли препарат эритмасининг 1 чой қошиғи стаканнинг тўртдан бир қисми микдоридан сувда эритилади ва оғиз кунига 2 маҳал, эрталаб ва кечқурун овқат истеъмол қилгандан сўнг, тишлар ва милклар тозалангандан кейин 1-2 дақиқа давомида чайилади. Чуқур фторлаш “Нанафлюор” – янги авлод биофаол фторловчи лакидан фойдаланиб ўтказилди, ишлаб чиқарувчи “Влад мива”. Биофаоллиги белгиланган даволаш-профилактика лаки. Максимал яллиғланишга қарши таъсирга эришиш учун бир

нечта турғунлаштирилган фаол компонентларга эга. Нанотузилмали коллоид гидроксиапатит тишлар эмалида минерал тузилманинг қайта тикланиши, чуқур кариоз бўшлиқ дентинининг реминераллашувчига ёрдам беради. Фаол фторловчи компонент сифатида лак таркибига юқори фтор фаоллиги, узок терапевтик таъсирга эга янги авлод аминофторид-органик фтор бирикмаси киради. Бундан ташқари, фтор ионларининг мавжудлиги фторапатит ҳосил бўлиш жараёнини фаоллаштиради.

Антисептик ва бактерицид хоссаларга эга борат смоласи эритмасининг юқори сингиш қобилияти тишлар эмалида микроёриқларнинг узок муддатли ва ишончли ёпилишини таъминлайди. Лак 40-60 сония давомида окклюзияга таъсир қилмайдиган аниқ ингичка плёнкани ҳосил қилади. Хлорбутанол яллиғланишга қарши ва антисептик таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, лак билан қопланган тиш юзасида коваклар камаяди, мос равишда ҳарорат, кимёвий ва механик кўзғатувчиларга кам таъсирчан бўлади. Қайта тикланган эмал тишларга ёрқин ва равшан кўриниш беради. “Нанофлюор” лакидан клиник фойдаланиш қийинчилик уйғотмайди. Лакни қўллаш осон. Унинг аппликациясини уй шароитида ўтказиш мумкин, бошқа шунга ўхшаш материаллардан 80% самаралироқ. “Нанофлюор” лаки ёрдамида кариеснинг олдини олиш ва даволаш жуда самарали ва қўлланилишда осон. Травматик стоматит билан оғриган болаларда кариеснинг юқори жадаллиги ва тарқалганлиги белгиланган, тишлар реминераллашувининг тезлиги кескин пасайган, айниқса касаллик ўткирлашган даврда бу яққол сезилади. Шунинг асосида биз тишлар эрталаб ва кечқурун тозлагандан сўнг ишқалаш усули билан 2-3 дақиқа давомида имкони борича узок вақт сўлакни тупурмаган ҳолда, реминераллаштирувчи гелни қўллашни таклиф қилдик. Даволаш курси травматик стоматитнинг асосий гуруҳида бўлган болаларда 14 кун ва травматик стоматитнинг кўшимча гуруҳида бўлган болаларда 20 кун давом этди. Даволаш курсининг якунида тишларнинг чуқур фторланиши амалга оширилди, бунда тишлар Нанофлюор лаки билан кунора уч маҳал қопланди. Реминераллаштирувчи гел болалар тишларини калций ва фосфорга тўйинтиради, кейин фаол фторловчи компонентга эга, тишлар эмалини кальций ва фосфор билан мустаҳкамловчи, эмалнинг минерал тузилишини қайта тикловчи Нанофлюор лаки сурилди, бу аралашманинг юқори сингувчанлик қобилияти тишлар эмалининг узок муддат ва ишончли ҳимояланишини таъминлайди.

### **НАУЧНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С COVID-19**

**Шарипова Д.Ж., Бобомуратов Т.А.**

Ташкентская медицинская академия

Коронавирусная инфекция - заболевание, поражающее млекопитающих и птиц, имеющее строгую видовую принадлежность. У человека инфекция протекает как острое заболевание респираторного тракта с полиморфной клинической картиной – от слабовыраженного катара верхних дыхательных

путей до тяжелых поражений нижних дыхательных путей с высокой летальностью.

**Целью** данного обзора явилось изучение различных методов реабилитации детей с COVID-19.

**Материал** данного обзора составил 25 научных публикаций из базы PubMed за последние 3 лет, посвящённых методам реабилитации детей с COVID-19.

**Результаты и их обсуждение.** Дети восприимчивы к COVID-19 так же, как и взрослые. Но причины более легкого течения инфекции у детей остаются неясными, и существует множество гипотез, которые требуют дальнейших исследований. С учетом высокой доли бессимптомных и легких форм, дети в настоящее время рассматриваются как потенциальные источники инфекции. Вместе с тем, тестирование детского населения в очагах не подтверждает их высокую инфицированность, а основное заражение детей происходит в семейных очагах или медицинских учреждениях (родильных домах). В настоящее время COVID-19 рассматривается как острая респираторная вирусная инфекция с преимущественным поражением нижних дыхательных путей. Заболевание может протекать в виде легкого ОРВИ или иметь тяжелое течение с развитием пневмонии, ОРДС и сепсиса. При тяжелых формах дыхательная недостаточность достигает максимальной выраженности к 6-8 дню болезни. Известные случаи коронавирусной инфекции у детей, обусловленные SARS-CoV-2, не позволяют объективно оценить особенности заболевания, а также характерные проявления на всех стадиях болезни. По сравнению со взрослыми у детей чаще наблюдается диарейный синдром. Вместе с тем, авторы отмечают, что высокий процент более тяжелых форм у детей младшего и раннего возраста в данной выборке может быть обусловлен тем, что в исследование были включены дети, диагноз COVID-19 у которых был установлен без лабораторного подтверждения, тем самым не исключается другая этиология инфекции, в том числе РСВ. Небольшое количество детей, инфицированных SARS-CoV-2, может быть связано с возможным низким риском заражения вирусом или развитием легких или бессимптомных форм заболевания, которые невозможно полностью идентифицировать, однако наличие сопутствующих заболеваний может утяжелять течение COVID-19.

Кроме того, даже при отсутствии типичных жалоб у детей могут обнаруживаться изменения в легких, характерные для коронавирусной пневмонии. В этой связи необходимо проводить визуализацию легких даже при отсутствии физикальных признаков пневмонии, а также проводить изоляцию и обследование детей с легкими формами и контактных без симптомов заболевания, в связи с тем, что они могут быть источниками инфекции. Дети до года подвержены инфицированию, заражение обычно происходит при внутрисемейном контакте, в настоящее время у детей до 1 года чаще выявляются тяжелые формы заболевания.

Как показывают проведённые исследования, клинические проявления при поражении нижних дыхательных путей у детей не выражены и неспецифичны.

Ни в одном исследовании не описано аускультативных изменений, в связи с чем признаками воспалительного легочного процесса могут служить сочетание кашля, лихорадки, одышки и снижение сатурации кислородом. Присутствие всех четырех симптомов дает основание предполагать тяжелое течение COVID-19 и служит показанием к экстренной КТ грудной клетки. При этом изменения на КТ могут отмечаться у детей с легкими и бессимптомными формами, но эти же изменения могут не визуализироваться при обзорной рентгенографии, в связи с чем КТ грудной клетки является более предпочтительным методом при проведении визуализации.

Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) является наиболее тяжелым легочным осложнением COVID-19 и характеризуется рефрактерной гипоксемией, которая не может быть купирована обычной оксигенотерапией, такой как назальный катетер или маска, и требует проведения ИВЛ. ОРДС расценивается как критическая форма COVID-19.

К настоящему времени нет научных публикаций об особенностях ОРДС на фоне COVID-19 у детей, однако с высокой степенью вероятности ОРДС мог стать причиной гибели подростков 12-16 лет. Имеются данные о развитии дистресс-синдрома новорожденного ребенка, рожденного на 32 неделе от больной матери. Специфические симптомы ОРДС определяются при рентгенологическом исследовании, но более четко и специфично – на КТ легких.

Одним из тяжелых внелегочных осложнений, требующих проведения интенсивной терапии, является сепсис и септический шок. Подозреваемая или доказанная инфекция и два и более критериев SIRS, из которых – аномальная температура тела или изменение количества лейкоцитов, будут говорить о течение септического процесса. Сепсис и септический шок расценивается как критическая форма COVID-19.

**Вывод.** Реабилитация детей с COVID-19 является необходимым и при этом нужен индивидуальный подход к каждому ребёнку.

### **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**Шералиева С.Ш , Нормуродова А.К.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Введение.** Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, в частности хронических рецидивирующих трещин губ (ХРТГ), является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая степень рецидивов после проведенной терапии сохраняется до сих пор, в связи с чем повышение эффективности лечения пациентов с ХРТГ остается актуальным. Более 6% хронических трещин губ составляют группу риска в развитии злокачественных заболеваний, в связи с чем очень важно добиться длительной ремиссии (Точилова Р.В., 1981; Pogoda J.M., 2005; Main J.H. et al., 2004). В этиологии

важная роль принадлежит сосудисто-тканевым и нейрогенным механизмам, различным эндо- и экзогенным факторам (Брусенина Н.Д.; Рыбалкина Е.А., 2002). Следует обратить внимание на то, что эпителий красной каймы губ постоянно находится в неблагоприятных метеорологических условиях (Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М., 2002). Также отмечается влияние на возникновение заболевания наследственного фактора, иммунного статуса; выявляют связь между рецидивами заболевания и нестабильностью психоэмоциональной сферы (Male D.,1993; Rajka G.,1990). На сегодняшний день взаимосвязь между наличием психопатологического расстройства у пациента и периодическими рецидивами ХРТГ недостаточно изучена.

**Цель исследования** - повышение эффективности и качества методов лечения хронической рецидивирующей трещины губы на основании комплексного изучения соматического и психического статуса у пациентов с ХРТГ и разработкой дифференциальных программ с использованием данных психического статуса.

**Задачи** - изучить влияние психопатологических нарушений у пациентов с сопутствующей патологией на течение ХРТГ. Разработать комплексные программы терапии, включающих коррекцию психопатологических нарушений в сочетании с местными методами лечения.

**Заключение.** Установлено, что у 90% пациентов с выявленной ХРТГ либо хейлитом различной этиологии наблюдается нестабильность психоэмоциональной сферы, что свидетельствует о необходимости направления на консультацию к врачу-психиатра у каждого пациента с патологией красной каймы губ. Наиболее распространенными психопатологическими расстройствами, выявленными у пациентов с ХРТГ, являются депрессия и тревожно-фобические состояния (66% и 34% соответственно у пациентов исследуемой группы). Среди пациентов, страдающих депрессией, 15% составили пациенты с дистимией (исследуемая группа). Наличие у пациентов с ХРТГ депрессии и тревожно-фобических расстройств является показанием к назначению психотропных препаратов, что позволит не только ускорить процесс заживления красной каймы губ, но и исключить рецидив в отдаленные сроки.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

**Шерназаров О.Н., Вохидов У.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние десятилетия, не смотря на достигнутые успехи в оказании медицинской помощи, проблема лечения и реабилитации пациентов, страдающих паралитическими стенозами гортани по-прежнему далека от решения.

**Целью данного исследования** явилось оценка эффективности различных видов хирургического лечения больных с двусторонними паралитическими стенозами гортани.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 28 пациент (18 женщин и 10 мужчины) в возрасте от 18 до 75 лет, страдающий паралитическим стенозом гортани, находившийся на лечении в клинике Ташкентской медицинской академии, отделение оториноларингологии в период с 2015 по 2020 год. Наряду с общими клинико-лабораторными методами с целью диагностики двусторонних паралитических стенозов гортани до операции, во время хирургического вмешательства, в послеоперационном периоде использовались непрямая и прямая ларингоскопия, фиброларингоскопия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По методу хирургического лечения больные были разделены на 3 группы. Больным первой группы с целью щадящего восстановления дыхательного просвета гортани 18 пациентам (4 мужчин и 16 женщин (20% и 80%, соответственно) проведено внутригортанное микроларингохирургическое лечение двустороннего паралитического стеноза гортани путем частичного иссечения голосовой складки в задней трети и голосового отростка черпаловидного хряща.

У больных второй группы с целью компенсации дыхательной недостаточности оперативное расширение голосовой щели в межголосовом пространстве в задней трети путем латерофиксации по Lichtenberger была произведена у 16 больных с парамедианным положением голосовых складок. Из них 1 пациент - мужчина и 15 - женщин (6,25% и 93,75%, соответственно).

У больных третьей группы хирургическое лечение в виде дилатации гортани с установкой стента-дилататора проводилось у большинства включенных в исследование пациентов (44,74%, 34 человека). Двусторонний паралитический стеноз гортани у 31 из них развился после оперативного вмешательства на щитовидной железе, у 2 – после операции на сонных артериях, у 1 – после хирургического вмешательства на пищеводе.

Срок наблюдения составил от 1 до 4 лет.

У больных первой группы в послеоперационном периоде отмечалось расширение просвета гортани до 6-8 мм и улучшение дыхательной функции. Дыхание было компенсировано в покое, но физическую нагрузку выполнять не могли. В сроки от 7 месяцев до 1 года у 5 больных (25%) с односторонним иссечением голосовой складки и черпаловидного хряща возобновился стеноз в виде нарастания дыхательной недостаточности.

У больных второй группы в сроки от 8 месяцев до 1 года, наблюдалось постепенное сужение просвета гортани и стеноз возобновлялся. При этом, при односторонней латерофиксации голосовой складки, рестеноз отмечали у 4 пациентов (25,00%). Причиной несостоятельности данных вмешательств, вероятно, было прорезывание лигатурой толщи голосовой складки в процессе фонаторной нагрузки с формированием рубцового конгломерата в месте

фиксации. У остальных пациентов – 12 человек - на период наблюдения сохранялось стойкое одностороннее расширение просвета гортани.

У 4 больных третьей группы ухудшение дыхания в виде постепенного нарастания дыхательной недостаточности наблюдалось в сроки от 1 года до 4 лет. При объективном осмотре пациентов ширина голосовой щели на вдохе составляла не более 3 мм, вестибулярные и голосовые складки были несколько увеличены в размерах, тонус вестибулярных и голосовых складок был визуально снижен, голосовая щель имела линейную форму (парамедианное положение). Хирургическое лечение заключалось в рассечении гортани по средней линии по передней и задней стенке с разведением ее половин в стороны. В просвет гортани вводился стент-дилататор, которая фиксировался к коже. Рана послойно ушивалась. Дыхание осуществлялось через трахеостому. Стентдилататор удалялся через 6-8 недель. При более раннем удалении трубки-дилататора эффект хирургического лечения оказывался нестойким, половины гортани приближались друг к другу и стеноз возобновлялся в течение 6-8 месяцев, что требовало реоперации. При повторном оперативном вмешательстве стент-дилататор оставляли на срок до 2 месяцев. Одновременно после удаления стента-дилататора проводилась ревизия просвета гортани с целью удаления грануляций, появившихся вследствие длительного ношения трубки. После этого наблюдалось стойкое расширение просвета гортани с улучшением дыхания. После хирургической дилатации гортани путем рассечения по средней линии передней и задней стенок из 34 пациентов рестеноз наблюдался у 8 человек (23,53%), даже при ношении стента дилататора свыше 7-8 недель.

**Выводы.** Результаты лечения с применением латерофиксации голосовой складки, частичного иссечения голосовой складки в задней трети и голосового отростка черпаловидного хряща показали, что после проведения вышеуказанных методов хирургического вмешательства в 20% и 25% случаев возникает рецидив стеноза, поэтому необходимо разработать тактику хирургического лечения и послеоперационного ведения данной категории больных.

### **МОТИВАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Шиянова А.Д., Шадрина К.В.**

Первый Санкт-Петербургский государственный университет  
имени акад. И.П. Павлова  
[dr.anastasia.95@gmail.com](mailto:dr.anastasia.95@gmail.com)

**Введение.** Беременность – уникальное состояние в организме женщины, которое сопровождается изменениями работы всех тканей и органов и повышением восприимчивости организма к инфекционным агентам. Также увеличивается количество стоматологических заболеваний. Имеющиеся в полости рта очаги хронической инфекции способствуют развитию

общесоматической патологии в организме женщины, что негативно сказывается на здоровье будущего ребенка. Согласно многочисленным исследованиям, высокая потребность в лечении стоматологических заболеваний у данной группы сочетается низким уровнем стоматологического просвещения и мотивации к поддержанию стоматологического здоровья.

**Цель работы** - изучение мотивации беременных женщин к проведению индивидуальной гигиены полости рта и профилактике стоматологических заболеваний.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе одной из поликлиник г.Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 100 беременных женщин, которым было проведено анкетирование по вопросам профилактики стоматологических заболеваний и индивидуальной гигиены полости рта. Они включали частоту и цель посещения врача-стоматолога, средства и методы гигиены полости рта, отношение к лечению стоматологических заболеваний.

Далее был проведен анализ их историй болезни и осмотр полости рта с определением индекса гигиены полости рта ОНI-S, индекса РМА, интенсивности кариеса КПУ.

**Результаты.** На основании данных анкеты было выявлено, что 73% женщин посещают врача-стоматолога реже 1 раза год. Для проведения регулярных профилактических осмотров врача-стоматолога посещают лишь 11% опрошенных. Несмотря на то, что по данным истории болезни все пациентки получали рекомендации по гигиене полости рта, отмечают это 43%, а выполняют их только 25% беременных. Из 100 обследованных 69 человек нуждаются в лечении стоматологических заболеваний, на момент наступления беременности. Решение о продолжении лечения во время беременности приняли 28 человек, при этом завершили его 14.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о высокой потребности в профилактике и лечении заболеваний полости рта у беременных и низкой мотивации к санационным мероприятиям самих женщин. Это указывает на необходимость междисциплинарного подхода к санитарно-просветительским, профилактическим и лечебным мероприятиям со стороны врачей стоматологов и акушеров-гинекологов.

### **ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА Шоахмедова К.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[kshoahmedova@mail.ru](mailto:kshoahmedova@mail.ru)

Хроническая болезнь почек (ХБП) - одна из наиболее распространенных соматических патологий. Увеличивается число больных, у которых функция почек нарушается необратимо, в связи с чем им требуется проведение заместительной почечной терапии. Усугубляют клиническую картину очаги хронических инфекций, в том числе и в полости рта. Эти больные нуждаются в

специализированной стоматологической помощи. Однако в отечественной научной литературе крайне мало данных, касающихся реакции полости рта именно на хронические патологические процессы почечного генеза. Местные клинические признаки, наблюдаемые в орофациальной области, почти не описаны.

**Цель исследования** - изучение изменений, происходящих в полости рта у пациентов с ХБП на додиализном и гемодиализном этапах лечения.

**Материал и методы.** Проведенное исследование состояло из трех основных этапов:

1. Анкетирование пациентов (субъективный этап исследования), куда входил сбор анамнезов жизни и заболевания. Анкета состояла из паспортной и исследовательской частей. В исследовательской части анкеты были перечислены показатели субъективного (жалобы) и объективного обследования (результаты осмотра).

2. Осмотр полости рта (объективный этап исследования) включал изучение и оценку морфофункциональных и клинических признаков в полости рта. При осмотре каждого Процентных показателей по каждому признаку. Было изучено состояние полости рта 50 пациентов, которые были разделены на две группы по 25 человек в каждой.

В 1-ю группу включены пациенты, находящиеся на додиализном этапе лечения. 2-ю группу составили 25 больных, проходивших гемодиализный этап лечения в течение не более 5 лет. Пациенты 1-й группы обследовались и получали стационарное лечение на базе нефрологического отделения 3-й клиники Ташкентской медицинской академии. Больные 2-й группы (получавшие гемодиализ) обследованы на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почки. Состояние полости рта оценивалось по наличию и степени выраженности таких показателей, как гиперестезия, сухость в полости рта, болезненность десен, языка и слизистой оболочки полости рта (СОПОР), извращение вкуса, металлический привкус во рту, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, налёт на языке, уремический иней, хейлит, петехии и экхимозы на слизистой оболочке полости рта, уремический стоматит, кариес, патологическая стираемость. Средний возраст пациентов - 52 года. Гемодиализ проводился пациентам на каждый 3-й день.

В области полости рта наиболее часто встречалась сухость в полости рта (68% у додиализной группы и 76% у гемодиализной группы), что связано с такими нефрогенными факторами, как повышенное потребление натрия, истощение содержания кальция (вследствие нарушение регуляции минерального обмена), возрастание уровня ангиотензина II (за счет нарушения регуляции артериального давления), повышение количества мочевины в плазме (из-за нарушения фильтрующей способности почек). Вместе с этим извращение вкуса принимаемой пищи отметили 76% гемодиализных пациентов и 56% - додиализных. Больные жаловались на то, что не чувствовали вкус принятой пищи в полной мере. Большинству из них пища казалась пересоленной либо

кислой, что было связано с нарушением работы вкусовых сосочков языка - это проявление системной полинейропатии, которая отмечается у пациентов с хронической болезнью почек. С другой стороны, это проявление ренальной эритропоэтин-дефицитной анемии. В норме 80% эритропоэтина синтезируется интерстициальными клетками корковой части почек, однако при хронической болезни почек синтез его значительно снижен. Системная уремия приводит к насыщению выделяемой слюны мочевиной, которая расщепляется до аммиака или выпадает в виде осадочных солей, образуя уремический иней.

### **РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАЛАРИ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ҲОЛАТИ**

**Шокирова М.Х., Исиргапова С.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Гемодиализ – бу сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан хасталанган беморларнинг ҳаёт сифати ва яшовчанлигини яхшиланишини таъминлайдиган экстракорпорал тадбирдир. Мазкур тадбирларини ўтказишда албатта венос катетерлар ҳамда артерио-венос (АВ) фистулалардан фойдаланилади. Йил мобайнида 0,5-2 % венос катетерли беморларда, 0,1-0,5 % гача АВ фистулали беморларда тромбоз асоратлари кузатилади. Экстракорпорал детоксикация муолажаларини олаётган СБК беморлар ўлимнинг асосий сабаби бу юрак-қон томир касалликлари бўлиб, унинг ривожланиши гемостаз тизими бузилишлари туфайли юзага келадиган тромбоэмболик фаоллик натижасида пайдо бўладиган асоратлар билан боғлиқ. Маълумки, дастурли гемодиализ беморларига экстракорпорал муолажаларни олиб боришда қон реологиясининг ҳолатига салбий таъсир этувчи, гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолашни лозим топдик.

**Тадқиқот мақсади** - режали гемодиализ беморларида гемостаз тизими бузилишлари кўрсаткичларини ўрганиш.

**Материал ва услублар.** Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Андижон вилояти филиалида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда гемостаз тизимининг бир қатор кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) текширилди.

**Натижалар ва уларни муҳокамаси.** Гуруҳдаги беморларда қуйидаги натижалар кузатилди: фибриноген  $401,9 \pm 11,8$  мг/л.га ошгани, тромб синови  $5,3 \pm 0,08$  даражага кўпайгани, ХММ  $0,9 \pm 0,02$  қийматга ва ТҚФВ эса  $24,1 \pm 0,19$  сонияга пасайгани, шунингдек D-димер кўрсаткичини  $212,6 \pm 3,69$  нг/литр

қийматни ташкил этиб меёрнинг юқори чегараси бўсағасида кўтарилгани кузатилди.

Натижаларга аҳамият берсак гемостаз тизимининг барча кўрсаткичлари қон қовушқоқлигини ошиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу эса ўз навбатида тромбоз ривожланиш хавфини оширади.

**Хулосалар:**

1. Терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида гемостаз тизими бузилиши юз беради ва ҳолат гиперкоагуляцион жараёнлар томонига силжийди.

2. Режали гемодиализ тадбири беморларда тромбоз ривожланиш хавфини оширади ва оқибатда юрак қон-томир тизими асоратларини кузатилишини ошишига олиб келади.

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ  
ЗАПЯСТЬЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ**

**Шопулатов И.Б., Индиаминов С.И.**

Самаркандский государственный медицинский университет

Изучения обстоятельства повреждения кистей рук и выявления особенностей течения, осложнений и исходов направленные для совершенствования судебно-медицинской экспертизы по установлению механизма травмы и давности переломов, могут стать основой служит для разработки современных методов ранней диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи больным на различных этапах лечения, а также для профилактики повреждения кистей рук.

**Цель исследования** – изучить характер исходы переломов костей запястья у лиц пострадавших от воздействия тупых предметов при различных обстоятельствах.

**Материал и метод исследования.** Изучены характер переломов костей запястья у 22-х лиц, в возрасте от 15 до 48 лет получивших травму кистей от воздействия тупых предметов (орудия) при падениях (11), при травмах в салоне движущихся легковых автомобилей (6), при велосипедной травме (1).

**Результаты исследования.** У 17-ти пострадавших имело место изолированная травма кистей с переломами костей запястья, в тельных 5-ти случаях травма кистей сочетались с повреждениями других частей тела: с переломами костей предплечья (2), черепно-мозговой травмой с проявлениями сотрясения и ушиба мозга (2), переломами костей плеча, бедра и голени (1). При сочетанных травмах лечения больных проведено совместно с другими врачами специалистами. Выявлено, что у лиц, пострадавших при разных обстоятельствах травмы, со стороны структур запястья чаще всего отмечались переломы ладьевидной (81,8%) кости, в то же время переломы других костей (18,2%) выявлялись редко.

В отношении 4-х больных изолированными переломами костей запястья, которые обратились за медицинской помощи спустя нескольких дней после

травмы проведено оперативное лечение, не смотря на это у 2-х больных в исходе травмы отмечены осложнения в виде ложного сустава (1) и асептического некроза (1). У больного с асептическим некрозом наступила потеря движения в лучезапястном суставе с потерей функции кисти, а у больного с ложным суставам также отмечалось нарушение функции движения в лучезапястном суставе, связанными с ощущением сильных болей в процессе движения кисти. Остальным больными с изолированной травмой костей запястья (13) проведено консервативное лечение.

**Выводы.** При механической травме от воздействия тупых предметов со стороны структуры костей запястья чаще всего наблюдается перелом ладьевидной кости. В исходе этой травмы даже при своевременном оказании квалифицированной помощи, имеется вероятность наступление осложнений приводящие к нарушения функции движения в лучезапястном суставе.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Шукурова У.А., Наврузова Ф.Р., Тошпулатов Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[shua1981@mail.ru](mailto:shua1981@mail.ru)

**Актуальность.** Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – один из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки рта, характеризующееся выраженной воспалительной реакцией тканей с образованием эрозивно-язвенных элементов и рецидивирующим течением. После некротизации верхнего слоя эпителия с появлением выпота серозного экссудата, поверхность эрозий покрывается серовато-белым налётом вследствие присоединения вторичной микробной инфекции. Поэтому, для местного лечения эрозивных элементов используются лекарственные средства, обладающие антимикробным и противовоспалительным действием.

У беременной женщины обострения ХРАС протекают на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма, изменяется и характер репаративных процессов. Препарат ФарГАЛС – представляет собой прозрачную жидкость красного цвета с кислым привкусом, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных неспорообразующих и спорообразующих бактерий и грибов. Обладает выраженным репаративным и противовоспалительным действием. Не оказывает токсического действия на почки и печень, не влияет на свёртывающую систему крови.

Исходя из вышеизложенного, нами изучена эффективность применения отечественного препарата местного воздействия ФарГАЛС в комплексе с приёмом *Vifilaxh Immuno* при лечении ХРАС на слизистой оболочке полости рта у беременных женщин.

**Материалы и методы.** Беременные женщины обращались в поликлинику терапевтической стоматологии Ташкентского государственного

стоматологического института. Лечение ХРАС осуществлялось у 39 женщин, в 1, 2 и 3 триместрах беременности в возрасте от 18 до 32 лет, разделенных на 3 группы по 10 пациентов в каждой.

До начала лечения назначалась щадящая диета с отказом от применения острой грубой пищи, запрещалось курение и приём спиртных напитков. Все пациентки принимали витамин С, В1, В2 и В6.

Лечение соматической патологии проводилось специалистом соответствующего профиля, и только после консультации у гинеколога. Для максимальной безопасности лечения ХРАС у беременных женщин, применяемые медикаментозные препараты и методы согласовались с гинекологом.

Местное лечение ХРАС включало: аппликационное обезболивание поверхности эрозий 10% раствором лидокаина гидрохлорида, антисептическую обработку 1% раствором хлорофиллипта, энзиматическое очищение поверхности эрозий хемотрипсином.

В зависимости от вида местного и общего лечения пациентки были разделены на 3-группы: пациенткам 1-группы (контрольной) местное лечение осуществлялось 0,1-0,5% раствором хлоргексидина; 2-группа (сравнения) получала местное лечение с раствором ФарГАЛС и 3-группа (опытная) одновременно с местным лечением ФарГАЛС принимала Vifilaxx Immuno по 1 капсуле 1 раз в день после еды в течении 10 дней.

При оценке тяжести течения ХРАС каждый симптом и показатель оценивался баллами от 0 до 3 по индексу общей тяжести (ИОТ) (Шукурова У.А. 2008) где учитывались как общие, так и местные показатели.

**Результаты и обсуждение.** До начала лечения у всех пациенток определялись субъективные и объективные признаки ХРАС.

Симптомы общей интоксикации проявлялись ухудшением общего состояния в виде недомогания и потери работоспособности, повышении температуры тела и увеличении регионарных лимфатических узлов. Локальные проявления заболевания заключались в проявлении на слизистой ротовой полости эрозивно-язвенных элементов в виде афт, количество и размеры которых определялись тяжестью заболевания.

Количественная оценка симптомов общей интоксикации и локальных признаков ХРАС позволило сформировать однородные группы беременных женщин с сопоставимыми среднегрупповыми показателями тяжести клинического течения ХРАС. Среднегрупповые величины ИОТ в сравниваемых группах колебались в диапазоне  $1,77 \pm 0,22$  и  $1,80 \pm 0,30$  ( $P \geq 0,05$ ) и не имели между собой достоверных различий.

В процессе комплексного лечения у всех пациенток установлено значительное клиническое улучшение, что проявлялось купированием симптомов общей интоксикации и уменьшением или исчезновением симптомов локального воспаления.

Оценка эффективности применения различных лечебных схем на 5- сутки после начала лечения показала, что местное применение ФарГАЛС с

одновременным приёмом Vifilaxh Immuno (3-группа) вызывала максимально быстрый регресс клинической симптоматики. Это проявлялось в значительном улучшении общего самочувствия, нормализовалась температура тела, исчезал регионарный лимфаденит. Среднегрупповой балл общего состояния в 3-группе был равен  $0,20 \pm 0,11$  балла и с высокой степенью статистической достоверности превышал аналогичный показатель 1-группы – контроля равный в этот период  $1,02 \pm 0,22$  балла ( $P \leq 0,05$ ) и 2-группы – сравнения, где среднегрупповой балл общего состояния был равен  $0,52 \pm 0,12$  ( $P \leq 0,05$ ).

Среднегрупповые баллы температуры тела в 3-группе равны –  $0,25 \pm 0,10$ ; в 1-группе также было достоверно ниже этого показателя 1 группы –  $1,30 \pm 0,33$  ( $P \leq 0,05$ ) и 2-группы –  $0,60 \pm 0,10$  ( $P \leq 0,05$ ).

Среднегрупповые баллы регионарного лимфаденита в 3-группе был равен  $0,10 \pm 0,11$ ; а в 1 и 2-группе соответственно  $0,60 \pm 0,22$  ( $P \leq 0,05$ ) и  $0,30 \pm 0,20$  ( $P \leq 0,05$ ).

Редуцирование клинических признаков локального воспаления проявлялось эпителизацией язвенных поверхностей, уменьшением или исчезновением гнойного или фибринозно-гнойного налёта на поверхности афт, снижением инфильтрации и отёка слизистой и в конечном итоге, уменьшением количества афт, общей площади поражения, значительном снижении интенсивности и характера болевых ощущений. Максимальное снижение интенсивности проявлений локального воспаления слизистой рта установлено в 3-группе пациенток, уже на 5-сутки лечения установлено, исчезновение афт. Среднегрупповой балл количества афт в 3 группе –  $0,40 \pm 0,22$  был более чем в 2 раза ниже соответствующего показателя 2 группы –  $0,88 \pm 0,20$  ( $P \leq 0,05$ ) и в 2,75 раза ниже показателя 1- группы –  $1,10 \pm 0,22$  ( $P \leq 0,05$ ).

Заживление афт приводило к значительному сокращению площади поражения. Среднегрупповой балл общей площади поражения был минимален в 3-группе. Также отмечалось значительное снижение болевых ощущений, который также был минимален в 3 группе –  $0,40 \pm 0,11$ ; данная тенденция была установлена и при проявлении воспаления и инфильтрации слизистой, состояния краёв и дна афт. Происходило очищение поверхности афт от гнойно-некротических масс, эпителизация поверхности афт, сглаживание гиперемированного и отёчного ободка вокруг афт. Среднегрупповые баллы состояния краев и дна афт в 3-группе –  $0,40 \pm 0,11$  были в 2 раза ниже показателей 2 группы –  $0,80 \pm 0,11$  ( $P \leq 0,05$ ) и в 2,5 раза ниже показателей 1- группы –  $1,10 \pm 0,11$  ( $P \leq 0,05$ ).

Необходимо отметить, комплексное применение ФарГАЛС и Vifilaxh Immuno повлияло на общую продолжительность курса лечения. У пациенток 3-группы составило  $7,30 \pm 1,25$  суток; 2-группы –  $14,00 \pm 2,11$  и в 1-группе –  $15,44 \pm 1,35$  суток.

Таким образом, эффект местного использования ФарГАЛС был значительно выше традиционно используемого раствора хлоргексидина (1-группа). Величины количественных характеристик ХРАС после лечения во 2-группе (применение ФарГАЛС) практически по всем показателям были

достоверно выше показателей 1-группы (хлоргексидин). А при комплексном применении ФарГАЛС и Vifilaxh Immuno (3-группа), мы установили не только улучшение клинических показателей, но и сокращение продолжительности курса лечения ХРАС слизистой оболочки полости рта у беременных женщин.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И РЕСТАВРАЦИОННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Эргашев Б.М., Курбанова З.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

[botir.dt@mail.ru](mailto:botir.dt@mail.ru)

На сегодняшний день увеличиваются количество и объем ортопедических и стоматологических операций, связанных с имплантацией изделий, созданных из искусственных материалов, в том числе металлов. Реконструкция зубов должна рассматриваться не только с эстетической точки зрения. Большое значение имеет и восстановление соответствующего лицевого профиля, жевательной и фонетической функций, а также обеспечение удобства адекватной гигиены полости рта

**Цель исследования.** Современная стоматология использует приборы и компьютерные программы, позволяющие получить полную информацию об особенностях клинической картины, определить степень повреждения деструкции тканей и упростить оценку последствий стоматологического заболевания для постановки точного диагноза. Что заставляет стоматолога переходить с аналоговых методов диагностики на цифровые.

**Материалы и методы.** С применением первых металлических имплантатов появилась проблема, оставшаяся основной до настоящего времени – адгезии между металлом и костной тканью. Сначала использовали тантал, титан, сплавы хрома и кобальта, платины и золота. Технически чистый титан и его сплавы (как правило, Ti-6Al-4V), обладающие высокой механической прочностью, устойчивостью к коррозии, биологической совместимостью и пригодностью для остеосинтеза, привлекают значительное внимание как материалы для хирургии и стоматологии и широко используются для создания искусственных суставов и зубных имплантатов вследствие хорошей интеграции с костными тканями.

Любой диагностический этап начинается с визуального осмотра полости рта. Осмотра у стоматолога недостаточно для постановки правильного диагноза, и на помощь стоматологу спешит компьютерная диагностика.

3D томография показывает трехмерное исследование полости рта и черепа в боковой и фронтальной проекциях. Стоматологическая томография (КТ) позволяет пациенту четко увидеть свою проблему, а также составить наиболее полный и эффективный план лечения.

3D-сканер и 3D-принтер для стоматологии – это набор машин для 3D-печати, которые выполняют весь цифровой рабочий процесс, значительно экономя расходные материалы, снижая себестоимость конечного продукта.

Благодаря 3D-принтеру процесс моделирования отливок полностью автоматизирован. Это ускоряет изготовление хирургических шаблонов временных коронок, съемных протезов, зубных моделей и элайнеров.

Разработка плана лечения ведется непосредственно в программе. Врач выбирает подходящий имплант, определяет точку установки. На 3D-принтере распечатывается объемный шаблон. Пациент может принимать участие в выборе импланта.

Планирование цифрового лечения в стоматологии начинается с изготовления диагностических и хирургических шаблонов. Сегодня сложно представить процесс имплантации без использования технологий и оборудования.

**Результаты и обсуждения.** Цифровые методы диагностики показывают челюсть пациента со всех сторон и проекций. Изображение лица делается с помощью зеркальной камеры. Все эти файлы объединяются в специальной программе, поэтому изображение лица человека в формате 3D позволяет определить прикус, точное размещение имплантов. В виде компоновки вы можете протестировать этот проект, устранить ошибки и проверить надежность подготовленной модели.

Эта технология позволяет создавать временные и постоянные коронки еще до имплантации. Также можно рассчитать долговечность конструкции. Кроме того, все модели хранятся в базе данных. И нескольких часов будет достаточно для восстановления коронки/протеза без дополнительных визитов к пациенту и пребывания его в клинике. Минимум посещений - высокое качество и быстрый результат.

**Вывод.** Учитывая последовательное развитие 3D-технологий, можно сказать, что подобные нововведения помогают добиться более точных и точных результатов диагностики, планирования и ятрогенных вмешательств, повышая при этом удобство при стоматологическом лечении. Цифровизация в стоматологии - яркий пример государственной реформы в системе здравоохранения. Выдан ПП-5000 23 февраля 2021 года. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по эффективной организации цифровизации системы здравоохранения». Важно цифровизировать сферу здравоохранения и внедрить единые информационные системы, сократить бюрократию в процессе управления, повысить качество услуг, оказываемых населению, обеспечить эффективность работы медицинских работников, а также реализовать программы цифровой трансформации в этой сфере.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ  
ЦИРКОНИЕВЫХ, МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И КОМБИНИРОВАННЫХ  
ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ**

**Эрматова Ф.Р., Хабилов Н.Л.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Конструкции сохраняют за собой свою актуальность в современной ортопедической стоматологии при лечении зубов с полным разрушением коронковой части. По мнению многих авторов, металлические литые штифтовые конструкции являются наиболее эффективным способом восстановления культи разрушенных зубов, обеспечивая стабильный и долгосрочный результат ортопедического лечения. Однако, данный метод снижает эстетические показатели будущих безметалловых керамических реставраций. В связи с этим, особый интерес вызывают фрезерованные штифтовые конструкции из диоксида циркония и комбинированные, культовая часть которой выполнена из дисиликат лития и корневая часть из КХС.

**Целью исследования** явилось сравнение отдаленных результатов использования циркониевых, металлических и комбинированных штифтовых конструкции при восстановлении анатомической формы зубов безметалловыми керамическими коронками.

**Материал и методы.** За последние три года нами было обследовано и проведено ортопедическое лечение 35 пациентов с полным разрушением коронковой части передней группы зубов в возрасте от 30 до 45 лет. Изготовлено 76 штифтовых конструкций. Срок наблюдения составил 3 года.

Исследуемые были разделены на 3 группы. Первую группу вошли 12 пациентов, которым были изготовлены 27 кобальто-хромовых штифтовых конструкции, вторую группу составили 11 пациентов - были изготовлены 24 фрезерованные диоксид-циркониевые штифтовые конструкции, третью группу 12 человек, которым культи зуба восстановили комбинированными штифтовыми конструкциями в количестве 25. Всем исследуемым были изготовлены реставрации из безметалловых керамических коронок.

Клинико-лабораторные этапы изготовления проводились традиционным методом. Штифтовые конструкции фиксировали на стеклоиономерный цемент Fugii plus, реставрации - на Variolink II.

Результаты исследования показали, что при восстановлении культовой части зубов отмечалась стабильность у цельнолитых металлических и комбинированных штифтовых культовых вкладок. В 1 наблюдении отмечен перелом штифтовой части и вестибулярный кривой скол стенки корня зуба, в двух расцементирование циркониевой штифтовой конструкции. В 8 случаях возникли проблемы цельнолитыми штифтовыми конструкциями из-за эстетического несоответствия окончательной реставрации.

**Заключение.** Таким образом, оптимальным решением для восстановления культовой части зуба при планировании применения

безметалловой цельнокерамической конструкции является комбинированная штифтовая конструкция, которая позволяет получить функциональный и максимально эстетический результат.

**ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАСИДА  
ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА  
АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ**

**Эсонов Ш.Р., Баратова Х.Х.**

Тошкент давлат стоматология институти

Сурункали буйрак етишмовчилиги юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), муҳим хавф омилдир. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқоридир. Шунингдек гемодиализ беморларда гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи омилдир. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларига антиагрегантларни қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш бўйича изланишларни олиб боришни лозим топдик.

**Тадқиқот мақсади** - дастурли гемодиализ беморларида антиагрегант дори воситаларини қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш.

**Материал ва услублар.** Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 40 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Беморлар тасодифий 1 (n=20) ва 2 (n=20) қилиб гуруҳларга ажратилди: Фақат 1 гуруҳга Аллтромбосепин 200 мг/сутка (капсуласида 100 мг бўлиб 2 маҳал) буюрилди. Ҳар икки гуруҳ беморларида гемостаз тизимининг кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меъёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) даволаниш бошида ва 10 кундан сўнг қайта текширилди.

**Натижалар ва уларни муҳокамаси.** Даволаниш бошида икала гуруҳ беморларда фибриноген  $401,9 \pm 11,8$  мг/л.га ва тромб синови  $5,3 \pm 0,08$  даражага кўпайгани, ХММ  $0,9 \pm 0,02$  қийматга ва ТҚФВ эса  $24,1 \pm 0,19$  сонияга пасайгани кузатилди. D-димер кўрсаткичи  $212,6 \pm 3,69$  нг/литр қийматни ташкил этиб меърининг юқори чегараси яқин кўтарилди. Ўн кундан сўнг 1-гуруҳда фибриноген  $392,5 \pm 10,7$  мг/л.га ва тромб синови  $5,1 \pm 0,07$  даражага пасайгани, ХММ  $1,0 \pm 0,02$  қийматга ва ТҚФВ эса  $26,7 \pm 0,24$  сонияга ошгани кузатилди. D-димер  $192,8 \pm 4,17$  нг/литрга пасайди. 2-гуруҳда эса фибриноген  $403,2 \pm 12,3$  мг/литр, тромб синови  $5,3 \pm 0,08$  даража, ХММ  $0,9 \pm 0,03$  қийматга ва ТҚФВ эса  $25,1 \pm 0,17$  сонияни ташкил этди. D-димер кўрсаткичи  $214,1 \pm 3,58$  нг/литр қийматда бўлиб ижобий томонга силжиш кузатилмади.

**Хулосалар:**

1. Экстрокорпорал детоксикация жараёнларида гемостаз тизими

бузилишларини рағбатлантирувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд.

2. Дастурли гемодиализ беморларида тромбоз хавфини ва ЮҚТТ асоратларини олдини олиш учун антиагрегантларни қўллаш лозим.

**ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛОКНИСТОГО ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СОРБЕНТА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Эшбадалов Н.Х., Файзиходжаев О.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Андижанский государственный медицинский институт

**Актуальность.** Среди заболеваний челюстно-лицевой области острые гнойно-воспалительные процессы составляют от 40% до 60%, а фурункулы и карбункулы составляют от 5 до 15%.

Фурункулы и карбункулы являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [ЧЛЮ] занимают до 27%. Фурункулы у 64,2% карбункулы у 15,1% больных локализируются на лице.

Несмотря на успехи в области их лечения, фурункулы и карбункулы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдается летальность от внутричерепных осложнений в виде сепсиса.

Ранее на кафедре хирургической стоматологии был разработан и внедрен в практику метод оксигенации с парами спирта при лечении аэробных флегмон челюстно-лицевой области.

Следует отметить, что в последнее время чаще стали встречаться тяжелые формы фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области. Наши бактериальные исследования показали, что при тяжелых формах фурункулов и карбункулов нередко в ране обнаруживается анаэробные микробы в ассоциации с аэробами.

**Целью** нашей работы явилось изучение эффективности волокнистого полипропиленового сорбента [ВПС] и оксигенации при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ.

**Материалы и методы обследования.** Под нашим наблюдением находилось 58 больных с фурункулами карбункулами ЧЛЮ, поступившие на стационарное лечение на 2-5 сутки заболевания. Причем больные с абсцедирующими формами фурункулов поступили на 4-5 день от начала заболевания. Из 58 больных у 8 были карбункулы ЧЛЮ. Среди всего контингента больных было 27 женщин и 31 мужчин, в возрасте от 16 до 45 лет. Развитию фурункулов и карбункулов в основном, послужило выдавливание мелких гнойничков-«прыщей».

У 25 больных фурункулы и карбункулы локализовались в подглазничной

и щечной областях, 18 – в области верхних и нижних губ, у 9 – в области виска и лба, у 6 – в области подбородка и шеи.

**Результаты и их обсуждения.** Анализ полученных данных микробиологических тестов установил, что в 77,3% случаев из воспалительного экссудата высевались ассоциации микрофлоры, представленные как аэробными [наиболее часто стрептококками и стафилококками], так и анаэробными микроорганизмами [преимущественно превотеллами, вейлонеллами и бактероидами]. В 13,6% случаев выделялись только аэробные микроорганизмы [стрептококки, стафилококки и энтерококки]. В остальных 9,1% случаев – только анаэробная флора. Удельный вес дрожжеподобных грибов рода *Candida* не превышал 4,4% от общего количества исследований. При оценке уровня суммарной бактериальной обсемененности раневого отделяемого отсутствие признаков микробного роста или значительное снижение концентрации микроорганизмов ниже  $10^4$  КОЕ/мл в ране при повторном обследовании на 7-е сутки определялось только у 22% больных контрольной группы, в 76% случаев – у первой группы и в 65% – во второй.

**Выводы.** Местное лечение фурункулов и карбункулов должно способствовать ограничению и быстрому разрешению воспалительного процесса, отторжению некротического стержня с последующим рубцеванием раны.

Таким образом, применение ВПС и оксигенации в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ является патогенетически обоснованным и позволяет значительно сократить сроки и лечения, повышение его эффективности и уменьшение риска развития осложнений в виде тромбозов и лицевых вен и др.

Оксигенация парами спирта при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области не только ускоряет процесс очищения раны, но и стимулирует повышение гемодинамики.

## ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЕПАТИТОВ

Эшбадалов У.Х., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность.** Особое внимание привлекают пурпурнолистные формы барбарисов и летнезимнезеленыемагонии. Так же известно использование барбарисов и магоний как плодовых растений. Плоды богаты биологически активными веществами и рекомендуются для здорового питания человека.

Для использования растений в качестве источников биологически активных веществ первостепенное значение имеет изучение динамики накопления целевых веществ и определение сроков, отвечающих их максимальному содержанию.

В настоящее время в связи с частыми осложнениями при употреблении различных синтетических лекарственных препаратов, особую актуальность приобретает использование растительных лекарственных веществ в лечении различных заболеваний организма.

При этом происходит значительное снижение неспецифической резистенции организма к угнетению детоксикационной функции печени.

Поэтому проблема сохранения этого ценного кустарника и поиск альтернативных, экономически оправданных источников берберина актуальна.

Связи с этим мы поставили перед собой цель оптимизировать анализа качества применения препарата из растения барбариса в комплексную терапию больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** Мы применяли мелкоизмельчённые корни барбариса обыкновенного как гепатотропный, желчегонный препарат в таблетированной форме при комплексном лечении одонтогенных гнойно-воспалительных процессов ЧЛЮ. Так как в соотношении чем у листьев и ягод барбариса в корне содержатся больше кислот и микроэлементов.

Под нашим наблюдением находились 60 больных одонтогенными гнойно-воспалительными [периоститами, абсцессами, флегмонами, остеомиелитами] заболеваниями ЧЛЮ в возрасте от 18 до 72 лет и 15 здоровых. Схема исследования больных поступивших в клинику хирургической стоматологии, включало оценку степени распространенности локализации гнойно-воспалительных процессов и проведение клинко-лабораторных, биохимических и при необходимости рентгенологических исследований скелетов ЧЛЮ. Как правило в день поступления больным под местной или внутривенным наркозом производилась операция вскрытия флегмоны с удалением причинного зуба.

С целью оптимизации антибактериальной терапии у всех больных определяли чувствительность микрофлоры к антибиотикам. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибактериальную, противовоспалительную десенсибилизирующую и по показаниям трансфузионную и иммуностимулирующую терапию. Наряду с этим 30 из 60 больных с первого дня после операции получали препарат барбариса по 1 таблетке 3 раза в день до всего срока лечения. По распространённости гнойно-воспалительный процесс у 37 больных занимал одну топографическую область. А у 23 - ве и более.

**Результаты исследования.** Критерии оценки эффективности терапии в обеих группах; контрольная I - группа получала общепринятое лечение; II - основной группе в комплексе лечения применяли препарат барбариса, далее учитывалось сроки нормализации температуры общего состояния, параметров крови лейкоцитарного индекса интоксикации, неспецифической функции печени, а также сроки очищения и заживления операционной раны, число проведённых в клинике койко – дней. У больных II - группы, получавших комплексное лечение, послеоперационное течение было более благоприятным,

а в процессе выздоровления существенно ускорился. Так у них отмечалось более раннее выздоровление на 2-3 суток, чем у больных I-группы, исчезновение перификального отёка и инфильтрации мягких тканей вокруг раны, очищение раны от гнойно-некротических тканей [на 3-4 сутки чем 6-8 суток у больных I-группы], появлений грануляций в ране [5-6 сутки чем 8-10 суток у больных I-группы ], нормализация СОЭ на 6-7-е сутки, в то время как у больных I-группы, она оставалась повышенной до 10-14 суток. Индекс интоксикации нормализовался у больных II- группы к 7-суткам, а у больных I-группы этот показатель оставался выше нормы в плоть до выписки из стационара.

Положительный эффект использования барбариса в лечении одонтогенных воспалительных биохимические исследования. При применении данного метода быстрее ликвидировались: отёк и улучшение общего состояния больных у основной группы [IV], наступала значительно раньше, чем в контрольной группе [I]. Длительность пребывания больных на стационарном лечении в основной группе и контрольной, составляли соответственно, 14,14±0,24; 19,1±0,42 [P<0,001].

Положительный эффект в лечении одонтогенных воспалительных процессов с барбарисом в лечении одонтогенных воспалительных процессов полностью подтверждает также проведённые нами биохимические исследования.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные подтверждают о целесообразности включения препарата барбариса обыкновенного в комплексе лечения больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Высокая эффективность препарата барбариса обыкновенного в комплексе лечения больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области определялась в проведенных нами исследованиях в динамике лечения: общее недомогание, снижение аппетита, обложенность языка, периодические боли в области правого подреберья, рассасыванию гнойного процесса в короткие сроки. Это в свою очередь, привело к сокращению пребывания больных на стационарном лечении.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ И ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Эшбадалов У.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Острые гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Среди заболеваний челюстно-лицевой области острые гнойно-воспалительные процессы составляет от 40% до 60%. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляют около

10-20% хирургических пациентов, обращающихся в стоматологические поликлиники и более 60% больных, получающих специализированную медицинскую помощь в отделениях челюстно-лицевой хирургии. На долю пациентов, госпитализируемых в данные отделения с диагнозом абсцесса или флегмоны, приходится от 30% до 70% от общего числа больных.

Достижения медицины в области исследования этиологии и патогенеза флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) позволили разработать новые методы лечения и диагностики. Однако распространенность патологии не имеет тенденции к снижению, а процесс лечения остается сложным и длительным, не застрахованным от развития осложнений.

В настоящее время существует множество способов, оценивающих состояние больных с флегмонами ЧЛО и позволяющих прогнозировать течение заболевания на основании данных клинического, биохимического, гематологического, иммунологического обследования. Однако работ посвященных процентному соотношению частоты встречаемости флегмон различной этиологии, в частности одонтогенного происхождения в разделе хирургической стоматологии единичные. Поэтому оценка степени риска развития осложнений при острых воспалительных заболеваниях является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии.

В связи с этим мы поставили перед собой **цель** провести статистическое соотношение флегмон ЧЛО в зависимости от анатомо-топографической локализации.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 86 больных с флегмонами различного происхождения и различной локализации в челюстно-лицевой хирургии № 7 КГБ г. Ташкент, выполненных в период 2018-2020гг.

Все флегмоны мы подразделяли на две группы. Первая группа – одонтогенные флегмоны – 96 и остеомиелит челюстей-27.

**Результаты.** Частота встречаемости флегмон в зависимости от локализации и этиологии, в 63% случаев «причинными» зубами в возникновении одонтогенных флегмон были (в 25% - верхние моляры, в 35% - нижние моляры и в 3% - верхние резцы и клыки) и в 37% случаев - постоянные зубы (в 5% - верхние шестые, в 25% - нижние шестые и в 7% - верхние резцы). За последние три года отмечается снижение частоты заболеваний с одонтогенными флегмонами с этиологическим фактором возникновения от постоянных зубов, по нашим данным в период 2018-2020 гг.

Исходы заболевания - во всех случаях благоприятный (выздоровление).

**Выводы.** Применяя комплексное лечение, можно добиться хороших результатов в лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Организация плановой санации, профилактика заболеваний полости рта своевременное и рациональное лечение заболеваний зубов намного снизит возникновение таких осложнений как флегмоны одонтогенного происхождения.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ  
ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Эшбадалов Х.Ю., Туланов Д.Ш., Файзиходжаев О.С.**

Андижанский государственный медицинский институт

Острые гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Под нашим наблюдением находилось 57 детей с острыми и хроническими одонтогенными остеомиелитами челюстно-лицевой области в клинике многопрофильного детского центра отделения хирургической стоматологии АГМИ

По возрасту дети распределялись следующим образом: до 5 летнего возраста - 14 детей, от 6 до 10 летнего возраста - 21, от 11 до 18 летнего возраста - 22. Из них было обследовано 29 мальчиков и 28 девочек.

С острым одонтогенным остеомиелитом челюстей было обследовано 22, с хроническим - 15 детей, с заболеваниями других органов и тканей лица было 20 детей.

У детей с одонтогенными воспалительными процессами нами проведены исследования белковых фракций плазмы крови.

Обычно течение острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей сопровождается высокой температурой тела, с резко выраженным отеком и припухлостью тканей. В тяжелых случаях иногда отмечается рвота и понос. Возбуждение сменяется апатией.

Осложнения одонтогенных воспалительных процессов детского возраста довольно разнообразны, некоторые из них угрожают жизни больного.

Хронические воспалительные процессы поражают растущие костные ткани и часто вызывают различные деформации лица и недоразвития челюстей. Важную роль в правильном развитии челюстей имеют зачатки молочных и постоянных зубов. Поэтому необходимо во время операции чрезвычайно бережно относиться к ним.

В борьбе организма с микробами имеют важное значение глобулины, причем в этом существенную роль играют нуклеиновые кислоты, содержащиеся в ядрах клеток, вырабатывающих гамма-глобулины и определяющих структуры их молекул.

Установлено, что при воспалительных процессах уменьшается альбуминовая и значительно увеличивается глобулиновая фракция белков плазмы крови. Такие изменения являются одним из самых ранних признаков гнойной инфекции, когда еще очень слабо выражены клинические симптомы воспаления. Этот признак приобретает особое значение, ибо диагностика воспалительного процесса челюстно-лицевой области в детском возрасте бывает затруднена в связи со стертой, неясностью общеизвестных клинических признаков гнойного процесса. Чем обширнее гнойный процесс и тяжелее интоксикация, тем более выражено снижение альбуминов и увеличение количества глобулинов в плазме крови.

Лечебные мероприятия при одонтогенных воспалительных процессах у детей зависят от стадии заболевания.

При острой стадии основное внимание должно быть уделено повышению сопротивляемости организма ребенка, устранению интоксикации путем ограничения гнойных очагов и непосредственному воздействию на возбудителя болезни.

Рекомендуются ранние разрезы в полости рта до появления флюктуации. Наружные разрезы следует проводить по строгим показаниям.

В хронической стадии заболевания лечебные мероприятия должны предусматривать повышение регенеративных свойств организма и удаление некротических тканей, поддерживающих воспалительный процесс и интоксикацию продуктами распада белка.

Операция проводится с учетом топографо-анатомических особенностей данной области в детском возрасте с минимальной травмой. Следует учесть, что при воспалительном процессе костной ткани образование секвестров у детей происходит ранее, чем у взрослых.

Своевременная диагностика одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей, правильное и своевременно проведенное эффективное лечение, как правило, приводят к более быстрому выздоровлению и предупреждают тяжелые общие и местные осложнения.

### **ПРОБЛЕМА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Эшбадалов Х.Ю., Файзижоджаев О.С., Насретдинов З.Т.**

Андижанский государственный медицинский институт

Травмы мягких тканей лица и костей лицевого скелета составляет по данным различных авторов от 9 до 15% по отношению к другим повреждениям костной системы и от 25 до 32,6% от числа всех повреждений лица у детей. Как и при травмах туловища и конечностей, оказание помощи детям с повреждениями челюстно-лицевой области тесно связаны с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. При этом хирург-стоматолог всегда должен помнить и учитывать особенности дальнейшего развития ребенка, его зубочелюстной системы. Наряду с этим нужно учитывать особенности детского организма, т.е. его реактивность, склонность коры головного мозга к генерализованным реакциям торможения и раздражения, что в свою очередь проявляется однотипностью клинических проявлений на различные патологические процессы, и том числе и при травмах. Необходимо помнить о своеобразии течения у детей процессов солевого, белкового и йодного обмена, которые характеризуются высокой интенсивностью и неустойчивостью. Единичными являются работы по анализу исследований травматизма и обработке ран мягких тканей лица (дан анализ травматизма челюстно-лицевой области у детей в условиях сельскохозяйственной местности). В единичном случае проанализированы сроки оказания помощи

детям с травмой лица; согласно которым по г.Андижан в первый день специализированная стоматологическая помощь оказывается только в 59,4% случаев. Все это свидетельствует о том, что проблеме травматологии детского возраста в стоматологии уделяли мало внимания. Поэтому до настоящего времени нет единой общепринятой классификации и соответствующих методик лечения. Имеются единичные специализированные детские стационары, нет специализированных стоматологических детских травматологических пунктов, и поэтому дети с травмой лица обращаются в травматологическое отделение общего профиля, где им в большинстве случаев не могут оказать правильную высококвалифицированную специализированную помощь. Это в такой же степени касается специализированной помощи детям с ожогами, отморожениями и электротравмой лица. По этим разделам травмы лица также не имеется достаточной, специальной литературы.

Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с углубленным изучением патологической физиологии травм челюстно-лицевой области.

До настоящего времени в отечественной литературе очень мало внимания уделялось вопросам травмы в стоматологии детского возраста. Специализированная помощь, в частности хирургическое лечение этих повреждений, проводится в единичных отделениях челюстно-лицевых клиник. Еще хуже обстоит дело с изучением влияния травмы челюстно-лицевой области на организм в целом. В литературе хирургической стоматологии научно-исследовательских работ посвященных комплексному подходу изучения данной патологии на сегодняшний день не имеются, хотя известно, что травмы вызывают значительные изменения в организме, почти одинаково реагируя на все виды травматических раздражителей за исключением ионизирующего излучения. Поэтому можно рассматривать все после травматические метаболические расстройства вместе, не индивидуализируя их. Однако реакция на травму в детском возрасте совершенно иная, чем у взрослого, особенно с учетом того, что при тяжелой травме на первый план выступает расстройство кровообращения, появляется аноксия, которую дети переносят очень плохо. Наступает нарушение функции желез внутренней секреции, что очень опасно для организма ребенка, вследствие значительного нарушения нейро-эндокринной регуляции, водно-солевого обмена, что сказывается на питании ребенка, а учитывая, что при повреждениях челюстно-лицевой области нарушается нормальный прием пищи, то особенно быстро наступают нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Таким образом, наносится серьезный ущерб растущему организму. Отставание в росте нижней челюсти и неполноценное выполнение функции жевания являются причинами развития вторичных деформаций костей лицевого скелета.

Все это ставит хирурга-стоматолога подчас в более тяжелые условия, особенно с учетом того, что переломы костей лицевого скелета в детском возрасте часто сочетаются с черепно-мозговыми травмами.

**ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И  
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

**Эшбадалов Х.Ю., Парпиев А.Л., Тешабоев М.Г.,**

**Исмоилов Ж.И., Комилов У.М.**

Андижанский государственный медицинский институт

**Актуальность.** Среди различных видов воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенный гайморит занимает одно из важных мест.

Несмотря на то, что клиническая картина данной патологии очень схожа с течением риногенного гайморита, причины и тактика его лечения отличаются. Термин «одонтогенный» изначально обозначает «связанный с зубом». Классическим примером такой связи может быть апикальный периодонтит моляра, реже премоляра верхней челюсти. Довольно часто перфорация нижней стенки гайморовой пазухи и формирование стойкого соустья в полости рта приводят к инфицированию пазухи и развитию гайморита.

В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом при операции удаления 7651567 зубов, реже 818 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 765!567 зубов. Иногда зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может повреждаться при эргономичном продвижении зубоорудия вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

**С целью** предупреждения этого осложнения операцию удаления зуба необходимо проводить мягче, менее травматично, соблюдать осторожность при работе элеватором и, если необходимо удалить глубоко расположенную верхушку корня, то лучше вначале произвести операцию альвеолоэктомию.

**Материал методы исследования.** Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областного многопрофильного больницы г.Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г.Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа - этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба- этот признак нами отмечен у 6 больных. В связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным

симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос- это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить взятую. Чтобы ликвидировать эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое - 36, обострение хронического – 3 .

При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно. После ликвидации явлений раздражение слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

### **Выводы:**

1. Перфорация стенки гайморовой пазухи, возникшая при операции удаления зуба, в основном зависит от погрешности в оперативной техники. Факторами, способствующими возникновению этого осложнения, являются особенности анатомо-топографического строения верхней челюсти и близость верхушек корней к дну пазухи.

2. При возникновении перфорации дна пазухи и при отсутствии в ней воспалительного процесса необходимо стремиться к сохранению кровяного сгустка в лунке удаленного зуба, который разобщит полость рта с пазухой.

3. При проталкивании корня зуба в пазуху с целью предотвращения гайморита следует проводить раннюю ревизию пазухи с удалением инородного тела.

4. В случаях, когда при дефектах в альвеолярном отростке наблюдаются острые воспалительные явления в пазухе, рекомендуется противовоспалительное лечение и после ликвидации симптомов воспаления – пластическое закрытие дефекта.

5. При развитии хронического гайморита рекомендуется щадящая гайморотомия с одновременным пластическим закрытием дефекта в альвеолярном отростке.

**ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ  
С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТИТА**

**Эшбадалова З.Х., Муртазаев С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе большое внимание уделяется системе гигиенических мероприятий в полости рта для профилактики различных стоматологических заболеваний. Рациональная гигиена полости рта, являясь одним из массовых методов профилактики стоматологических заболеваний, способствует и лучшему эффекту их лечения, в частности, пародонтита. Однако несмотря на очевидную важность гигиенической очистки полости рта для профилактики, течения и лечения пародонтоза, больные зачастую до минимума ограничивают гигиенические мероприятия из-за резкой болезненности, кровоточивости, повышенной ранимости тканей пародонта даже при легком прикосновении. Между тем, правильно используя современные гигиенические средства, больной может стать активным помощником врача в лечении пародонтита. Все вышесказанное побудило нас заняться изучением состояния гигиены полости рта у больных пародонтитом г. Ташкента с целью выяснения ее характера и степени, навыков в целенаправленном подборе средств и способов чистки зубов, осведомленности больных в этом вопросе и т. д.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 65 человек 20-70 лет (из них 40 больных пародонтозом и имеющих здоровую полость рта, которые были исследованы в качестве контроля). Была составлена специальная карта обследования, включающая анамнестические данные и объективную оценку состояния полости рта. Для качественной и количественной оценки гигиены использовались гигиенические индексы, предложенные. При изучении патологических изменений пародонте пользовались классификацией И. О. Новика для выяснения состояния костной ткани была проведена рентгенография альвеолярных отростков. Все полученные данные были подвергнуты вариационно-статистическому анализу по точному методу Фишера.

При анализе полученных данных было выявлено как у больных с дистрофической, так и с воспалительно-дистрофической формой пародонтоза отсутствие правильной информации об основных направлениях гигиены полости рта (очищение поверхностей зубного ряда, направление движения прик и, длительность процедур и т.д.), не говоря о дифференцированном использовании средств, применяемых при различим клинических формах и проявлениях пародонтоза. Выявленный факт еще больше должен насторожить врачей-стоматологов, занимающихся лечением пародонтоза, в том аспекте, что по социальному составу среди обследованных больных 82% составляли интеллигенты, из которых 60% - врачи. И если даже врач не знает, как правильно ухаживать за полостью рта, то какие рекомендации он сможет дать больным?!

Несмотря на то, что у той и другой группы больных остается большое количество пищи между зубами (69-90%), зубочистки применяются редко ( $P < 0,01$ ). При попытках удаления остатков пищи используются спички, острые пред-меты (иголки, булавки), что приводит к очень частому ранению слизистой оболочки полости рта ( $P < 0,01$ ) и длительному кровотечению. Пища полностью не удаляется, чем создаются оптимальные условия для анаэробного гликолиза и протеолитических процессов (Hartless, 1963). Все это в значительной степени может отягощать течение пародонтоза и препятствовать эффективному лечению.

При сравнении интенсивности, степени, начала гигиенических мероприятий было обнаружено, что больные воспалительно-дистрофической формой пародонтоза регулярный уход за полостью рта начинают раньше ( $P < 0,025$ ) и проводят его несколько интенсивнее, чем больные дистрофической формой. Это связано, по-видимому, с тем, что по клиническим проявлениям больные первой группы вынуждены более пристально следить за полостью рта.

Однако дифференцированный подбор гигиенических средств люди со здоровой полостью рта также не осуществляют, объясняя это отсутствием сведений в печати и широкого ассортимента этих средств в торговле. Различий в подборе, подготовке к употреблению, хранении зубных щеток между группами обследуемых людей нами также не обнаружено ( $P > 0,05$ ).

Интересно, что здоровые люди не применяют зубочисток, но это связано, по-видимому, не с тем, что они не умеют ими пользоваться, а с тем, что у них практически не остается пища во рту ( $P < 0,01$ ) и не имеется запах ( $P < 0,01$ ).

Таким образом, как показали наши исследования, больные пародонитом в г. Ташкенте имеют весьма ограниченные сведения о характере, степени и интенсивности гигиены полости рта, подборе средств и методов гигиены, что существенно отражается на очищении ротовой полости. Среди этих больных нужно шире пропагандировать правильный и целесообразный подбор гигиенических средств, разъяснять особенности тактические приемы ухода за зубами. Именно ним вольным, особенно в развившейся стадии процесса, местные неблагоприятные факторы являются ведущими в пародонита, следует тщательно следить за поим инорта, чтобы не допустить бурного развития заболевания и способствовать более эффективной терапии.

### **ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**Эшбадалова З.Х., Муртазаев С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Для клиники практическое значение имеет выделение двух основных групп заболеваний пародонта - воспалительной и дистрофической. Это нашло отражение во всех классификациях болезней пародонта, в том числе в международной (ARPA). Однако до настоящего времени клиническая дифференциация этих двух форм пародонтопатий связана с немалыми

трудностями. Дело в том, что весьма часто деструкция альвеолярной кости сочетается с поражением мягких тканей пародонта не только при прогрессирующей атрофии альвеолярного отростка (пародонтозе), но и при затянувшемся воспалении десен, например, при хронических формах гингивита. Поэтому следует принять рекомендации ряда авторов выделять т. н. смешанные формы поражения пародонта как отражение действительного положения вещей, хотя в ряде случаев вернее было бы говорить об осложненных случаях пародонтопатий. Лица, страдающие смешанными пародонтопатиями, составляют в клинике абсолютное большинство пародонтологических больных. Значительно реже наблюдаются случаи атрофии альвеолярной кости без воспалительных наслоений, т. е. пародонтоз в том смысле, какой вкладывается в это понятие современными авторами. Обычно больные, страдающие дистрофической формой пародонтопатии, за лечебной помощью своевременно обращаются редко, т. к. даже значительная атрофия альвеолярного отростка не причиняет особых беспокойств. Ведь даже при выраженной атрофии альвеолярной кости, несмотря на оголение корней зубов, не обнаруживается патологической подвижности. При этом рентгенографически обнаруживается убыль альвеолярного отростка с ровными краями лунок и межальвеолярных перегородок. При стабилизации процесса атрофии края альвеолярной кости склерозируются. Важное диагностическое значение имеет и протяженность процесса. Так, хронический гингивит чаще всего ограничивается определенным участком пародонта, а пародонтоз, как заболевание системное, поражает альвеолярные отростки на их протяжении. Следует также учитывать подверженность зубов кариозному поражению. При пародонтите эмаль зубов, если не учитывать обнаженные участки пришеечного дентина, редко поражается кариесом тогда как при гингивите, например у подпиткой, как показали наши наблюдения, кариес обнаруживается даже несколько чаще, чем у здоровых. По-видимому, в силу тех же причин, а именно повышенной минерализации эмали при пародонтите бугры зубов не подвергаются стиранию, а у больных, страдающих гингивитом, процессы стираемости зубов не нарушены. Неравномерная стираемость зубов может явиться также одной из причин перегрузки пародонта отдельных зубов и возникновения в данном участке патологического процесса, приводящего к образованию костного кармана с явлениями хронического гнойно-грануляционного воспаления пародонтита, который нередко приводит к смещению зубов. Эти осложнения чаще всего наблюдаются при пародонтите, но могут быть и при гингивите, например, в результате повышения прикуса за счет зубных протезов.

Наконец, на рентгенограммах при пародонитзе обнаруживаются деструкция альвеолярных отростков челюстей на всем их протяжении и костные карманы в местах усиленного раздражения и травмы тканей пародонта; там же, где эти явления отсутствуют, край кости часто склерозирован. Полости зубов и просветы корневых каналов частично или полностью облитерированы. Нередко в пульпе зубов обнаруживаются

конкременты и дентиклы. При хроническом гингивите рентгенографически, соответственно области воспаления, определяется остеопороз и резорбция вершин межальвеолярных перегородок без каких-либо изменений структуры альвеолярного отростка в других участках челюстей.

Пародонтит - самостоятельная нозологическая форма, следовательно, он не обязательно обусловлен какой-либо патологией других органов и систем организма. Однако это не означает, что у больного пародонтитом не могут быть сопутствующие хронические заболевания. Гингивит нередко развивается на фоне другой нервносоматической патологии, хотя иногда обнаруживается также у практически здоровых людей. В этой связи следует заметить, что корреляционная патогенетическая связь между болезнями пародонта и патологией других органов и систем достоверно не установлена. Поэтому выяснение вопроса, страдает ли больной другими заболеваниями, в плане дифференциации форм пародонтопатий не всегда имеет решающее значение.

Следовательно, при обследовании больных наряду с выяснением характера основного процесса в пародонте наши усилия должны быть также направлены на оценку состояния организма больного, что в ряде случаев приобретает определяющее значение при решении вопросов терапии.

## **ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИГА МУХТОЖ БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ ЎЗГАРИШЛАРИ**

**Эшмуродов Г.Ш., Мунавваров Б.А.**

Тошкент давлат стоматология институти

**Долзарблиги.** Буйрак функциясининг бузилиши юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), жумладан, юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва ритм бузилишлари ривожланишининг муҳим хавф омилдир. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқорилиги кузатилади. Кўплаб тадқиқотлар натижаларига кўра, буйрак функциясининг сезиларли пасайиши, бошқа хавф омилларидан қатъий назар, ЮҚТК ривожланиши ва ўлим хавфи ошиши билан боғлиқ. Популяцияда буйрак функцияси сақланган шахсларга қараганда буйрак функционал хусусияти пасайган беморларда ЮҚТК тарқалиши 64% юқори эканлиги исботланган. Шунинг учун биз режали гемодиализ беморларида юрак ремоделланишини баҳолашни лозим топдик.

**Тадқиқот мақсади** - режали гемодиализ беморларида юрак ремоделланиши ўрганиш ва юрак қон-томир дисфункциясини баҳолаш.

**Материал ва услублар.** Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Андижон вилояти филиалида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда умумклиник лаборатор тахлиллар билан бир қаторда

эхокардиография текшируви ўтказилди.

**Натижалар ва уларни муҳокамаси.** Тадқиқот гуруҳидаги беморларда куйидаги натижалар кузатилди: ЧҚОДХ  $141,5 \pm 7,8$ ; ЧҚОСХ  $65,3 \pm 4,08$ ; ЧҚОСЎ  $5,3 \pm 0,12$ ; ЧҚОДЎ  $3,83 \pm 0,08$ ; ҚАДҚ  $1,05 \pm 0,04$ ; ЧҚММ  $300,8 \pm 22,19$ ; ҚММИ  $212,6 \pm 13,7$ ; ЗХ  $85,3 \pm 4,08$ ; ЗФ  $51,2 \pm 3,1$  қийматни ташкил этиб патологик ўзгаришлар кузатилди. Натижаларга аҳамият берсак эхокардиографияни барча кўрсаткичлари салбий томонга силжиган. Бу эса ўз навбатида юрак дисфункциясини кўрсатмоқда. Шундай экан терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида юрак ремоделланиши юз беради ва у эхокардиографияда кўрсаткичларнинг салбий томонга силжиши билан намоён бўлади. Режали гемодиализ тадбири ўтказилган сайин юракнинг систолик ва диастолик дисфункцияси оқибатда ЮҚТК сабабли ўлим хавфи ортиб боради.

**Хулосалар:**

1. Терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида юрак ремоделланиши юз беради ва у эхокардиографияда кўрсаткичларнинг салбий томонга силжиши билан намоён бўлади.

2. Режали гемодиализ тадбири ўтказилган сайин юракнинг систолик ва диастолик дисфункцияси оқибатда ЮҚТК сабабли ўлим хавфи ортади.

**ИСПРАВЛЕНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРЕПАРАТОМ «ПОЛИСОРБ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ**

**Эшонов Ш.Н. Эшмуродов Г.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Целью** настоящего исследования будет являться изучение в сравнительном аспекте эффективность препарата «Полисорб» у больных хронической болезнью почек III стадии.

**Задачи** - провести лечение препаратом «Полисорб» больных хронической болезни почек III стадии в составе комплексной терапии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 больных с клинически установленным диагнозом «Хроническая болезнь почек» недиабетической этиологии (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит), находившиеся на стационарном лечении в отделение нефрологии на базе Многопрофильной Клинике ТМА в период с 2018 год сентября по декабрь 2019 года в течении 10 дней и последующим амбулаторным наблюдением в течении 20 дней. Для оценки эффективности проводимой детоксикационной терапии использовались такие показатели, как динамика субъективных и объективных симптомов болезни, а также динамика лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, Нечипоренко, мочевины, креатинин, калий, общий белок, остаточный азот, СКФ, ПТИ, фибриноген). Комплексное лечение включало: в ходе исследования больные получали сходные дозы «Полисорб», составлявшие 2 г. (2 столовые ложки) 3 раза в сутки течение 10 дней. Побочных эффектов от проводимой

терапии не наблюдалось.

**Результаты исследования.** Как показали результаты исследования все больные до лечения имели клинико-лабораторные признаки нефропатии умеренной и высокой степени активности.

При поступлении были следующие показатели: СОЭ  $22,3 \pm 2,1$  мм/ч, мочевины  $17,1 \pm 2,3$  ммоль/л, креатинин  $235 \pm 16,05$  ммоль/л, протеинурия  $1,33 \pm 0,20$  г/л, СКФ  $47 \pm 3,2$  мл/мин. После лечения у больных наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: СОЭ понизилась до  $17,1 \pm 1,2$  мм/ч ( $p < 0,05$ ); протеинурия умеренно уменьшилась до  $0,99 \pm 0,1$  г/л ( $p < 0,05$ ); показатель мочевины снизилась до  $13,2 \pm 0,11$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ); креатинина до  $189 \pm 0,33$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ), СКФ уменьшилась недостоверно.

**Выводы.** На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. Препарат «Полисорб» хорошо переносится больными хронической хронической болезни почек III стадии.

2. Энтеросорбент «Полисорб» при месячном курсе лечения привел к достоверному снижению уровня мочевины и креатинина, тем самым устраняя проявления эндотоксемии у больных хронической болезни почек III стадии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКА ИЗ НОСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ

Эшонхужаева М.А., Шамсиев Д.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии человека. Острое и обострение хронического воспаления околоносовых пазух имеет высокий удельный вес в общей структуре заболеваний ЛОР-органов и больные с данной патологией создают основной фронт работы для оториноларингологов амбулаторий и стационаров.

В случаях когда необходимо исследование отдельных участков слизистой оболочки, целесообразно использовать простые и доступные методы. В этих случаях изучение цитогаммы слизистой оболочки, косвенно отражающей состояние респираторного тракта в целом может служить дополнительным методом диагностики. (Пискунов С.З., Пискунов Г.З. 1991).

Нами было проведено изучение цитоморфологических показателей слизистой оболочки носа у больных с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух. Всего было обследовано 50 человек из которых 40 имели различные хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух, а 10 здоровых человек составили контрольную группу. В ходе исследования применяли метод мазков-отпечатков со слизистой оболочки носовой полости. Мазки брали ватным тупфером, смоченным в стерильном физиологическом растворе. Мазки обычно брали в области нижней и средней носовых раковин. Вращательными движениями без надавливания наносили

мазки на обезжиренные предметные стекла. Мазки высушивали, фиксировали и окрашивали по Романовскому-Гимзе. Микроскопию проводили под иммерсией при увеличении (окуляр 7, объектив 90). Подсчитывали общее количество клеток. В назоцитограммах определяли количество нейтрофилов, цилиндрического и плоского эпителия, лимфоцитов и эозинофилов. Вычисляли в процентах удельный вес каждого типа клеток. Деструкцию клеток мы условно делили на пять степеней.

Таблица 1

**Степень деструкции клеток**

Степень деструкции	Состояние цитоплазмы клетки	Состояние ядра клетки
1	Нормальная структура	Нормальная структура
2	Частичная деструкция	Частичная деструкция
3	Значительная деструкция	Частичная деструкция
4	Полная деструкция	Значительная деструкция
5	Полная деструкция с распадом	Полная деструкция с распадом

В результате проведенного исследования в мазках со слизистой оболочки носа у здоровых лиц были найдены нейтрофилы ( $8,5 \pm 0,5$  в поле зрения), располагающиеся одиночно, реже в виде скоплений. Преобладала 1-ая и 2-ая степень деструкции. У больных хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух носа цитологическая картина зависела в основном от стадии процесса. Во время ремиссии воспалительного процесса количество нейтрофилов составляло в среднем  $12,2 \pm 0,43$ . Деструктивные процессы гранулоцитов чаще имели 2-ю и 3-ю степень выраженности. При обследовании больных во время обострения хронического воспалительного процесса в мазках со слизистой оболочки носовой полости отмечалось значительное увеличение количества нейтрофилов достигавших в среднем  $22,8 \pm 1,3$ . Деструкция клеточных элементов чаще имела 3-ю и даже 4-ю степень.

Цилиарный эпителий как известно участвует в процессе очищения слизистых оболочек от различных инородных частиц и микроорганизмов благодаря наличию ресничного аппарата. Клетки цилиндрического эпителия в мазках назального секрета у здоровых лиц располагались изолированно в незначительном количестве ( $1,6 \pm 0,5$  в поле зрения). Наибольшее количество мерцательного эпителия наблюдалось в мазках взятых у больных во время обострения хронического воспалительного процесса ( $4,3 \pm 0,7$ ). Часть клеток была с нечеткими границами и имела измененную форму. При анализе степени деструкции эпителия отмечалось преобладание клеток 1-й и 2-й степени. В анализах у больных с полипозной формой хронического воспаления более часто обнаруживались клетки цилиарного эпителия с более выраженными гиперхромными изменениями цитоплазмы и вакуолизацией ядер.

Плоский эпителий преддверия носа так же встречался в мазках. Однако если у здоровых лиц плоский эпителий располагался в виде отдельных элементов в незначительном количестве (1-2 в поле зрения), то у больных с хроническими риносинуситами нередко встречался слущенный иногда целыми

пластами плоский эпителий.

Эозинофилы постоянно присутствовали в мазках у больных с полипозной формой хронического синусита. Количество эозинофилов достигало 16 в поле зрения. Количество слизи в мазках также оказалось повышенным у больных с хроническими риносинуситами.

Результаты исследования мазков-отпечатков из полости носа представлены следующим образом: при гнойно-полипозном синусите присутствует клеточный состав, интерпретирующийся, как воспаленная слизистая оболочка и метаплазия. При полипозном синусите в особенно в сочетании с бронхиальной астмой мазки характеризуются, как воспаление с метаплазией и аллергия.

## **ОЦЕНКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ОДОНТОГЕННЫХ КИСТА**

**Юлдашев А.А., Тўйчиев С.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Прогнозирование течения воспалительного процессов одонтогенных киста нижни и верхни челюстно области остается актуальной проблемой стоматологии вследствие высокой распространенности и возможности развития тяжелых осложнений. По оценкам ряда авторов удельный вес больных с гнойно-воспалительными заболеваниями составляет около 20% в общей структуре заболеваемости челюстно-лицевых стационаров и имеет тенденцию к росту.

**Цель исследование** - выявить основные факторы комплексного течения воспалительных заболеваний при одонтогенных кистах в области верхней и нижней челюсти.

**Материал и методы исследования.** Интенсивность внеклеточного и внутриклеточного образования радикалов фагоцитами изучали у 6 больных с одонтогенными абсцессами, различными диффузными флегмонами и острым остеомиелитом.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Одонтогенные абсцессы, различные диффузные флегмоны, остеомиелиты возникали на фоне дисбалансов в системе внутри и внеклеточного радикалообразования, что приводило к длительной персистенции возбудителей.

**Выводы.** В течении воспалительных заболеваний одонтогенных кист выявлено наличие полимикробного характера микрофлоры с высоким постоянным потенциалом возбудителей у 3 из 6 больных.

**АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ  
МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ**

**Юлдашев Б.С., Хаджимуратова М.Х.**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

**Мавзунинг долзарблиги.** Сут беzi ўсмаси (СБЎ) – аёлларда кўп учрайдиган онкологик касаллик ҳисобланади. Хар йили сут беzi саратони ташҳиси 1,5 млн аёлларга қўйилади. Бу аҳолидаги барча ёмон сифатли ҳосилаларнинг 25% ни ташкил қилади. Деярли бир аср давомида барча мамлакатларда ушбу касалликдан келиб чиққан ўлим ҳолатлари сони ортиб бормокда. Европа иттифоқида СБЎ нинг 250 минг янги ҳолати ташҳис қилинади ва 60 мингта касаллар шу касалликдан вафот этади. Сут беzi рак олди касалликлари – патологик жараён бўлиб, аденокарцинома пайдо бўлишига олиб келади. Рак олди ҳолатлари турлича клиник курунишда бўлади. Афсуски, биз дисгормонал гиперплазияни даволашда тиббий ҳушёрликнинг пастлигини ва даволаш ёндашувларнинг бир хиллигини айтишимиз керак. Бу ҳолатнинг сабабини мастопатиянинг клиник кўрунишларининг кенг полиморфизми, касалликни келтириб чиқарадиган кўплаб омиллар, касалликнинг узок давом этиши, шу жумладан касаллик аниқланмаган давр деб ҳисоблаш мумкин.

**Тадқиқот мақсади** - аёллардаги дисгормонал касалликларнинг рак олди ҳолатлари билан боғлиқлигини ўрганиш.

**Материал ва услублар.** 2015-2020 йилларда РИО ва РИАТМ Хоразм филиали поликлиника бўлимига муружат қилган беморларнинг амбулатор карталари ва уларнинг касалликлар тарихлари бўйича ретроспектив тахлили.

**Натижалар.** РИО ва РИАТМ Хоразм филиали поликлиника бўлимига муружат қилган жами 515 нафар аёлларнинг амбулатор карталари тахлил қилинди, шулардан 232 (45,00%) нафарида фиброз-кистоз мастопатия (ФКМ), 159 (30,80%) нафарида фиброаденома (ФА), 38 (7,3%) нафарида тугунли ёки фиброз мастопатия (ФМ), 10 (1,9%) нафарида стеатонекроз, 23 (4,4%) та папиллома, 18 (3,5%) та кистоз мастопатия (КМ), 21 (4,0%) липома, 14 (2,7%) дуктоэктозия касалликлари аниқланди. Кузатувга олинган 64(12,4%) нафар бемордан (рак олди жараёнлар), 27(5,2%) нафарида малигнизация кузатилган, 20 нафар беморда хавфлига ўтиш эхтимоли юқори, қолган 17 нафар бемор даволаш натижаси самарали яқунланган.

Беморларни ёш жихатдан ажратадиган бўлсак, 18-44 ёшгача 371 (72%) та бемор, 45-59 ёшгача 93 (18%) та бемор, 60-74 ёшгача 37 (7%) та бемор, 75-90 ёшгача 14 (2,7%) та бемор 90 ёшдан юқори бўлган беморлар кузатилмади.

Бундан куруниб турибдики сут безининг рак олди касалликлари аёлларнинг 18-44 ёшгача булган бўғинида кўпроқ кузатилиб, гормонал статуснинг ўзгариши бундай аёлларда сут беzi ўсмасига дисплазияланишига сабаб бўлади. Урганилган аёлларнинг 27 тасида бундай ўзгаришлар мавжуд бўлиб, улардаги хавфсиз ўсмалар малигнизатциланиб, хавфли ўсмаларга айланишини кузатдик. Албатта бу жуда ёмон кўрсаткич булиб, жами ўрганилган касалларнинг 5,2% ини ташкил этади. Бундай аёлларнинг

анамнезида нормал жинсий хаётнинг мавжуд эмаслиги, кўп бола ташлаш, абортлар сонининг кўплиги ва доимий жинсий аъзоларда бўладиган яллиғланиш ва киста касалликларининг мавжудлиги илмий ишимизда мухим ахамиятга эга.

**Хулоса.** Аёллардаги рак олди жараёнларини, пролиферацияланиш механизмларини, гормонал статусга, ёшга боғлиқлигини (энг кўп ёшларда 18-44 ёш - 72% ҳолатда), яхши сифатли ўсмаларнинг малигнизацияланиш даражасини ўрганиш, сут беши саратонини эрта аниқлашда ва олдини олишда мухим ахамиятга эга ҳисобланади ва поликлиника, бирламчи тиббий хизмат звеноларида онкологик эҳтиёткорликни кучайтириш ёш аёллар ўртасида касалликнинг кенг тарқалиш ҳолатларининг олдини олиш учун хизмат қилган бўлар эди.

### СОННЫЙ ПАРАЛИЧ (ПРИЧИНА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Юлдашева М., Гопурова Г.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Сонный паралич - это состояние во сне, при котором человек не может пошевелиться, что, безусловно, вызывает приступ паники. В том случае, если такие приступы возникают все чаще, то это повод обследоваться и начать лечение.

Сонный паралич бывает двух видов:

1. Гипнагогический, возникающий во время засыпания.
2. Гипнопомпический, появляющийся сразу после пробуждения.

Сонный паралич возникает из-за сбоя медиаторов головного мозга, которые отвечают за процесс отключения моторики организма во время сна, что необходимо для спокойного отдыха. В результате этого сбоя моторика либо поздно включается, либо отключается раньше, приводя к возникновению сонного паралича.

Причины возникновения сонного паралича.

Ученые выявили связь с генетикой, обнаружив склонность у тех людей, у которых имеется мутация определенного гена, который отвечает за цикличность сна.

Другими причинами являются:

- Нарколепсия - это спонтанное и непреднамеренное засыпание.
- Сомнамбулизм - хождение во сне.
- Биполярное расстройство, для которого характерна чрезмерная активность, чередующаяся с глубокой депрессией.
- Что провоцирует сонный паралич.
- Нарушение режима дня.
- Бессонница.
- Продолжительный прием антидепрессантов.
- Вредные привычки: токсикомания, наркомания, алкоголизм.
- Синдром беспокойных ног.

- Привычка спать на спине.

Проявление сонного паралича различное: это может быть невозможность пошевелиться, обрывистое понимание происходящего вокруг, ощущение осознания собственного тела, оцепенение, появление галлюцинаций слуха, ужас, сны наяву его, дезориентация, подергивание нервных окончаний и пр.

При постоянном возникновении сонного паралича необходимо обследоваться у невролога, также рекомендуется посетить психиатра и психотерапевта.

Лечение сонного паралича.

В первую очередь, выявляются причины, приведшие к возникновению сонного паралича, как правило, это неврозы, стрессы, нарушение режима дня, депрессии, вредные привычки.

Врач, проведя обследование, выдаст медицинское заключение, а также правила, которые помогут нормализовать сон и избавиться от этой патологии:

- Привычка ложиться спать и просыпаться в одно и то же время.
- Выполнение зарядки и физической активности днем, прогулки на свежем воздухе.
- Отказ от вредных привычек.
- Проветривание помещения перед сном.
- Сон на боку.
- Необходимо установить необходимое то количество часов для сна, которое нужно именно вам, как правило, это 8-9 часов.

Рекомендации при возникновении сонного паралича.

Сонный паралич предотвратить невозможно, главное, осознать, что происходящее вокруг — это временно, не обращайтесь внимание на галлюцинации, не нужно впадать в панику, не старайтесь в спешке избавиться от слабости в мышцах, нельзя задерживать дыхание, попытайтесь мысленно расслабиться, дышать глубоко и ровно, применять упражнения для ума: алфавит, счет, вспоминание событий прошедшего дня и обязательно обратитесь к специалисту.

### **НАНОТЕХНОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА**

**Юлдашева Р., Юнусов М., Мирзахмедова Г.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В 1959 году лауреат нобелевской премии, физик Ричард Фейнманом был предложен метод поатомной (помолекулярной) сборки, суть которой состоит в изготовлении материалов и деталей из элементарных составных элементов вещества-атомов или молекул.

Нанотехнологии – это технологии, оперующие величинами порядка нанометра. Процессы нанотехнологий основаны на законах квантовой механики и содержат атомную сборку молекул, новые методы записи и считывания информации, локальную стимуляцию физических и химических реакций на молекулярном уровне. Применение нанотехнологий в реальной

жизни стало возможным сравнительно недавно и значимые успехи были достигнуты в направлении создания наноматериалов, обладающих качественно новыми свойствами, задаваемыми им функциональными характеристиками. Устройства применяемых в медицине это нанороботы, которые разыскивают очаги поражения тканей и устраняют их, и наноустройства, имитирующие функции различных клеток. Также наноробот может, помещаясь в организм пациента, находить и уничтожать больные клетки. В современной нанобиотехнологии также находит широкое применение использование молекулярных наносит. Первое контролируемое импульсами напряжения молекулярное наносито было сконструировано Ш.Мартинном в 1995 г. Мембрана Ш.Мартина включает в себя массив цилиндрических золотых нанотрубок с внутренним диаметром 1,6 нм. Когда трубки положительно заряжены, положительные ионы через мембрану не проходят, что позволяет разделять отрицательные ионы. Напротив, когда трубки заряжены отрицательно, пропускаются только положительно заряженные ионы, что также обеспечивает разделение ионов. Такого типа наноустройства способствуют достижению точного контроля ионного транспорта и, как следствие, реализации значительной избирательности на молекулярном уровне.

Новое междисциплинарное направление медицинской науки в настоящее время находится в стадии становления. Ее методы только выходят из лабораторий, а большая их часть пока существует только в виде проектов. Однако большинство экспертов полагает, что именно эти методы станут основополагающими в XXI веке. Так например, Национальные институты здравоохранения США включили наномедицину в пятерку самых приоритетных областей развития медицины в XXI веке, а Национальный институт рака США собирается применять достижения наномедицины при лечении рака. Ряд научных центров уже продемонстрировали опытные образцы в областях диагностики, лечения, протезирования и имплантирования. Роль нанотехнологий в стоматологии потенциально огромна, с с возможностью использования крошечных нанороботов для предотвращения кариеса, восстановления зубов и целенаправленной доставки лекарств. Можно с помощью нанотехнологий создать веществ для замены зубной эмали. Уже сейчас нанотехнологии в стоматологии используются для улучшения связывания материалов и смол для использования стоматологами. Одним из потенциальных применений нанотехнологий в стоматологии является создание множества крошечных нанороботов для выполнения профилактических стоматологических задач. Такие миниатюрные машины могут быть запрограммированы для обработки зубов и десен, удаления и уничтожения частиц пищи, вредных бактерий и налета. Кроме того, нанороботы могут находить и восстанавливать пятна кариеса в зубной эмали. В России осуществляется использование биосовместимых наноматериалов для восстановления механических свойств зубной эмали. В случае успеха такие достижения в области стоматологии могут привести к прекращению стоматологических заболеваний. Нанотехнологии в стоматологии также могут

оказаться полезными в тех случаях, когда заболевание уже присутствует во рту. Нанороботы могут быть направлены на обезболивание отдельных зубов, блокируя нервные передачи. После обезболивания зубов мини-роботы могут двигаться, выполнять восстановительные работы. Подобные методы могут быть использованы для лечения чувствительных зубов, так как нанороботы могут блокировать крошечные отверстия, которые вызывают чувствительность, обеспечивая потенциальное лечение. Еще одна возможная роль нанотехнологий в стоматологии заключается в обнаружении стоматологических проблем, в том числе раковые заболквания полости рта. Миниатюрный масштаб нано-машин может позволить лекарствам точно и целенаправленно проникать в раковые клетки, оставляя другие клетки неповрежденными. Некоторые виды стоматологии, которые направлены на восстановление и реконструкцию зубов, уже используют нанотехнологию. Наночастицы используются при моделировании, связывании материалов, что делает их более эффективными и более подходящими для детальной работы. Они также используются в качестве костных наполнителей. Вполне возможно, что нанотехнология сможет разработать вещества для замены зубной эмали, используя твердые материалы, такие как алмаз или сапфир. Хотя будущая роль нанотехнологий в стоматологии является захватывающей, безопасность остается важным фактором. Необходимы дополнительные разработки и исследования, чтобы гарантировать, что любые наночастицы, используемые в стоматологии, не нанесут вред, и будут способны дезактивироваться при проглатывании.

Заявление о гипотетической возможности использования нанороботов в медицине утверждают, что это полностью изменит мир медицины, когда будет реализовано. Наномедицина воспользуется этими нанороботами (или вычислительными генами) внедренными в тело, чтобы починить или обнаружить повреждения и инфекции. Согласно Роберту Фрайтасу из Института Молекулярной Сборки, типичный работающий в крови медицинский наноробот может быть размером 0,5-3 мкм, поскольку это максимальный размер, допустимый для прохождения через капилляры. Углерод может использоваться как основной элемент для построения этих нанороботов в связи с присущей ему прочностью и другими характеристиками некоторых форм углерода (алмаз, фуллереновые композиты), и нанороботы могут быть собраны на настольных нанофабриках специализированных для этой задачи.

Работа наноустройств может наблюдаться внутри тела с помощью ЯМР, особенно если их компоненты будут сделаны в основном из углерода-13, а не натурального изотопа углерода-12, поскольку углерод-13 имеет ненулевой ядерный магнитный момент.

Медицинские наноустройства могут быть введены в тело человека, а затем отправиться на работу в нужный орган или ткань. Врач будет наблюдать за прогрессом и проверять, что наноустройства выбрали правильный регион для лечения. Врач также сможет просканировать секцию тела и увидеть наноустройства, сгруппировавшиеся вокруг своей цели (например, опухоли),

чтобы убедиться, что процедура прошла успешно.

Машины ремонта клеток. Используя лекарств и хирургию, врачи могут только помогать тканям чинить себя. Эрик Дрекслер утверждает, что с молекулярными машинами станет возможен ремонт напрямую. Клеточный ремонт будет включать те задачи, которые уже доказаны живыми системами как возможные. Доступ в клетки возможен, поскольку биологи могут вставлять иглы в клетки, не убивая их. Таким образом, молекулярные машины могут входить в клетку. Также все специфические биохимические взаимодействия показывают, что молекулярные системы могут распознавать другие молекулы при соприкосновении, строить или перестраивать каждую молекулу в клетке, и могут разбирать поврежденные молекулы. Наконец, существование размножающихся клеток доказывает, что молекулярные системы могут собирать каждую систему, которая есть в клетке. Следовательно, так как природа демонстрирует простые операции, которые требуется для ремонта клетки на молекулярном уровне, в будущем системы на базе наномашин будут построены так, чтобы уметь входить в клетки, находить различия со здоровой клеткой, и вносить модификации в структуру.

Медицинские возможности таких машин ремонта клеток впечатляют. По размеру они сравнимы с вирусами или бактериями, а их компактные части могут помочь им быть более сложными. Ранние машины будут специализированными проходя через мембраны, путешествуя через ткани и входя в клетки и вирусы, машины смогут только починить какое-либо молекулярное повреждение вроде повреждения ДНК или нехватку энзимов. Позднее, молекулярные машины будут запрограммированы на большее число возможностей с помощью продвинутых систем искусственного интеллекта.

Нанокomпьютеры потребуются, чтобы управлять этими машинами. Эти компьютеры будут давать машинам команды осматривать, разбирать и перестраивать поврежденные структуры. Машины ремонта смогут чинить целые клетки, структуру за структурой. Далее, обрабатывая клетку за клеткой и ткань за тканью, смогут починить целые органы. Наконец, обрабатывая орган за органом, они восстановят здоровье всего тела. Клетки, поврежденные до состояния неактивности, могут быть отремонтированы ввиду возможности наномашин строить клетки с нуля. Исходя из этого, наномашин смогут освободить медицину от зависимости от саморемонта организма.

28 января 2020 года в США был арестован один из крупнейших в мире специалистов по нанотехнологиям Чарльз Либер. Его обвиняют в создание коронавируса и наличие связи с Китаем. Сфера исследований Либера, каким образом с помощью наноробота – структуры молекулярных размеров – доставить в большую клетку лекарство таким образом, чтобы не получить «иммунный ответ» (когда организм отторгает незваных гостей). Но из радиоприемника легко можно собрать радиопередатчик, а из лекаря – наноробота – боевой вирус, который, наоборот, поражает здоровые клетки, не вызывая иммунный ответ. По крайней мере, в теории. Участие Ч.Либера в изысканиях уханьских вирусологов – лишь версия.

«Никто не может отрицать, что широкое распространение мобильных телефонов и интернета привело к огромным изменениям в обществе, кто возьмет на себя смелость сказать, что нанотехнологии не окажут более сильного воздействия на общество в ближайшие годы?» (Кристен Куликовски).

**НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА И РИСК  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ**

**Юнусов О.М., Исиргапова С.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки. Установлено, что хронической болезнью почек (ХБП) страдает около 14% населения планеты. Продолжительность и качество жизни больных с хронической болезнью почек (ХБП) зависят от множества факторов, среди которых сердечно-сосудистые осложнения (ССО) играют ведущую роль. Распространенность кардиоваскулярных осложнений, включая гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ), его систолическую дисфункцию (СД) и диастолическую дисфункцию (ДЦ), при ХБП значительно превышает таковую в общей популяции. Так, ГЛЖ выявляется у 46-74% больных в начале диализной терапии, что больше, чем у больных с ишемической болезнью сердца (51%) и при гипертонической болезни (12-20%). ССО являются основной причиной смерти при ХБП, чему способствует наличие таких характерных факторов риска, как нарушенный фосфорно-кальциевый обмен, кальцификация сосудов, ригидность артерий, ишемическое поражение миокарда.

**Цель работы** - определение роли минерально-костных нарушений в развитии сердечно-сосудистых осложнений на разных стадиях хронической болезни почек.

**Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 80 больных, на разных стадиях ХБП, находящихся на лечении в отделении нефрологии на базе 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии. Из них 44 мужчин и 36 женщины в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст составил  $56 \pm 2,2$  года). Больные были распределены по группам в зависимости от стадии хронической болезни почек: в I группу вошли 18 больных с 1-2 стадией ХБП, во II группу - 34 больных с 3 стадией ХБП, в III группу - 23 больных с 4 стадией ХБП, в IV группу - 5 больных с 5 стадией ХБП. Стадии ХБП определяли в соответствии с критериями K/DOQI (2002), скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле СКД-EP1. Общеклиническое обследование включало определение гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), общего белка, холестерина крови, показателей азотистого обмена (креатинин,

мочевина). Для уточнения механизмов минерально-костных нарушений при ХБП и их влияния на развитие ССО были исследованы уровни кальция, фосфора. Эхокардиографию с доплерографией проводили на аппарате «АЛОКА 4000». Определяли конечный диастолический диаметр (КДД), конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), индекс конечного диастолического диаметра (ИКДД), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ).

Для оценки систолической функции определяли фракцию выброса (ФВ) ЛЖ, диастолической - максимальную скорость раннего диастолического наполнения E, максимальную скорость позднего диастолического наполнения A, E/A, время изоволюмического расслабления (IVRT) ЛЖ.

Терапия включала коррекцию минерально-костных нарушений путем назначения фосфат-связывающих препаратов (карбонат кальция, ацетат кальция) и активных форм витамина D (альфакальцидол, парикальцитол). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel и SPSS.

**Полученные результаты.** У подавляющего большинства больных - 65 (81,3%) к началу исследования были выявлены различные варианты ГЛЖ, у 15 (18,6%) установлена нормальная геометрия ЛЖ. Развитие концентрической ГЛЖ отмечено у 34 (43%) больных. Эксцентрическая ГЛЖ, связанная с утолщением стенок ЛЖ при перегрузке объемом, выявлена у 37 (46,2%) больных. Эксцентрическая дилатационная ГЛЖ, которая характеризуется сочетанием увеличения линейных размеров и объемов левых камер сердца, обнаружена у 9 (11%) больных. Показатели общей гемодинамики и структурно-функциональных параметров сердца в группах больных, выделенных в зависимости от стадии ХБП, в начале исследования варировались в пределах: I группа (1-2 стадия – САД мм рт.ст. (132,4±2,1); II группа (3 стадия) – САД мм рт.ст. (145,5±1,7); III группа (4 стадия) – САД мм рт.ст. (168,4±1,5); IV группа (5 стадия) – САД мм рт.ст. (174,4±1,4). Показатели ФВ(>60%) составили: I группа (1-2 стадия) – ФВ(>60%) 65,4±0,5; II группа (3 стадия) ФВ (>60%) 55,3±1,52; III группа (4стадия) ФВ (>60%) 52,36±0,5; IV группа (5 стадия) ФВ (>60%) 46,8±0,2. Показатели толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ 8-11 мм) были следующими: I группа (1-2 стадия) – 11,4±0,16; II группа (3 стадия) 12,3±0,21; III группа (4стадия) 13,1±0,2; IV группа (5 стадия) 13,01 ±0,2. Показатели крови (гемоглобин Нв (г/л)) в группах составили: I группа (1-2 стадия) – Нв (г/л) 119,3±2,7; II группа (3 стадия) Нв (г/л) 106,9±1,6; III группа (4стадия) Нв (г/л) 90,6±1,5; IV группа (5 стадия) Нв (г/л) 78,6±1,4. По мере прогрессирования стадии почечной недостаточности нарастала тяжесть изменений структурно-функциональных показателей ЛЖ и общей гемодинамики. Показатели минерально-костного обмена в группах больных, выделенных в зависимости от стадий ХБП, в начале исследования были следующими: Фосфор (0,8-1,45 ммоль/л): I группа (1-2 стадия) – 1,07±0,05; II группа (3 стадия) 1,62±0,1; III группа (4стадия) 1,82±0,06; IV группа (5 стадия)

2,09±0,08. Кальций (2,0-2,6 ммоль/л) составил: I группа (1-2 стадия) – 2,1±0,03; II группа (3 стадия) 1,96±0,03; III группа (4 стадия) 1,80±0,05; IV группа (5 стадия) 2,82±0,07. При исследовании фосфорно-кальциевого обмена выявлено, что у подавляющего большинства больных имеются нарушения минерально-костного обмена, усугубляющиеся по мере нарастания ХБП. Анализ полученных данных показал, что в I группе больных показатели общей гемодинамики, структурно-функциональные параметры миокарда и крупных сосудов практически не изменились за время наблюдения. Во II группе больных в процессе динамического наблюдения на фоне проводимой терапии отмечено снижение уровня САД до 120,5±1,2 мм рт. ст. и ПАД до 52,2±2,05 мм рт.ст. Фракция выброса ЛЖ повысилась с 55,3±1,52% до 61,9±0,7% (p<0,01). В III группе больных с изначально выраженными изменениями структурно-функциональных параметров сердца, сосудистой стенки, через 6 месяцев исследования на фоне проводимой терапии выявлено улучшение данных показателей, однако, при этом исследуемые показатели не достигали целевых значений. Выявлено достоверное снижение САД до 143,2±2,9 мм рт.ст. (p<0,01) и ПАД до 60,53±2,2 мм рт.ст. (p<0,01) по сравнению с исходными данными. Имелась тенденция к увеличению показателей, отражающих инотропную функцию сердца: ФВ повысилась с 52,36±0,5 до 57,26±0,8% (p<0,05), однако данные изменения существенно отличались от целевых значений. В IV группе больных с терминальной стадией почечной недостаточности, получающих заместительную почечную терапию, изначально выявленные выраженные изменения структурно-функциональных параметров сердца, сосудистой стенки через 6 месяцев исследования на фоне проводимой терапии в целом ухудшились. Выявлено повышение САД до 181,1±3,5 мм рт.ст. и ПАД до 87,2±3,4 мм рт.ст. У подавляющей части больных отмечалось снижение инотропной функции сердца, ФВ снизилась с 46,8±0,2% до 41,3±1% (p<0,01).

**Заключение:** У больных на разных стадиях хронической болезни почек установлены различные варианты гипертрофии левого желудочка, включая - дилатационные и недилатационные формы, увеличение толщины сосудистой стенки крупных артерий и аорты, развитие систолической и диастолической дисфункции, обуславливающие развитие хронической сердечной недостаточности. В развитии кардиоваскулярных осложнений при хронической болезни почек значительную роль играют нарушения фосфорно-кальциевого обмена, проявляющиеся в изменении концентрации кальция и фосфора, приводящие к кальцификации сосудов и нарушению их эластических свойств. Коррекция минерально-костных нарушений фосфат-связывающими препаратами и активными метаболитами витамина D, способствует уменьшению выраженности сердечно-сосудистых осложнений у больных с хронической болезнью почек.

**ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С  
АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ**

**Юнусова К., Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** По последним данным исследовательской группы ВОЗ, осложнения беременности нередко становятся непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому представляет собой одно из важнейших проблем здравоохранения. Данные о молекулярных механизмах развития этой патологии позволяют рассматривать её как многофакторное состояние развития, которого определяется взаимодействием определенных наследственных и средовых факторов. Многочисленные исследования показали, что в основе многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии, связанных с аутоиммунными нарушениями, дефектами ангиогенеза и инвазии трофобласта, гипергомоцистеинемией и наследственной патологией гемостаза.

**Цель исследования** - усовершенствование предгравидарной подготовки женщин с антифосфолипидным синдромом с целью создания алгоритма ведения и прогнозирования.

**Материалы и методы.** Сбор материала проводили в гинекологическом отделении многопрофильной клиники ТМА. Всего обследовано 220 женщин репродуктивного возраста в возрасте от 24 до 35 лет. Средний возраст составил 28 лет. После обследования пациентки были разделены на 2 группы:

1-я группа – 150 женщин с прерывавшейся и/или неразвивающейся беременностью в анамнезе.

2-я группа – 70 женщин с АФС и неразвивающейся беременностью в анамнезе и обследованные предложенным методом.

Всем пациенткам проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, которые включали: ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, ВСК, Коагулограмма, Бактериологический посев из 3-х точек, анализ на TORCH-инфекцию, Гемостазиограмма, Гормональный фон (ТТГ, Анти-ТПО, Т4своб, Тестостерон), Гомоцистеин, СРБ, РВ, УЗИ матки и придатков, УЗИ щитовидной железы. Также проведены консультации гематолога и нефролога.

**Результаты исследований.** Результаты исследования показали что среди женщин с осложненным акушерско - гинекологическим анамнезом частота выявления волчаночного антигена составило в первой группе 26%, во второй группе 47%, гипергомоцистеинемия в первой группе 12%, во второй группе 27%, инфекция мочевых путей в первой группе 32% во второй соответственно 70%, Анти-ТПО превышает нормальные показатели в первой группе 37% во второй 65%, прерывание беременности по поводу неразвивающейся беременности у 122 пациенток первой группы в 65 во второй группе.

**Вывод.** Таким образом, наши исследования показали, что беременным, имеющим в анамнезе неразвивающуюся беременность, необходимо проведение

комплекса клинико-лабораторных методов обследования с использованием современных методов диагностики для выявления факторов риска развития неразвивающейся беременности, для последующего проведения соответствующей предгравидарной подготовки и эффективной терапии осложнений в течение наступившей беременности.

### **РАЦИОНАЛЬНЫЕ И БЕЗОПАСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Юнусова Ш.И., Камилова М.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Актуальность.** Эхинококкоз - весьма распространенное паразитарное заболевание из группы гельминтозов. Эндемичными регионами по этому заболеванию являются Центральная Азия, Северный Кавказ, азиатские страны бывшего СССР. Особую нишу в группе больных эхинококкозом занимают беременные. Заболеваемость эхинококкозом во время беременности встречается редко - 1 случай на 20 000-30 000 беременных. Впервые подобное наблюдение было описано в 1971 г. Из-за малого количества случаев вопрос о выборе тактики лечения эхинококкоза во время беременности до сих пор остается открытым.

**Цель** - изучение и оценка наиболее рационального и безопасного метода лечения эхинококкоза у беременных.

**Материалы и методы.** Обследованы 21 беременные с установленным диагнозом эхинококкоза печени. Диагноз был подтвержден данными УЗИ и серологическими тестами. Возраст больных варьировал от 21 года до 39 лет, средний возраст составил  $29 \pm 2,4$  года, срок беременности - от 4 до 19 нед. У всех пациенток была выявлена одна эхинококковая киста в печени. В 15 наблюдениях киста находилась в правой доле, в 6 случаях - в левой; 14 кист относились к I стадии по классификации Gharbi, 4 кисты - ко II стадии, 1 киста - к III стадии, 1 киста - к IV стадии, 1 киста - к V стадии. Размеры кист варьировали от 5,5 до 12 см. У 6 пациенток диагноз эхинококкоза печени был установлен на ранних сроках беременности. Ввиду того, что II триместр беременности наиболее благоприятен для оперативного вмешательства, этих пациенток наблюдали до наступления 15-16-й недели беременности и на этом сроке производили операцию. Всем пациенткам перед операцией выполняли стандартный набор общеклинических исследований. Пациенток разделили на две группы. В 1-ю группу вошли 17 пациенток, у которых выявлены кисты I-III стадии по Charbi. В группу с кистами II стадии по Charbi вошли больные с единичными дочерними кистами. Им выполнили чрескожную пункцию и противопаразитарную обработку эхинококковой кисты под внутривенной седацией. В 4 наблюдениях выявлены эхинококковые кисты с множеством дочерних кист, а также кисты с кальцифицированной капсулой (II, IV и V стадии по Charbi), что требовало традиционного хирургического вмешательства (2-я группа).

**Результаты исследования.** Все пациентки из 1-й группы, которым выполнили чрескожное вмешательство, после пробуждения переведены в профильное отделение; 4 пациентки после открытой операции одни сутки провели в отделении реанимации и интенсивной терапии. У одной из первых пациенток выполнены чрескожная пункция и противопаразитарная обработка кисты диаметром 6 см в V сегменте печени. Операция произведена на 10-й неделе беременности. Вмешательство прошло без осложнений, длительность операции составила 12 мин. Больная сутки находилась под наблюдением в отделении реанимации, при осмотре гинекологом через 20 ч после операции установлено отсутствие сердцебиения плода, что подтверждено данными УЗИ. Пациентка переведена в гинекологическое отделение, где ей выполнено выскабливание матки. При гистологическом исследовании материала причиной смерти плода признан тромбоз сосудов пуповины, при этом достоверно установить либо опровергнуть связь смерти плода с оперативным вмешательством оказалось невозможно. Это наблюдение изменило подходы к тактике ведения беременных: если первоначально считали, что чем раньше выполнено вмешательство, тем меньше риск развития эхинококкоза при беременности, то в последующем всех беременных продолжали наблюдать до 15-16 нед беременности, оптимального срока для лечения. У остальных пациенток (95,2%) послеоперационный период протекал без особенностей. Беременные в течение всего периода госпитализации находились под наблюдением гинеколога. За время госпитализации данных за болезни плода не выявлено. При контрольном УЗИ брюшной полости у 13 пациенток 1-й группы в печени определялась остаточная полость диаметром до 3,5 см. У 4 пациенток размер остаточной полости варьировал от 3 до 5 см, поскольку исходный размер эхинококковой кисты у них был больше. У пациенток 2-й группы остаточной полости не выявлено. Все пациентки выписаны на 6-7-е сутки после операции. За время наблюдения после госпитализации ни у одной из них данных за рецидив заболевания не получено. Все 20 пациенток родили в срок здоровых детей. Через 3 мес после родов они прошли контрольное обследование в клинике, 12 женщинам хирургическое лечение не показано (остаточные полости малых размеров, рекомендована противорецидивная терапия альбендазолом), 6 женщинам выполнена чрескожная эхинококкэктомия и только 2 проведена эхинококкэктомия из открытого доступа. Столь малое количество отсроченных операций мы связываем с тем, что спавшаяся после вмешательства полость поддерживается в таком состоянии все более растущей маткой и к концу беременности устойчиво формируется остаточная полость небольших размеров, не требующая хирургического вмешательства.

**Заключение.** Тактика ведения беременных с эхинококкозом до настоящего времени не определена. При этом особенности гормонального статуса, частое снижение реактивности организма способствуют комфортному развитию эхинококкоза и более быстрому увеличению размеров кисты. Увеличение размеров матки приводит к повышению внутрибрюшного

давления, что также усиливает риски спонтанного разрыва эхинококкового пузыря. Все эти факторы, по нашему мнению, диктуют более активную тактику ведения этой категории больных. Таким образом, применение малоинвазивного хирургического лечения эхинококкоза печени у беременных, больных эхинококкозом печени, является обоснованным, эффективным и безопасным как для самой женщины, так и для плода, и позволяет сохранить плод в большинстве наблюдений. При этом по возможности вмешательство целесообразно выполнять во II триместре беременности.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ  
ФУРАСОЛА И МАГНИТОИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО  
ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭНДОДОНТИИ**

**Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Syx76.76@mail.ru](mailto:Syx76.76@mail.ru)

От качественной хемомеханической обработки системы корневых каналов зубов (ККЗ), зависит положительный прогноз эндодонтического лечения хронических форм периодонтита (ХП) которая во многом определяется способом введения в нее дезинфицирующего раствора. Во время инструментальной обработки до 40% поверхности корневых каналов в молярах недоступны для контакта с эндодонтическим инструментом, на необработанных механическим путем в корневых каналах остаются микроорганизмы и инфицированный дентин. В последнее время появляются много работ, посвященные клиническому использованию и сравнительной оценке эффективности методов антисептического воздействия на систему корневых каналов.

Согласно современным требованиям, растворы для ирригации корневых каналов должны быть биосовместимыми, химически удалять органические и неорганические субстраты, широким спектром антимикробного действия, предоставлять достаточное смачивание поверхности, не влияет токсично на периапикальные ткани, обладающий лубрикантными свойствами, при смешивании не образовывать осадок, простым в использовании, недорогим и легкодоступным, а также иметь достаточный срок хранения. Учитывая биологические эффекты, которыми обладает магнито инфракрасный лазерный излучение (МИЛ), представляется актуальным экспериментально-клиническое изучение сочетанного воздействия гидродинамического метода ирригации системы корневого канала и указанного физиотерапевтического средства при лечении ХП.

**Цель** - повысить качество эндодонтического лечения хронических форм периодонтита с использованием современных технологий.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование и эндодонтическое лечение 36 зубов удаленных по причинам хроническими формами периодонтита. Одновременно в динамике лечения исследовано

бактериологическое содержимое 98 корневых каналов зубов и изучена пленкообразующая способность микроорганизмов. Для решения поставленной цели, нами проведены изучение чувствительности микробов обитающих в полости рта к таким лекарственным препаратам как: гипохлорид натрия в 3,0% концентрациях и препарату “Фурасол” микробиологическим и гистологическим методом.

**Результаты.** При морфологическом исследовании ткани зуба, на распиле обработанной гипохлоридом и фурасолом в с МИЛ течении одной минуты не дает яркой картины действия, направленное на улучшение состояния микроканалцев. Гистологическая картина обработанных тканей зуба теми же средствами в течение 3 минут показало, что отмечается выраженная деструкция и размягчение при обработке гипохлоридом, дентинные каналцы также расширены, в стенке прикорневой зоны отмечается скопление детритных масс. При обработке фурасолом с МИЛ течении 3 минут ткань зуба более сохранная, без признаков деструкции, дентинные каналцы не изменены. В стенке отсутствуют детритные массы, которые обнаруживались при обработке гипохлоридом. В корневой зоне апикальной трети стенки зуба на распиле отмечается осаждение вторичного дентина, полость свободная, стенка ровная без шероховатости исследования подтверждают эффективность использования лазеротерапии при лечении пациентов с хроническими формами периодонтита. Использование МИЛ в комплексном лечении хронического периодонтита оказывает антибактериальное действие на колонии грамотрицательных и грамположительных анаэробов, что позволяет снизить обсемененность корневых каналов зубов до 93,3%, а также способствует восстановлению костной ткани в периапикальной области в 1,2 раза выше, чем при традиционном методе эндодонтического лечения.

**Выводы.** Включение в комплекс эндодонтического вмешательства методов дезинфекции корневых каналов с использованием гидродинамической ирригации антисептика “Фурасол” и магнитоинфракрасного лазерного излучения позволяет провести лечение хронического периодонтита за одно посещение, сокращая тем самым число возможных осложнений.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

**Юсупов А.К., Садыкова Х.К., Мухаммедов И.Ш.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[ProcToDoctor@gmail.com](mailto:ProcToDoctor@gmail.com)

**Актуальность.** Инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), сопровождается многочисленными поражениями различных органов и систем человеческого организма и нередко приводит к летальному исходу, особенно при наличии факторов риска (пожилой возраст, абдоминальное ожирение, тяжелая артериальная гипертензия, сахарный диабет). Неврологи и инфекционисты описывают при этом вирусном

заболевании частое поражение различных отделов периферической нервной системы за счет обострения и острого течения герпетических инфекции. Хотя коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) в первую очередь проявляется легочными симптомами, но врачами распознавали внелегочные симптомы, включая кожные. Кожные проявления у пациентов с COVID-19 включают акроишемические, обмороженные высыпания, петехии и пурпуру, везикулы, крапивницу и эритематозные макулопапулы. Опоясывающий герпес (HZ) вызывается вирусом ветряной оспы. Пациенты с риском HZ включают пожилых и людей с ослабленным иммунитетом. Хотя известно, что COVID-19 влияет на иммунную систему и может увеличивать риск HZ, многие исследования подтверждают связь между HZ и COVID-19.

В литературе имеются сообщения о том, что SARS-CoV-2 может быть фактором риска реактивации Herpesviridae. “Реактивация вируса ветряной оспы после вакцинации против COVID-19: систематический обзор сообщений о случаях заболевания”. “Реактивация вируса ветряной оспы и простого герпеса после вакцинации против COVID-19: обзор 40 случаев в Международном дерматологическом регистре”.

**Цель исследования** - изучения клинику постковидной герпетической невралгии тройничного нерва и разработать схему лечения.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 23 пациентов с невралгией тройничного нерва с поражением I, II и III ветвей нерва. Из них 16 больных были повторные и 7 больных первичные. Возраст больных колебался от 40 до 70 лет. У всех больных кроме типичной симптоматики невралгии было герпетическое болезненное высыпание по ходу направления тройничного нерва.

Было проведено исследование МРТ и Электромиография ветвей тройничного нерва. В заключениях МРТ у всех больных были умеренные проявления сосудистой энцефалопатии. Косвенные признаки признаков внутричерепной гипертензии. Нейроваскулярный конфликт в области тройничного нерва пораженной стороне. В заключениях электромиографии признаки афферентной ирритации и замедления проводимости по тройничному нерву пораженной стороне.

На ряду традиционными методами лечения назначали противовирусный препарат крем “Герпес-Стоп” (Производитель Livzon(Group) Pharmaceutical Factory (Китай)) состав которого входит активное вещество пенцикловир. Пенцикловир является блокатором синтеза вирусной ДНК. В пораженных вирусом клетках человека, он активируется, превращаясь в пенцикловира трифосфат, который нарушает синтез вирусной ДНК. В отличие от ацикловира препарат эффективен на более поздних стадиях герпеса, создает более высокие внутриклеточные концентрации и имеет длительный внутриклеточный период полувыведения (7-20 часов).

**Результаты и обсуждения.** По ходу лечения больных невралгией тройничного нерва выявлено что у них из анамнеза перенесли COVID-19 и лечились по стандарту 3-6-9 месяцев тому назад.

Во время обострения симптомов невралгии у больных появились герпетические высыпания по ходу пораженных нервов. Всем больным назначали крем “Герпес-Стоп” по схеме.

Было проведено опрос через недели после лечения. По опросу пациентов 1-ой группы у 7 больных были “значительное улучшение”, 8ми больных “улучшения”. 2-ой группы у 5 больного были “без перемен”, 2 больного были “значительное улучшение”, у 1 больного был “улучшения”.

По результату лечения пациенты которые лечились только с традиционными методами, у них не исчезли сыпи в течении 2 недель и болевые ощущения сохранились в течении месяца.

**Заключения.** Таким образом, перенесенная коронавирусная инфекция является одним из наиболее значимых факторов риска реактивации разных видов вируса. По этому назначения крема “Герпес-Стоп” значительно повышает эффективность лечения в виде сокращения сроков разрешения элементов и субъективных ощущений у больных невралгии тройничного нерва.

### **ЎТКИР РИНОСИСУСИТДА БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ**

**Юсупов Ж.Б., Умрзоқов Ш.К., Вохидов У.Н.**

Тошкент давлат стоматология институти

Эпидемиологик маълумотларга кўра, сўнгги йилларда ўтқир бактериал риносинусит билан касалланишнинг барқарор ўсиши кузатилмоқда, касалликнинг узайиши, қайталаниши ва сурункалиги ўтишга мойиллиги бор.

**Тадқиқотнинг мақсади** - ўтқир риносинусит билан оғриган беморларда бурун бўшлиғининг микробиологик таҳлилини ўтказиш ҳисобланади.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари.** Тадқиқот давомида 22 ёшдан 55 ёшгача бўлган ўтқир бактериал риносинусит билан оғриган 92 нафар беморни комплекс текшириш ўтказилди. Улар орасида 63 аёл ва 29 эркак бор эди. Ўтқир бактериал риносинусит билан оғриган беморларнинг ўртача ёши  $32,60 \pm 9,66$  ёшни ташкил этди. Назорат гуруҳи сифатида 23 ёшдан 55 ёшгача (ўртача ёши  $34 \pm 9$  ёш) 30 нафар соғлом одам (24 аёл ва 6 эркак) текширилди, бу ўтқир бактериал риносинусит билан оғриган беморлар гуруҳи билан таққосланди. Ўтқир бактериал риносинусит ташхиси “Риносинусит ва бурун полиплари бўйича Европа ҳужжатининг 2012 йилги нашрида (EPOS 2012 - European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012) келтирилган мезонларга мувофиқ белгиланди. Текширув алгоритми таркибига анамнез, оториноларингологик текширув, эндоскопик риноскопия, бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенологик текшируви (рентгенограмма ёки компьютер томография), беморларни бактериологик текшириш киради.

**Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси.** Ўтқир бактериал риносинуситнинг энг кенг тарқалган эндоскопик белгиси ўрта бурун йўллариининг шиллиқ қаватининг шиши бўлиб, даволанишдан олдин беморларнинг 98,9 фоизида кузатилди. Ўрта бурун йўлидаги йирингли

ажралмалар фақат ўткир бактериал риносинусит билан касалланган беморларнинг 48,9 фоизида, сфеноэтмоидал чўнтак ҳудудида эса йирингли ажралма - беморларнинг 17,4 фоизида аниқланди. Ўткир бактериал риносинусит билан оғриган беморларни рентгенологик текширувида бурун ёндош бўшлиқларининг тарқалган яллиғланиши (66 беморда - 71,7%) чегараланган яллиғланишига қараганда (26 беморда - 28,3%) кўпроқ кузатилди. Ўрта бурун йўлидан суртмани озиқ мухитга сингдириш орқали ўтказилган микробиологик текширувда *Staphylococcus epidermidis* ва *Staphylococcus aureus* устунлиги, шунингдек барча гуруҳлардаги уларнинг ассоциациялари аниқланди. Шундай қилиб, *Staphylococcus epidermidis* ўткир бактериал риносинусит бўлган 50 нафар беморнинг (54,4%) материални ўрганишда олинган. Улардан монокултура шаклида - 37 (40,2%) беморда, 13 тасида (14,1%) - бактериялар ассоциацияси таркибида аниқланган. 24 (26,1%) беморда *Staphylococcus aureus* ажратилган, шу жумладан монокултура шаклида - 11 беморда (12,0%), ассоциация шаклида - 13 (14,1%) аниқланган.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, ўткир риносинусит билан оғриган беморларда граммусбат бактериялар монокултура ёки ассоциация шаклида кўп учраб, даволаш тактикасини танлашда шуни инобатга олишни талаб қилади.

### **МИКРОФЛОРА НОСОГЛОТКИ ДО И ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА**

**Якубджанов Д.Д., Махкамова Н.Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

У детей с врожденной расщелиной губы и неба были проведены микробиологические исследования мазков со слизистой оболочки расщелины твердого неба до и после оперативного лечения. В микробиоценозе таких пациентов отмечались значительные изменения как в качественном, так и в количественном составе микробов, с преобладанием грамтрицательной микрофлоры.

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургическом лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, число осложнений в послеоперационном периоде остается высоким (от 10 до 30%). Одной из причин неудовлетворительных результатов является нарушения микробиоценоза полости рта у таких детей. Особенности анатомического строения носо- и ротоглотки у данной группы больных обуславливают и специфику состава микрофлоры полости рта. Важнейшее условие неспецифической защиты является нормальная микрофлора. Благодаря синтезу большого количества молочной кислоты, многие представители аутофлоры (прежде всего стрептококки, лактобациллы) оказывают выраженное антагонистическое действие на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. В послеоперационном периоде состав аутофлоры меняется, что может приводить к развитию дисбактериоза, который характеризуется

увеличением выделения условнопатогенных видов, таких как *S. aureus*, *Enterococcus*, грибы рода *Candida*, и снижением индикаторных видов *Lactobacillus* и *Streptococcus*, что может влиять на течение процессов заживления.

У больных с расщелинами альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба изучали качественный и количественный характер изменений состава микрофлоры носоглотки и полости рта до- и после операции. В дооперационном периоде посеы брали с краев расщелины, в послеоперационном периоде - с раневой поверхности в области швов на 3-4 и на 10 сутки после хирургического лечения. Исследование микробиологического материала осуществляли общепринятыми методами, предусматривающими выделение кокковой группы, энтеробактерии, грибов рода *Candida*.

У всех обследованных детей в дооперационном периоде были выявлены следующие основные возбудители: *Streptococcus aureus*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Actinomyces* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella intermedia*, *Serratia marcescens*. Грамотрицательная флора составила 41,7%.

У 80% пациентов определялся стрептококк, у 60% пептострептококк, фузобактерии, у 40% актиномицеты, *Prevotella intermedia*, *Serratia marcescens*, *Haemophilus* spp. Причем бактерии выделялись не в монокультуре, а сообществами в ассоциации от 3 до 6 видов.

На 3-4 сутки отмечалось увеличение роста микрофлоры. Наиболее часто встречались *Streptococcus aureus* (75%), *Fusobacterium* spp. (50%), *Serratia marcescens* (75%). Отдельные виды совсем не были выявлены (*Actinomyces* spp.).

При благоприятном течении послеоперационного периода эпителизация раны отмечается к 9-10 суткам. В эти же сроки отмечена и тенденция к нормализации видового и количественного состава микрофлоры носоглотки и полости рта. Таким образом, устранение анатомических нарушений полости рта характерных для больных с расщелинами твёрдого и мягкого нёба ведёт к постепенной нормализации количественного и качественного состава микрофлоры носоглотки и полости рта, что необходимо учитывать при назначении антибактериальной и противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

### **ОЦЕНКА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РИНОМАКСИЛЛЯРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ**

**Якубова Ф.Х.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность.** Высокая частота зубочелюстных нарушений обусловлена как генетической этиологией, так и состоянием общего здоровья, ранней потерей временных зубов, хроническими заболеваниями ЛОР-органов, бронхолегочными заболеваниями, вредными привычками детей и т.д. (Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К., Хасанов С.А., 2010). В.Столл установил, связь

между окклюзией, шей, дыханием и проблемами общего здоровья. У детей с зубочелюстными аномалиями обструктивная патология носа и глотки отмечается в три раза больше, чем у детей с нормальным прикусом.

**Целью** нашего исследования явилось изучение гигиенического состояния полости рта у детей с риномаксиллярным симптомокомплексом .

**Материал и методы.** Для изучения мы наблюдали 36 больных в возрасте 6-15 лет получивших стоматологическое амбулаторное лечение в поликлинике учебного центра Ташкентский педиатрический медицинский институт.

У всех больных собраны анамнестические данные. При расспросе родителей детей и подростков всех больных, было установлено, что 6 (16,7%) больных в детском возрасте перенесли рахит, 7 (19,7%) детей имели ротовое дыхание, а у 13 (36,1%) имелись факторы ранней потери временных и постоянных зубов, вследствие кариеса и его осложнений и у 10 (27,8%) больных имелись и те и другие факторы.

Гигиеническое состояние определяли по методике ВОЗ (Грин-Вермильон, 1964).

Хорошее гигиеническое состояние полости рта считали при значении ГИ от 0-1,0 балла, 1,0-2,0 – удовлетворительное, и 2,0-3,0 балла – неудовлетворительное.

### **Результаты и их обсуждение.**

#### **Распределение больных по виду патологии**

№	Нарушение прикуса	Количество детей	%
1.	Прогнатия с сужением верхней челюсти	15	41,7
2.	Протрузия зубов	8	22,2
3.	Фронтальная скученность зубов	9	25
4.	Глубокий прикус	3	8,3
5.	Прогенический	1	2,8

Изучение показателя ГИ выявило неудовлетворительное гигиенического состояние полости рта у 16,7% детей с нарушениями прикуса, у 57,2% больных удовлетворительное состояние, хорошее гигиеническое состояние определили у 26,1% детей.

Таким образом, изучение состояния полости рта у детей с риномаксиллярным комплексом показало низкий уровень гигиенического состояния полости рта и недостаточность санации полости рта у этих больных до поступления в ЛОР клинику.

## **ЛЕЧЕНИЕ И ВИЗУАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ НЕПРЯМОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СКУЛООРБИТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ**

**Янгиева Н.Р., Хикматов М.Н.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[Mirkamol1218@mail.ru](mailto:Mirkamol1218@mail.ru)

**Актуальность.** В структуре черепно-мозговой травмы краниофациальная составляет 6-7%, а от всех видов сочетанной черепно-мозговой травмы – 34%.

Частота переломов орбиты при КФТ чрезвычайно высока – до 98%, что связано с особенностью строения глазницы. В 66% повреждения глазницы сопровождаются повреждениями глазного яблока и его вспомогательных органов. Повреждения зрительного нерва при черепно-мозговой травме встречаются в 0,5-5% наблюдений, при краниоорбитальных повреждениях – в 11,2%. Травматическая оптическая нейропатия, тяжелые травмы глаза в 50% случаев могут явиться причиной возникновения стойкой утраты зрения. Последствия травм органа зрения, наличие выраженных косметических дефектов, а также функциональных расстройств нарушают качество жизни больного и влекут за собой стойкую утрату трудоспособности. Краниоорбитальные повреждения в 16-30% остаются не диагностированными даже после проведения компьютерной томографии пациентам с тяжелой черепно-мозговой травмы. В настоящее время остается открытым вопрос о раннем выявлении офтальмологической симптоматики краниофациальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы. Несвоевременное и неправильное их устранение может приводить к нарушениям функций органа зрения, тяжелым косметическим дефектам и гнойно-септическим осложнениям.

**Цель** – исследовать факторы, влияющие на зрительный прогноз после непрямой травматической нейропатии зрительного нерва, и оценить влияние медикаментозной терапии (преимущественно стероидами) и комбинированной терапии (декомпрессия зрительного нерва и медикаменты) на исход этой травмы.

**Методы.** В этом исследовании ретроспективно проанализировано 186 глаз. Многочисленные факторы, влияющие на визуальный прогноз, и сравнение результатов этих двух различных видов терапии были проанализированы статистически.

**Полученные результаты.** Из 186 глаз острота зрения улучшилась в 67 глазах (36,02%), а в 51 глазе восстановилось центральное зрение. Коэффициент улучшения остроты зрения составил 25,74% на 136 ОС (отсутствие светоощущения) глаз после травмы, что на 42,26% ниже, чем у глаз с остаточным зрением после травмы ( $P < 0,01$ ). Наблюдалась значительная статистическая разница в результатах между комбинированной терапией и медикаментозной терапией. Логистический анализ подтвердил, что визуальный прогноз операции был лучше в глазах с остаточным зрением, чем в глазах с ОС ( $P < 0,01$ ). Для глаз с остаточным зрением факторами риска неблагоприятного прогноза были, перелом канала зрительного нерва, черепно-мозговая травма, пожилой возраст и задержка первых признаков улучшения остроты зрения. Раннее хирургическое лечение после травмы может защитить зрение при непрямой травматической нейропатии зрительного нерва.

**Выводы.** Отсутствие светоощущения, перелом канала зрительного нерва, черепно-мозговая травма, пожилой возраст и задержка восстановления зрения являются факторами риска после непрямой травматической нейропатии зрительного нерва. Терапевтический эффект декомпрессии зрительного нерва в сочетании с медикаментозной терапией на остроту зрения лучше, чем эффект

только медикаментозной терапии.

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА С  
ПЛАЗМА КРОВИ ПАЦИЕНТА**

**Ярмухамедов Б. Х., Саитназаров Ж. Э.**

Ташкентский государственный стоматологический институт  
[vip.saidnazarov@mail.ru](mailto:vip.saidnazarov@mail.ru)

**Актуальность.** В амбулаторно-поликлинической практике хирургической стоматологии радикулярные кисты составляют 78-96% от всего количества кист и 7-12% от общего числа заболеваний челюстей. Эти цифры свидетельствуют об актуальности проблемы лечения данной патологии. Приоритетными задачами хирургического лечения больных с радикулярными кистами, являются восстановление структуры костной ткани и сохранение функции зубов. Основным методом оперативного лечения остаётся цистэктомия с резекцией верхушки корня. К недостаткам методики цистэктомии по Panch-II можно отнести снижение функции зубов, находящихся в области кисты, реинфекцию и остаточные костные полости, которые снижают прочность кости. Нарушение целостности кости в области хирургического вмешательства нередко сопряжено с длительным заживлением, исходом которого становится неполное или неполноценное восстановление костной ткани.

Усовершенствование методов хирургического лечения радикулярных кист может привести к значительному снижению показаний для удаления причинных зубов. Одним из решений этой задачи является заполнение остаточных кистозных полостей костнопластическими материалами. Их активное применение предполагает сокращение послеоперационного периода, укрепление вовлечённых в кистозный процесс зубов, снижение осложнений и ускорение созревания кости. Но опыт клинических наблюдений показал низкую эффективность некоторых материалов, особенно при значительных размерах дефектов кости, так как, они не всегда полностью замещаются костью, а инкапсулируются соединительной тканью, поддерживают хроническое воспаление, усиливают резорбцию кости или частично отторгаются.

Особенность использования средств оптимизации остеогенеза заключается в том, что свои положительные качества они проявляют на определённых этапах восстановления кости. Поэтому, совместное применение биокомпозитных остеопластических материалов и богатой тромбоцитами аутоплазмы предполагает создание оптимальных условий для костеобразования путём снижения ответной воспалительной реакции тканей и эффективное воздействие на механизмы оссификации.

Литературных данных о совместном использовании богатой тромбоцитами плазмы с костнопластическими материалами недостаточно. Исходя из вышеизложенного, представляется необходимым и актуальным

разработка метода, с прогнозируемым результатом, хирургического лечения больных с радикулярными кистами. Для оптимизации репаративных процессов перспективно совместное применение богатой тромбоцитами плазмы и биокомпозиционного материал.

**Цель исследования** – оптимизация хирургического лечения радикулярных кист путём использования биокомпозиционного материала и фибрина, обогащённого тромбоцитами, для заполнения послеоперационного дефекта кости.

**Методы исследования:**

1. Клиническое обследование пациентов.
2. Рентгенологические исследования.
3. денситометрия костей

**Задачи исследования:**

1. Изучить в эксперименте на лабораторных животных остеопластические свойства биокомпозиционного материала с плазмы крови, обогащённого тромбоцитами.

2. Провести термометрический анализ течения раннего послеоперационного периода у больных с радикулярными кистами в исследуемых группах.

3. Определить динамику восстановления костной ткани у больных с радикулярными кистами после цистэктомии с использованием биокомпозиционного материала и плазма крови, обогащённого тромбоцитами методами ультразвуковой остеометрии, рентгенографии, цифровой денситометрии.

4. Оценить результаты использования комплекса биокомпозиционного материала с плазмы крови, обогащённого тромбоцитами – после хирургического лечения больных с радикулярными кистами.

**СОДЕРЖАНИЕ**

<i>SURUNKALI QAYTALANUVCHI GERPETIK STOMATITDA IMMUN STATUS XUSUSIYATLARI</i> <i>Abduhakimova M.B.</i>	4
<i>SOG'LOM TURMUSH TARZINING ZANONAVIY MUAMMOLARI</i> <i>Abdukadirov X.J., Tangirov A.L., Mamadjanov N.A.</i>	5
<i>THE ROLE OF MULTISPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF AMELOBLASTOMA</i> <i>Abduvalieva S.X., Abdukhalik-Zade N.Sh.</i>	7
<i>O'PKA TUBERKULYOZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA OG'IZ BO'SHLIG'I GIGIENASI VA PROFILAKTIKA SAMARADORLIGINI OSHIRISH</i> <i>Absalamova N.F., Toshtemirova M.M.</i>	8
<i>MAKTABGACHA TA'LIM TASHKILOTLARIDA HAMSHIRALARNING ISH FAOLIYATINI TASHKIL ETISH</i> <i>Adilova Z.U., Azizova F.L.</i>	9
<i>FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS OF LOCAL ANESTHESIA IN THE TREATMENT OF CARIES AND ITS COMPLICATIONS</i> <i>Akhmedov A.A., Karimov N.N., Furkatov Sh.F.</i>	10
<i>THE PREVALENCE AND INTENSITY OF CARIES AND OF CARIES AND NON-CARIOUS LESIONS OF THE TEETH IN THE ELDERLY AND SENILE AGE</i> <i>Asadullayev N.S., Safarov M.T</i>	11
<i>NARKOLOGIYA XIZMATINI TASHKIL ETISHNING ME'YORIY-HUQUQIY ASOSLARI</i> <i>Avezova G.S.</i>	13
<i>ACTUALITY OF POST TRAUMATIC EYE CONDITION AND IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF THE ZYGOMATIC-ORBITAL COMPLEX</i> <i>Azamov A., Hikmatov M.N.</i>	15
<i>COVID-19 NING ASORATI BO'LGAN KAVERNOZ SINUS TROMBOZI BOR BEMORLARNI OLIB QO'YILADIGAN PROTEZLAR BILAN PROTEZLASH</i> <i>Bobomurotova D.T., Xidirov D.X., Batirova S.Z.</i>	15
<i>DEVELOPMENT OF AN ALGORITHM FOR INFORMING ABOUT THE DIAGNOSIS OF CARIES IN CHILDREN</i> <i>Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.</i>	16
<i>FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF AGGRESSIVE FORMS OF PERIODONTITIS</i> <i>Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.</i>	17
<i>CHANGES IN HOMEOSTASIS INDICATORS ORAL FLUID IN CHILDREN AT THE STAGES OF ORTHODONTIC TREATMENT</i> <i>Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Axtamov Sh.D.</i>	19

<i>THE CONDITION OF ORAL CAVITY TISSUES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS UNDERGOING ORTHOPEDIC CONSTRUCTION OF VARIOUS STRUCTURAL MATERIALS</i>	20
<i>Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Marupova M.X.</i>	
<i>ANOMALY OF THE POSITION OF THE THIRD MOLARS AT AN OUTPATIENT APPOINTMENT</i>	21
<i>Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Mirzoev F.R.</i>	
<i>THE EFFECT OF DIABETES MELLITUS ON THE CONDITION OF PERIODONTAL AND ORAL CAVITY</i>	23
<i>Dadabaeva M.U.</i>	
<i>THE TREATMENT OF ORAL MUCOSA CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION IN A HOSPITAL SETTING</i>	24
<i>Duryagina L.Kh., Demyanenko S.A., Dubrovina-Parus T.A., Degtyareva L.A., Morozova M.N., Tofan Y.V.</i>	
<i>TREATMENT OF PATIENTS WITH PROGRESSED PRIMARY GLAUCOMA WITH NORMALIZED INTRAOCULAR PRESSURE</i>	27
<i>Farmonov R., Khikmatov M.N., Mirbabaeva F.A.</i>	
<i>MODERN APPROACHES IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF AGEAL MACULODYSTROPHY</i>	29
<i>Farmonov R., Mirbabaeva F.A.</i>	
<i>ASSESSMENT OF LOCAL AND HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS</i>	30
<i>Fasikhiddinov J.S.</i>	
<i>EFFECTS OF INHIBITORS If-CHANNELS ON EFT VENTRICULAR FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE</i>	31
<i>Feroz S.A., Tyan I.V., Salyamova F.E</i>	
<i>OPTIMIZATION OF SURGICAL METHODS OF THE REPLACEMENT OF BONE DEFECTS AND AN INCREASE IN THE SIZE OF ATROPHIED ALVEOLAR PROCESS OF THE JAWS</i>	32
<i>Fozilov M.M., Bekmurov B.B., Solijonova Sh.D.</i>	
<i>INVESTIGATION OF THE CLINICAL EFFICACY OF THE DOCTOR SMILE LASER IN THE TREATMENT OF JAW ALVEOLITIS</i>	32
<i>Furkatov Sh.F., Kholboeva N.A.</i>	
<i>ELEKTROMAGNIT NAVIGATSIYA TIZIMINING OTOXIRURGIYADA QO'LLANILISHI VA UNING IMKONIYATLARI</i>	34
<i>Gulyamov Sh.B., Muqumov B.B., Shoazizov N.N., Jafarov M.M., Muzaffarov T.A.</i>	
<i>TASHQI ESHITUV YO'LI TUG'MA ATREZIYALI BEMORLARDA JARROHLIK AMALIYOTNI O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI VA INTRAOPERATSION NAVIGATSIYA TIZIMNING USTUVORLIGI</i>	35
<i>Gulyamov Sh.B., Shoazizov N.N., Jafarov M.M., Muqumov B.B., Muzaffarov T.A.</i>	
<i>THE IMPORTANCE OF STUDYING HISTORY OF MEDICINE</i>	38

<i>Ibrohimova E.R., Sagatova Sh.B.</i>	
<i>IMPROVING THE COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH ODONTOGENIC PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL REGION</i>	40
<i>Ikramov G.A., Ruzibaev D.R., Saparbaev M.Q., Olimjonova G.G.</i>	
<i>THE SENSITIVITY OF THE MICROFLORA OF THE MOUTH CAVITY TO CERTAIN MEDICINES</i>	42
<i>Ikramov G.A., Khatamov U.A.</i>	
<i>IMPROVING THE COMPLEX TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION</i>	43
<i>Ikramov G.A., Suvonov K.D., Khalmanov B.A., Ashurov S.S.</i>	
<i>YOSH BOLALARDA SURUNKALI QAYTALANUVCHI AFTOZ STOMATIT KECHISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI</i>	45
<i>Ishanova M.K., Eshqulova Sh.B.</i>	
<i>PROBLEMS OF MEDICAL ERRORS IN DENTISTRY IN THE TREATMENT OF HYPERTROPHIC PROCESSES IN THE ORAL CAVITY</i>	47
<i>Islamova N.B.</i>	
<i>ASSESSMENT OF TREATMENT OF ORAL LEUKOPLAKIA</i>	48
<i>Kadirbayeva A.A., Turayev A.I.</i>	
<i>IMPROVEMENT OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF TRAUMATIC ULCERS OF THE ORAL MUCOSA</i>	49
<i>Kadyrbaeva A.A., Azimova A.A.</i>	
<i>INNOVATIVE APPROACH TO SURGICAL CORRECTION OF ACQUIRED EYELID DEFECT IN WOMEN OF FERTILE AGE</i>	50
<i>Kamalova M.K., Kodirova M.K.</i>	
<i>FEATURE OF TREATMENT FOR RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS OF THE OROPHARYNGIAL REGION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS</i>	52
<i>Kamilov Kh.P., Ibragimova M.Kh., Ubaydullaeva N.I.</i>	
<i>METHODS FOR DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY – DESTRUCTIVE PERIODONTAL LESIONS</i>	54
<i>Kamilov Kh.P., Takhirova K.A., Abduganiev U.B.</i>	
<i>FACTORS ASSOCIATED WITH PLASMA IL-6 LEVELS IN HIV-POSITIVE PEOPLE</i>	54
<i>Karimov D.A., Akhmedjanova Z.I., Nazarova M.F., Begmatov B.X.</i>	
<i>SUT TISHLARNI VAQTIDAN OLDIN OLINISHI SABABLI YUZAGA KELUVCHI IKKILAMCHI DEFOTMATSIIYA TURLARI</i>	55
<i>Karimova M.A., Aripova G.E., Rasulova Sh.R.</i>	
<i>EFFECT OF ENAMEL FADING ON ORTHOPEDIC TREATMENT</i>	56
<i>Khabilov N.L., Safarov M.T., Melikuziev K.K.</i>	
<i>IMPROVING THE PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER URANOPLASTY IN CHILDREN</i>	57
<i>Khatamov U.A., Ikramov G.A.</i>	
<i>IMPROVEMENT OF TREATMENT COMPLICATIONS IN TRAUMAS OF</i>	60

<i>THE ZYGOMATICORBITAL COMPLEX</i>	
<i>Khusanov D.R., Patkhiddinov J.Sh.</i>	
<i>ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF CEMENT AND SCREW FIXATION DURING PROSTHETICS ON IMPLANTS</i>	62
<i>Kim V.E., Mun T.O., Jandarova M.A., Tashpulatova K.M.</i>	
<i>PLASMOLIFTING EFFICIENCY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS</i>	63
<i>Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Sherbekova F.U.</i>	
<i>IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT PATIENTS WITH ODONTOGENIC JAW CYSTS</i>	64
<i>Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Abdullaev A.S.</i>	
<i>MODIFICATION OF TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES</i>	66
<i>Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Mardonkulov Sh.K.</i>	
<i>DIFFERENCE BETWEEN CARIES AND HYPOPLASIA</i>	67
<i>Kuzieva M.G., Ismailova M.B.</i>	
<i>ANALYSIS OF THE MICROBIAL PROFILE IN CHILDREN WITH GINGIVITIS</i>	69
<i>Mamanazarov A.N., Patkhiddinov J.Sh.</i>	
<i>COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA JAG' OSTEONEKROZINING DIAGNOSTIKASI</i>	70
<i>Mamanazarov A.N.</i>	
<i>RESPUBLIKAMIZDA SOG'LIQNI SAQLASH BOSHQARUVCHILARI- MENEJERLARNI TAYYORLASH TIZIMI ISTIQBOLLARI</i>	71
<i>Mamatqulov B., Avezova G.S.</i>	
<i>BURNOUT OF MEDICAL NURSES WORKING IN THE DENTAL FIELD</i>	73
<i>Marufi F.A., Ruzieva S.Yu.</i>	
<i>THE EFFECTIVENESS OF AN INDIVIDUAL SPLINT-MOUTHGUARD IN THE TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES</i>	75
<i>Mirkhusanova R.S., Dadabayeva M.U., Khikmatullokhonova M.I.</i>	
<i>ESHITISH A'ZOLARIGA TELEFONNING ZARARI</i>	77
<i>Mirzanozimov E.N., Rasulova D.R., Xodjayeva D.</i>	
<i>LABORATORY SURFACE STUDY OF THE DENTAL IMPLANT "IMPLANT.UZ"</i>	78
<i>Mun T.O., Khabilov N. L., Usmonov F. K.</i>	
<i>PREVIOUS DENTAL STATUS OF INDIVIDUALS WITH COVID-19</i>	79
<i>Mun T.O., Ibraximova K.A., Rabiyeu B.H.</i>	
<i>JAG'LARNING O'TKIR ODONTOGEN OSTITINI DAVOLASH VA ASORATLARINI OLDINI OLIISHNI QIYOSIY BAHOLASH</i>	80
<i>Muqimov O.A., Xalmanov B.A., Muqimov U.T.</i>	
<i>EFFICIENCY PREVENTION OF DENTAL CARIES IN CHILDREN OF JUNIOR SCHOOL AGE</i>	82

<i>Murtazaev S.S., Mirsalikhova F.L., Burkhanova A.A.</i>	
<b>TROMBOTSITLARGA BOY FIBRIN (PRF) NING EKSTRAKSIYADAN KEYINGI TISH KATAGINI DAVOLASHDA SAMARADORLIGI</b>	<b>83</b>
<i>Narziyev M.A.</i>	
<b>TISH IMPLANTLARIGA PROTEZLASHDA QO‘LLANILADIGAN METALL QOTISHMALARNING OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SUYUQLIGINING MIKROELEMENTLAR TARKIBIGA TA‘SIRINI BAHOLASH</b>	<b>84</b>
<i>Norbutaev A.B.</i>	
<b>PHYSICAL ACTIVITY AS A LEADING FACTOR IN THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES</b>	<b>85</b>
<i>Nurmamatova K.Ch., Mirzaraximova K.R.</i>	
<b>INSON RUXIY OLAMINI SOG‘LOMLASHTIRISHDA PSIXOLOGIK BILIMLARNING AHAMIYATI</b>	<b>86</b>
<i>Ochilova F.B., Tolibjonova S.</i>	
<b>APPLICATION OF COMPUTER TECHNOLOGIES IN PHTHISIATRIA</b>	<b>88</b>
<i>Parpieva N.N., Khodzhaeva M.I., Muxamedov K.S., Massavirov Sh.Sh., Kayumova S.S., Ongarbayev D.O.</i>	
<b>TISHLARNING NOKARIOZ KASALLIKLARIDA (PONASIMON NUQSON VA EROZIYA) KOMPLEKS DAVOLASHDA DENTIN KANALLARINI GERMITIZATSIYALOVCHI LIKVIDDAN FOYDALANISH</b>	<b>91</b>
<i>Qosimova D.M., Absalamova N.F.</i>	
<b>OG‘IZ BO‘SHLIG‘I GISTOSITTOZ X-I</b>	<b>92</b>
<i>Razzoqov Q.R., Safarova M.S.</i>	
<b>THE USE OF FRACTIONAL CO<sub>2</sub> LASER FOR SCARS AFTER CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CLEFT LIP</b>	<b>97</b>
<i>Sadykov R.R. Tursunova J.A.</i>	
<b>FRACTIONAL CO<sub>2</sub> LASER THERAPY OF HYPERTROPHIC SCARS - EVALUATION OF EFFICACY AND TREATMENT PROTOCOL OPTIMIZATION</b>	<b>98</b>
<i>Sadykov R.R., Tursunova J.A.</i>	
<b>AESTHETIC REHABILITATION OF FRONTAL GROUPS OF TEETH WITH IMPLANTS AND AESTHETIC CROWNS</b>	<b>99</b>
<i>Samadov Sh.Sh., Ganiyev T.R.</i>	
<b>FACTORS CONTRIBUTING TO EMOTIONAL BURNOUT OF NURSES OF THE ANESTHESIOLOGY DEPARTMENT</b>	<b>100</b>
<i>Saydalikhujaeva Sh.Kh., Rustamova H.E.</i>	
<b>THE EFFECTIVENESS OF OSTEOPLASTIC MATERIALS IN MODELING THE ALVEOLAR RIDGE</b>	<b>101</b>
<i>Shukparov A.B., Shomurodov K.E.</i>	
<b>THE PRIVILEGE OF MEDICAL ENGLISH</b>	<b>102</b>
<i>Sobirov S.S., Yunusova D.M.</i>	
<b>TISH GIPERESTEZIYASINI DAVOLASH TEXNOLOGIYASINI TAKOMILLASHTIRISH</b>	<b>104</b>

<i>Sodiqova Sh.A.</i>	
<i>IMPROVING EFFICIENCY ORTHOPEDIC TREATMENT OF SECONDARY ADENTIA AGAINST THE BACKGROUND OF GENERALIZED PERIODONTITIS</i>	106
<i>Hazratov A.I., Buzrukzoda J.D., Kasimova Sh.O.</i>	
<i>INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF OTORHINOLARYNGOLOGY</i>	107
<i>Yakubdjanova M., Vakhabova S., Mukhtarov S., Abduganieva Sh.Kh.</i>	
<i>GERPETIK STOMATITNI KOMPLEKS DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH</i>	108
<i>Yuldasheva N., Isroilova M.</i>	
<i>KORONOVIRUS INFEKTSIYASINI O'TKAZGAN BEMORLARDA TISH QATTIQ TO'QIMALAR HOLATI</i>	109
<i>Yusupalixodjayeva S.X., Usmonov B.A., Patxiddinova M.Sh.</i>	
<i>PARODONTITNING COVID-19 KECISHIGA TA'SIRI</i>	110
<i>Yusupova N.A., Qodirova R.S.</i>	
<i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В МОЛОЧНЫХ ЗУБАХ</i>	111
<i>Абдуазимова Л.А., Мазифарова К.Р., Джалилова Ш.А.</i>	
<i>РОЛЬ АЛЛОПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</i>	112
<i>Абдувалиев А.</i>	
<i>УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА ЗА СЧЕТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</i>	113
<i>Абдуганиева Н., Ахтамова И., Абдуллаева Н., Саъдуллаева Г., Нигматова И.М.</i>	
<i>ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ</i>	115
<i>Абдукадыров А.А., Курбанов Ф.Р., Абдукадыров Д.А., Мухамедиева Ф.Ш., Гизатуллина А.М.</i>	
<i>КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА И ОПТИМИЗАЦИЯ ИХ ЛЕЧЕНИЯ</i>	120
<i>Абдул-Кодир З.Б., Шофайзиева Л.Н., Якубджанов Д.Д.</i>	
<i>НОРМАТИВНЫЕ КРИЗИСЫ РАЗВИТИЯ</i>	121
<i>Абдуллаев А.У., Ш.А.Раупова</i>	
<i>ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ</i>	124
<i>Абдуллаев Ж.Ю., Нурбоев И.Ж., Баратова Р.С., Ахматов А.А.</i>	
<i>ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ПРОЦЕССЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ ЛИЦА</i>	125

<i>Абдуллаев Ш.Ю., Юсупова Д.З., Раимкулова Д.Т.</i>	
<i>ТОҒ-КОН САНОАТИ ИШЧИЛАРИНИҒ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ХАВҒ ОМИЛЛАРИНИ АЙРИМ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ (МИС ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИ МИСОЛИДА)</i>	127
<i>Абдурахимов Б.А.</i>	
<i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛУРЕТИНОВАННЫХ И ДИСТОПИРОВАННЫХ КЛЫКОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ</i>	128
<i>Абдухоликова Г.М., Туйчиев Р.В., Шаамухамедова Ф.А.</i>	
<i>ТИББИЁТ СОҲАСИГА ОИД ТЕРМИНЛАРНИ ЎҚИТИШДА ЭЛЕКТРОН РЕСУРСЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ</i>	129
<i>Аброров О.Д., Юнусова Д.М.</i>	
<i>ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗОНЫ РОСТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ТАШКЕНТА.</i>	131
<i>Авазметова Л. Г., Ашуров Т.А.</i>	
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ОРБИТЫ</i>	132
<i>Агзамова С.С., Норматов Д., Аъзамов А.</i>	
<i>АНАЛИЗ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РОЗАЦЕА.</i>	134
<i>Агзамходжаева С.С., Соипов Ш.</i>	
<i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ «GLUMA DESENSITIZER» И ГЛУФТОРЕД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ</i>	135
<i>Адилов К.З., Адилова Ш.Т.</i>	
<i>К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ.</i>	137
<i>Азизов И.Б., Аляви С.Ф.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И РОЛЬ ТЕПЛОВИЗИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	138
<i>Азимов А.М., Мизомов Л.С.</i>	
<i>ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ПЛАСТИКИ ВРОЖЁННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА</i>	139
<i>Азимов А.М., Мухамедов И.М., Пулатова Б.Ж.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА</i>	140
<i>Азимов К.А., Болтаев С., Дадабаева М.У.</i>	
<i>РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ</i>	142
<i>Айтмуратова М.К., Махсумова И.Ш.</i>	
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ</i>	143
<i>Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Ирисметова Б.Д.</i>	
<i>ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С</i>	145

<i>ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i>	
<i>Акбаров А.Н., Ярашева Н.И.</i>	
<i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦИРКОНИЕВЫХ ШТИФТОВ ДЛЯ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ</i>	146
<i>Акбаров А.Н., Нигматова Н.Р., Шоахмедова К.Н.</i>	
<i>ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ ҚЎЛЛАНИЛГАНДА НАТИЖА САМАРАДОРЛИГИГА ОИЛАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ ТАЪСИРИ</i>	147
<i>Акбаров К.С., Кодиров Ж.М.</i>	
<i>СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ К МОМЕНТУ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ</i>	148
<i>Акрамов Б.Р., Муминов А. А.</i>	
<i>СЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА</i>	149
<i>Акрамова А.А., Бойманов Ф.Х.</i>	
<i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА НОКСОПЕНА ПРИ ТРИГЕМИНАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ ПАРОКСИЗМАХ</i>	150
<i>Актамова М.Ў., Чориева Ф.Э., Абдуллаева М.Б.</i>	
<i>ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ К ВИРУСУ ЭБШТЕЙН БАРРА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ</i>	153
<i>Алимова Д.М., Алиева З.А.</i>	
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКА ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ</i>	154
<i>Алишева Ш., Янгиева Н. Р.</i>	
<i>АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ШИНИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АКТИВНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</i>	156
<i>Алишарифи Али Абдолхади, Бутвиловский А.В.</i>	
<i>КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРДА ГЕМОМРАГИК ВАСКУЛИТ УЧРАШ ҲОЛАТИ</i>	157
<i>Аманбаева С., Аюпова Ш.Т.</i>	
<i>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ</i>	158
<i>Амонов М.Х., Вохидов У.Н.</i>	
<i>ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ</i>	160
<i>Амонов М.Х., Вохидов У.Н.</i>	
<i>ПОНЯТИЕ, ПРИЗНАКИ И ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ</i>	162
<i>Анатияева Г.Б.</i>	
<i>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	164
<i>Анарбоев Л., Хайитмуродов Д., Шогиёсов Ш., Зайнутдинов М.О.</i>	
<i>ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА АУВТО СУЯКЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ</i>	165
<i>Анваров С.С.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА ПРИ</i>	167

<i>ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК</i>				
<i>Андреева В.А., Рубникович С.П., Волотовский И.Д., Денисова Ю.Л., Владимирская Т.Э., Панасенкова Г.Ю.</i>				
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЕЛЕТНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОПОРОЙ НА МИКРОИМПЛАНТАХ</i>				168
<i>Арипова Г.Э., Вахобова М.Б.</i>				
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ</i>	ЗЧА	В		169
<i>ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>				
<i>Арипова Г.Э., Сотиволдиева С.З., Абдукадырова Н.Б.</i>				
<i>ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ</i>				170
<i>Арипова Г.Э., Дусмухамедова А.Ф., Махмутбеков Д.Г., Дусмухамедов Д.М.</i>				
<i>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ</i>				171
<i>Арипова М., Курбанова М., Касимов М.М.</i>				
<i>НЕВРОЗЫ</i>				173
<i>Арифова И.С., Абдулкасимов Ф.Б.</i>				
<i>ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БИОТИПА ДЕСНЫ</i>				174
<i>Асанова А.Т., Субихонова С.Н., Алиева Н.М.</i>				
<i>ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ</i>				175
<i>Аскарров Ш.О., Йулдошев И.Э., Каримов О.М.</i>				
<i>ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА И ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>				177
<i>Астанакулов Д.Й., Гофуров А.П., Рахмонов К.С.</i>				
<i>МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ</i>				179
<i>Астанакулов Д.Й., Усмонова Р.А., Яхяева Ф.А.</i>				
<i>ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ</i>				180
<i>Астанакулов Д.Й.</i>				
<i>РОЛЬ БИОКЕРАМИКИ В ЭНДОДОНТИИ</i>				182
<i>Астанакулова М.М., Айтмуратова М.К.</i>				
<i>ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА, С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА</i>				183
<i>Атабекова Ш.Н.</i>				
<i>ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</i>				184
<i>Атаджанов О.А.</i>				
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ПЛАТФОРМ НА</i>				187

<i>ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ КОЭФФИЦИЕНТА СТАБИЛЬНОСТИ ИМПЛАНТАТА</i>	
<i>Ахмедов М.Р., Ризаева С.М., Камилов Ж.А.</i>	
<i>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУР ТИМПАНОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ</i>	188
<i>Ахмедов Х.Б., Фозилов Ш.Ш., Эргашев У.М.</i>	
<i>ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЧАСТЕЙ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ПРИ АВТОАВАРИЯХ</i>	189
<i>Ахтамкулов А.М., Кушбаков А.М.</i>	
<i>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА МАРКА РОССА</i>	190
<i>Ахтамова И.А., Саъдуллаева Г.И., Нигматова И.М.</i>	
<i>ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ (ВПЧ)-ИНФЕКЦИИ: ЗАЩИТА ОТ ЦЕЛОГО СПЕКТРА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	191
<i>Аъзамова Д., Амонова З., Сулаймонова Н.Ж.</i>	
<i>СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ</i>	192
<i>Бабаджанов Ж.Б., Даминова Ш. Б.</i>	
<i>ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПРИ РАСЩЕЛЕННЫ НЕБА</i>	194
<i>Бабаев Ж.С., Курбанниязова Ш.Э., Уролова Д.А.</i>	
<i>ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ И С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ.</i>	196
<i>Бабажанова О.А., Салимов О.Р.</i>	
<i>БРЕМЯ СЕМЬИ, ВЫЗВАННОЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОИКА</i>	197
<i>Базарова С.З., Уролова Д.А.</i>	
<i>СИСТЕМЫ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ – СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ</i>	199
<i>Бакалинская И.А., Митронин Ю.А., Останина Д.А.</i>	
<i>ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПАТОЛОГИИ ЛОР ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ</i>	200
<i>Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э.</i>	
<i>КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ</i>	201
<i>Балымбетова Л.С., Оспанова Г.А., Камелова Г.Н., Шайманова М.Н., Кожантаева С.К.</i>	
<i>ЦИФРОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ЗВУКОВЫХ ЯВЛЕНИЙ В ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ</i>	203
<i>Барадина И.Н., Рубникович С.П., Бородин Д.М.</i>	

<i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИМПЛАНТАТОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	207
<i>Батиров Б., Даминова Н., Нигматова И.М.</i>	
<i>ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОМИЕТОМ И ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	209
<i>Батырова С.З., Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т.</i>	
<i>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ</i>	210
<i>Бахронов Ш.Ш., Исроилов Х.Э., Холмуродова Х.Х., Ғозибеков Ж.И.</i>	
<i>ПЕРВЫЕ АПТЕКИ В МИРЕ</i>	211
<i>Бахтиярова Ф.О., Исроилова М.</i>	
<i>СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i>	212
<i>Башарова М.А., Эргашалиева Н.Ж., Самарханова Е.А., Мирзаахмедова Н.А.</i>	
<i>ЦИФРОВЫЕ ПРОТОКОЛЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ</i>	214
<i>Башун Э.С., Ризаева С.М., Нуриева Н.С.</i>	
<i>МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ</i>	217
<i>Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.</i>	
<i>СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ</i>	218
<i>Бекжанова О.Е., Адизов М.А.</i>	
<i>МИКРОБИОЦЕНОЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С АПИКАЛЬНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ</i>	219
<i>Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Атабекова Ш.Н.</i>	
<i>ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ</i>	221
<i>Бекжанова О.Е., Алимова Д.М., Алимова С.Х.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА</i>	222
<i>Бекжанова О.Е., Эгамбердиев У.А., Каюмова В.Р.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ ГУБЫ</i>	223
<i>Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А., Касымова Г.И.</i>	
<i>ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ</i>	225
<i>Бекжанова О.Е., Заитханов А.А., Азизова Ш.Ш.</i>	
<i>ТРАКТОВКА СИЛ В СТОМАТОЛОГИИ</i>	226

Бекирова А., Нурматова Ф.Б.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	229
Бекназарова У.Б., Боймурадов Ш.А.	
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ПАРОДОНТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА	232
Беленова И.А., Сударева А.В., Комарова Ю.Н., Олейник Е.А., Маркосян З.С., Проценко Н.А.	
СОВРЕМЕННАЯ ЭНДОДОНТИЯ: ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИЛЕРОВ	234
Беленова И.А., Бекжанова О.Е., Беленова М.С., Русанова Т.А., Кудрявцев О.А.	
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА	237
Беленова И.А., Морозов Н.В., Комарова Ю.Н., Евтюкова М.А., Маркосян З.С.	
COVID-19 В СТОМАТОЛОГИИ: ВЫЯВЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА	239
Беленова И.А., Хрячков В.И., Бекжанова О.Е., Васильева М.С., Кудрявцев О.А., Проценко Н.А.	
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ: ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕНТАБЕЛЬНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ	241
Беленова И.А., Бекжанова О.Е., Хрячков В.И., Васильева М.С., Кудрявцев О.А., Проценко Н.А.	
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДИК: ОТКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ В ПАРОДОНТОЛОГИИ	245
Беленова И.А., Сударева А.В., Комарова Ю.Н., Олейник Е.А., Маркосян З.С., Проценко Н.А.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ 7 ЛЕТ	248
Билял Н.М., Арипова Г.Э.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ	249
Бозорова Р., Лапасов О.А., Агзамходжаева С.С.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ	251
Болтаева М.М.	
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТАНЕЙ ЗУБОВ	252

<i>Болтаева Ф.М.</i>		
<i>ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИПРОЛИНА, ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ И ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ТКАНИ ПАРОДОНТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ У КРЫС С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ</i>		255
<i>Брусенцова А.Е., Ляшев Ю.Д., Цыган Н.В.</i>		
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТИТА В СОЧЕТАНИИ С АНГИНОЙ СИМАНОВСКОГО-ПЛАУТА-ВЕНСАНА У ДЕТЕЙ</i>		257
<i>Буриева Н. А., Махсумова И. Ш.</i>		
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ СКЕЛЕТНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОПОРОЙ НА МИКРОИМПЛАНТЫ</i>		261
<i>Вахобова М., Батиров Б., Даминова Н., Нигматова И.М.</i>		
<i>КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОВРЕМЕННЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АМАЛЬГАМЕ: ЗАПАДНОЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ</i>		262
<i>Волгин М.А., Йоме Э.П., Кильбасса А.М.</i>		
<i>НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН</i>		266
<i>Гайбуллаев О.У., Зухуржанова З., Гапурова Г.Ф.</i>		
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА</i>		268
<i>Гафуров З.А.</i>		
<i>ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЭТАПА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССМОТРЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА БОКОВЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ</i>		269
<i>Гаффоров Ш.У., Шоикрамова Н.Ш., Хабилов Д.Н.</i>		
<i>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ</i>		271
<i>Грищенко А.С., Рубникович С.П.</i>		
<i>ВЛИЯНИЕ ДОБАВОК ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ГЕСТАЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ</i>		273
<i>Губайдуллина Д., Шагулямова К.Л.</i>		
<i>ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ</i>		275
<i>Фуломов С.Ш., Сирожиддинова З.М.</i>		
<i>АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА</i>		276
<i>Гулямова М.К., Абдуллаева М.Б., Шерназаров О.Н.</i>		

<i>ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ В ЗВЕНЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЁСШИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЮ МОЗГА</i>	279
<i>Давлатова Д.Д., Усманова Ш.Р., Фасихиддинов Ж.С., Йулдошев А.А., Отажонов Б.</i>	
<i>ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	280
<i>Давронов Ё.А., Жураев Ш.Б., Юнусова Л.Р.</i>	
<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ</i>	282
<i>Давронова Л., Рахимова Д., Шомухамедова Ф.А.</i>	
<i>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА</i>	283
<i>Давронова Р., Таджуддин З., Нигматова И.М.</i>	
<i>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА</i>	284
<i>Дадамов А.Д.</i>	
<i>ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РОЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПУЛЬПИТОВ</i>	286
<i>Далимова Д.Ю., Шарипова П.А.</i>	
<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	288
<i>Даминова Ш.Б., Исаходжаева Х.К.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ ПРИ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	289
<i>Даминова Н.Б., Батиров Б.А., Нигматова И.М.</i>	
<i>АЁЛЛАРДА УМУМИЙ ОСТЕОПОРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ ВА УЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИГА ТАЪСИРИНИ АНИҚЛАШ</i>	290
<i>Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА</i>	293
<i>Денисова Ю.Л., Рубникович С.П., Тимчук Я.И., Майзет А.И.</i>	
<i>ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕРИОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ</i>	295
<i>Денисова Ю.Л., Рубникович С.П.</i>	
<i>ПРОБЛЕМА КАРИЕСА У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</i>	296
<i>Досмухаммедов Э.Х., Рахматов А.Б.</i>	
<i>ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СОПР У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</i>	297

<i>Досмухаммедов Э.Х., Рахматов А.Б.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b>	298
<i>Думахонов И.Ш., Ганиев А.А., Тураханов С.В.</i>	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ ПЛАНИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ</b>	300
<i>Дурново Е.А., Фурман И.В., Борисов С.А.</i>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ</b>	302
<i>Досмухаммедов Д.М., Махмутбеков Д.Г.</i>	
<b>ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ</b>	303
<i>Досмухаммедова А.Ф., Арипова Г.Э., Досмухаммедов Д.М.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ЗУБОВ</b>	304
<i>Ёкубов Ш.М., Журамирзаева Н.Ф., Хабибжсонова М.К., Муртазаев С.С.</i>	
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</b>	308
<i>Жахоналиев Б.У., Вохидов У.Н.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА OSTEON COLLAGEN 3 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЦИСТОЭКТОМИИ</b>	310
<i>Жданов А.В.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА OSTEON COLLAGEN 3 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ IMMEDIATE IMPLANTATION</b>	311
<i>Жданов А.В.</i>	
<b>РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ПОСЛЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДАВНОСТИ НАТСУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ</b>	312
<i>Жуманов З. Э.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА</b>	314
<i>Жураев И.Г., Холиков А.Б., Халиков Ф.О.</i>	
<b>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ СУСТАВОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ</b>	316
<i>Жураев И.Т., Индиаминов С.И.</i>	
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ</b>	317
<i>Жўраев Ш.А., Сирожиддинова З. М.</i>	
<b>ОЦЕНКА ОКСИДАНТНЫХ НАРУШЕНИЙ В ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА</b>	318
<i>Зуб А.А., Гайворонская Т.В.</i>	

<i>АМБУЛАТОР СТОМАТОЛОГИК КЎРИҚДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ “ПРЕКАНЦЕРОЗ” ҲОЛАТЛАРДА ЛЮМИНОСКОПИК ТЕКШИРУВ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ</i>	320
<i>Ибайдуллаева Б.А., Ибрагимова Н.С.</i>	
<i>ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ</i>	321
<i>Ибатов Н.А., Абдумаликов И.Р., Шамсиев Д.Ф.</i>	
<i>ТАШҚИ БУРУННИНГ ДЕФОРМАЦИЯСИДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ</i>	323
<i>Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ</i>	325
<i>Ибрагимов Д.Д., Сирожиддинов У.Х., Исматов Н.С.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОГО РЕГЕНЕРАТОРА СТИМУЛ-ОСС ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЕ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА</i>	326
<i>Ибрагимов Д.Д., Отабоев Р.Ш., Ишмаматов Л.</i>	
<i>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВКУСОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯЗЫКА У ПАЦИЕНТОВ ГЛОССАЛГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</i>	328
<i>Ибрагимова М.Х., Камилова А.З.</i>	
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ОРОФАРИНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ</i>	330
<i>Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И Махкамова О.А.</i>	
<i>К ВОПРОСУ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ</i>	332
<i>Ибрагимова М.Х., Омонова Ш.Ф.</i>	
<i>СОҒЛОМ АВЛОДНИ ВОЯГА ЕТКАЗИШДА ОҚИЛОНА ОВҚАТЛАНИШНИНГ РОЛИ</i>	333
<i>Ибрагимходжаев Б.У.</i>	
<i>ПАРАМЕТРЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ</i>	335
<i>Изомиддинова М.К., Ибрагимова З.А., Ахмеджанова Н.И.</i>	
<i>ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ МИНИПЛАСТИН: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ</i>	336
<i>Инатов А.</i>	
<i>ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА: ПРИЧИНЫ И ИХ РЕШЕНИЕ</i>	337
<i>Ипполитов Ю.А., Коваленко М.Э., Беленов И.С., Золотарёва Е.Ю.</i>	
<i>СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ</i>	340
<i>Ирсалиев Х.И., Валиева Ф.А., Ирсалиева Ф.Х.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ</i>	341

<i>ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ</i>	
<i>Ирсалиев Х.И., Арсланов О.У.</i>	
<i>ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗНЫХ</i>	342
<i>СТОМАТИТАХ ДО И ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТОДИОДНОГО</i>	
<i>ИЗЛУЧЕНИЯ</i>	
<i>Ирсалиев Х.И., Ирсалиева Ф.Х., Ирханов М.М., Буриев Б.</i>	
<i>ХАРАКТЕРИСТИКА С СТАТУСА РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ</i>	344
<i>НОВОРОЖДЕННЫХ</i>	
<i>Исаходжаева Х.К.</i>	
<i>ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ</i>	345
<i>ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ</i>	
<i>Исламова М.С., Бабажанова Н.Р.</i>	
<i>ИЗУЧИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В</i>	347
<i>ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ</i>	
<i>Исламова Н.Б.</i>	
<i>ИЗУЧИТЬ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА</i>	348
<i>ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ</i>	
<i>Исламова Н.Б., Чакконов Ф.Х.</i>	
<i>РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ</i>	349
<i>Исломов А.А., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.</i>	
<i>ТИШЛАРНИНГ ЗИЧ ЖОЙЛАШУВИДА МИЛК РЕЦЕССИЯСИНИ</i>	350
<i>УЧРАШ ДАРАЖАСИ</i>	
<i>Исматуллаев Ж.А, Сулейманова Д.А.</i>	
<i>НАРУШЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ</i>	351
<i>КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ РИНОСИСУСИТАМИ ПОСЛЕ</i>	
<i>КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i>	
<i>Исмоилов И.И., Рузиев Б.М., Шамсиев Д.Ф.</i>	
<i>СОВРЕМЕННЫМИ СПОСОБАМИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ БЕЗ БОЛИ</i>	352
<i>ЯВЛЯЮТСЯ</i>	
<i>Исмоилхўжаева К.Ф., Тожиев.Ф.И.</i>	
<i>ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ И СЛЮНЫ У</i>	354
<i>БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ</i>	
<i>ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	
<i>Исомов М.М., Шомуродов К.Э.</i>	
<i>ПАРОДОНТ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА</i>	357
<i>ТИШЛАРНИНГ КАТТИК ТУКИМАЛАРИНИНГ НУКСОНЛАРИНИ</i>	
<i>БАРТАРАФ КИЛИШ ВА ЭСТЕТИК ТИКЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ</i>	
<i>УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ</i>	
<i>Йулдошев А.А</i>	
<i>ОРГАННАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБА И ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЕ</i>	359
<i>КАРИЕСА</i>	
<i>Йулдошева Н.Б., Гулямова С.П.</i>	
<i>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У</i>	361

**БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

*Ишонкулова Б.А., Эрназарова М.М.*

**НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФОМ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ** 363

*Каххоров А.С., Нигматуллаев М.Н., Худоёрова У.Э.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА** 364

*Кадырбаева А.А., Азимова А.А.*

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА** 365

*Казаченко Е.В., Кучумова Е.Д.*

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТА** 367

*Камилов Ж.А., Алиева Н.М., Ахмедов М.Р.*

**ИМИДЖ ВРАЧА** 368

*Камилова Д.Н., Рахматуллаева Д.*

**ИНСОН САЛОМАТЛИГИ ВА УНДА ТИББИЙ КУРИКНИНГ АХАМИЯТИ** 371

*Камилова Д.Н., Рахматуллаева Д.*

**ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРНИНГ ГЕМОГЛОБИН МИКДОРИГА АРВТНИНГ ТАЪСИРИ** 373

*Карабаев Ж., Эргашева М.М.*

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ** 373

*Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ** 376

*Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.*

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ г.АЛМАТЫ** 377

*Каркимбаева Г.А., Абдукаликова Д.Б., Баймуратова М.А.*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЗГТ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ** 379

*Касимова Э.В., Салимов О.Р., Муратова Н.Д.*

**ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6** 380

*Кашевич Е.А., Пищик А.А., Вербицкий В.Л., Панкратова Ю.Ю.*

**ВОЗМОЖНОСТИ ИННОВАЦИОННОГО СОКРАЩЕНИЯ ПЕРИОДА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ** 382

**ПЕРИОСТОТОМИИ**

*Каюмова Н.Н., Ходжиметов А.А., Садикова Х.К.*

**ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ** 383

*Келдиёров Б.Ш., Ахмедов Ш.М.*

**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫМИ АКРИЛОВЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ** 384

*Керимханов К.А., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.*

**ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАНИНГ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР АСОРАТЛАРИ** 385

*Кобилов Ж.С., Маматова Ш.А., Раимова М.М.*

**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ПРОЗОПАЛГИИ** 386

*Кобилова (Файзуллаева) З.О., Гапурова Г.Ф.*

**ДИСТАЛИЗАЦИЯ МОЛЯРОВ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ** 388

*Кодиров Ж.М.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОЛКОСЕРИЛА В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ ГУБ** 389

*Колесник В.М., Андрианова И.И.*

**ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ (ВПЧ)-ИНФЕКЦИИ: ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ** 391

*Комарова А.С.*

**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕТРАКЦИОННЫХ НИТЕЙ НА СТЕПЕНЬ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ** 392

*Косимов А.А., Хабилов Б.Н.*

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** 393

*Кузьменко Е.В., Рубникович С.П., Денисова Ю.Л.*

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА** 394

*Курбанов Ш. Ш., Курбанов С. А.*

**ВЛИЯНИЕ ЭВОЛЮЦИИ И ЭМБРИОГЕНЕЗА ЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА НА РАЗВИТИЕ ЗУБНОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КАРИЕСУ** 397

*Кучкарова Р.Р., Абдусаматова И.И.*

**ФИЗИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТА ПРИ ГИПОФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ** 399

*Кудратов Р.К., Зуннунов Х.М.*

**ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА МЕТОДА ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ IN VITRO** 400

*Латифова М.А., Рихсиева Д.У.*

**НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ** 401

<i>Лебеяднцевa Т.В., Шевлюк Н.Н., Кочкина Н.Н.</i>	
<b>ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА</b>	402
<i>Ли А.В., Ибатов Н.А.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА ICON В ОРТОДОНТИИ</b>	405
<i>Мавлонова М.А.</i>	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА</b>	406
<i>Магруппова И.Д., Арипова Ш.Р., Акрамова Ш., Нурматова Ф.Б.</i>	
<b>БАРКАМОЛ ИНСОННИ ТАРБИЯЛАШДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯНИНГ ЎРНИ</b>	409
<i>Мадаминова Г.М.</i>	
<b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУТИЛИРУЮЩЕГО АРТРИТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ</b>	411
<i>Мажидов Х.Т., Тумасова М.Ю., Юнусова Л.Р.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МТА СОДЕРЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ</b>	412
<i>Мамадиёрова А.Ш.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	413
<i>Мамадиёрова А. Ш.</i>	
<b>ДИНАМИКА УРОВНЯ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ</b>	415
<i>Мамадиярова Д.У.</i>	
<b>СОРБЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</b>	416
<i>Маматкулов Х.А Эшбадалов., Х.Ю., Тешабоев М.Г.</i>	
<b>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ЛОР-ОРГАНОВ</b>	418
<i>Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х.Ю., Партиев А.Л., Исмоилов Х.А., Комилов У.М.</i>	
<b>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</b>	419
<i>Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х.Ю.</i>	
<b>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ</b>	420
<i>Маматкулова М.Х.</i>	
<b>ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ЭКСТРАПИРАМИДАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ</b>	421
<i>Маматова Ш.А., Бабашева Д., Раимова М.М.</i>	
<b>ЗАЩИТНЫЕ СРЕДСТВА – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРИ ОКАЗАНИИ</b>	423

НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ COVID-19	
<i>Маннанов Ж.Ж., Мусурманов Ф.И., Абдуллажонова Ш.Ж.</i>	
ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НА ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА	425
<i>Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Исмоилова Р.А.</i>	
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕМОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ И В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ	426
<i>Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Исмоилова Р.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛТРОМБОСЕПИНА НА ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	427
<i>Манукян А.О., Фаттаева Д., Холиков А.А.</i>	
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИЗМЕНЧИВОСТИ КОСТНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.	428
<i>Матмуратов Р.И., Бабаханов Г.К.</i>	
ПАРАМЕТРЫ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ	429
<i>Матмуродова М.Г., Изомиддинова М.К., Ахмеджанова Н.И.</i>	
ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ SARS-COV2	431
<i>Матрзаева Ш.Г., Ливерко И. В.</i>	
СУБКЛЕТОЧНАЯ ЦИТОДИАГНОСТИКА КАРЦИНОМ ПОЛОСТИ РТА	432
<i>Матсопоев Д.О., Дадамов А.Д.</i>	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ	425
<i>Матчин А.А., Ткачев В.В., Лычагина А.А.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	437
<i>Махкамов З.Х., Эшбадалов Х.Ю.</i>	
ПОНЯТИЕ О ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ СЕГМЕНТАХ. ПРИКУС: РАЗНОВИДНОСТИ, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ	438
<i>Махкамов К.Р., Муродов Ш.О., Назарова М.Х., Солева Ш.А., Хайдарова Б.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ	440
<i>Махкамова Ф.Т., Ходжаева Ф.Х.</i>	
НЕВРОТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ	442

<i>Махмудова Д.А., Муродова О.К., Уролова Д.А.</i>	
<b>ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19</b>	444
<i>Махмудова М.Х., Умаров Б.А.</i>	
<b>НОН МАХСУЛОТЛАРИНИНГ ИНСОН ОРГПНИЗМИ УЧУН АХАМИЯТИ, САҚЛАШ ВА ТАШИШГА ҚЎЙИЛАДИГАН САНИТАРИЯ ТАЛАБЛАРИ</b>	445
<i>Махмудова М.Х., Умаров Б.А.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАПУЛЬПАРНЫХ ШТИФТОВ (ППШ) ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ</b>	447
<i>Махмудова У.Б.</i>	
<b>АНАЛИЗ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	448
<i>Махсумова И.Ш., Рискулова З.Р.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ</b>	449
<i>Маъруфбеков Д.Д., Абдуллаев Д.Ш., Нарзиев М.А., Холназаров Ф.Х.</i>	
<b>ИТОГИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТАШКЕНТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА И МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН ПО НАПРАВЛЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЯ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг.</b>	451
<i>Мелькумян Т.В., Камиллов Х.П., Даурова Ф.Ю., Дадамова А.Д.</i>	
<b>ОЦЕНКА ПОВЕРХНОСТНОЙ МИКРОТВЕРДОСТИ ПЛОМБ ИЗ НАГРЕТОГО И НЕНАГРЕТОГО КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА</b>	453
<i>Мелькумян Т.В., Шералиева С.Ш., Дадамова А.Д., Баходиров Р.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОЙ ОБРАБОТКИ ДЕНТИНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИЦ В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ</b>	454
<i>Мелькумян Т.В., Каххарова Д.Ж., Мусашиайхова Ш.К., Дадамова А.Д., Суратов Д.Х.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА</b>	455
<i>Мирзаева Ф.А.</i>	
<b>РЕНТГЕН-ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОАРТРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА</b>	456
<i>Мирзакулов М.А., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.</i>	
<b>УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И РОЛЬ МЕНЕДЖЕРОВ</b>	457
<i>Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Турахонова Ф.М., Тангиоров А.Л.</i>	
<b>МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ</b>	460
<i>Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Каримова М.У.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ФИТОНАПИТКАМИ ПРИ АРТРИТЕ</b>	464
<i>Мирзоева Ф.А., Кодиров Н.Д.</i>	
<b>ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ</b>	465

**РУБЦАМИ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*Мирпулатова С. Т., Мухаммедов И. Ш., Садыкова Х. К.*

**ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА** 466

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

**ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ** 468

*Михальченко Д.В., Бондаренко Д.М., Михальченко А.Д.*

**СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА НАВИГАЦИОН ТИЗИМИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ** 470

*Музаффаров Т.А., Гулямов Ш.Б., Шоазизов Н.Н., Жафаров М.М., Мукумов Б.Б.*

**СУРУНКАЛИ АТИКО-АНТРАЛ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА ЭНДОСКОПИК УСУЛИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ** 472

*Музаффаров Т.А., Гулямов Ш.Б., Шоазизов Н.Н., Жафаров М.М., Мукумов Б.Б.*

**ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE”** 474

*Мукимов О.А., Усманова Д.Р., Шадманов А.А.*

**ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТОКОЛА И РЕЖИМА ВВЕДЕНИЯ – ИССЛЕДОВАНИЕ EX VIVO** 476

*Мукимов О.А., Мамарасулова С.Р., Шодмонов А.А.*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕКРЫВАЮЩИХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ** 477

*Мулик П.П., Рубникович С.П.*

**ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОПРОВОДИМОСТИ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА** 479

*Мурадов С.И., Отабоев С.М., Нурматова Ф.Б.*

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК С ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ** 481

*Мурашов М., Мержоева Х.*

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ** 482

*Муртазаев А.В.*

**ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАБЛАСТОЗАМИ** 483

<i>Муртазаев А.В.</i>		
<i>ЖАҒЛАРНИНГ ФРОНТАЛ СОҶАСИ АЛЬВЕОЛЯР ЎСИҚ</i>	<i>484</i>	
<i>АТРОФИЯСИДА ДЕНТАЛ ИМПЛАНТАЦИЯ АМАЛИЁТИНИ</i>		
<i>РЕЖАЛАШТИРИШ</i>		
<i>Мусаев Ш.Ш., Чўлиев О.О.</i>		
<i>МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ГАЛЬВАНОЗА ПОЛОСТИ РТА</i>	<i>486</i>	
<i>Муסיнова И.О., Ахмедов А.А., Рихсиева Д.У.</i>		
<i>ПОКАЗАНИЯ К ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ</i>	<i>487</i>	
<i>МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ</i>		
<i>Мусольяни Е.А.</i>		
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</i>	<i>488</i>	
<i>ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С</i>		
<i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА</i>		
<i>Мухамедов И.Ш., Гафуров З.А.</i>		
<i>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО</i>	<i>490</i>	
<i>СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ</i>		
<i>ОБЛАСТИ</i>		
<i>Мухамедов М.Х.</i>		
<i>МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ</i>	<i>491</i>	
<i>АКТИВНЫХ ТОЧЕК</i>		
<i>Мухаммаджанова М.О., Маматова Н.М., Буранова Д.Д.</i>		
<i>ЛИЧНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ</i>	<i>492</i>	
<i>Мухиддинова О., Сирожиддинова З. М.</i>		
<i>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕСТНЫХ</i>	<i>493</i>	
<i>ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ</i>		
<i>ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>		
<i>Мухторов Ш.Ш., Якубов Р.К.</i>		
<i>ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ СИНОНАЗАЛЬНОМ</i>	<i>494</i>	
<i>ПОЛИПОЗЕ</i>		
<i>Набиева М.М., Ходжибекова Ю.М., Юнусова Л.Р.</i>		
<i>НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ</i>	<i>496</i>	
<i>ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ</i>		
<i>Наврүзова Л.Х.</i>		
<i>ВОПРОСЫ МОДЕРНИЗАЦИИ И ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ</i>	<i>498</i>	
<i>ПОДГОТОВКИ СТОМАТОЛОГОВ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ</i>		
<i>ХИРУРГОВ</i>		
<i>Нармахматов Б.Т., Вохидов У.Н., Жахоналиев Б.У.</i>		
<i>СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С</i>	<i>500</i>	
<i>ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ОДОНТОГЕННОГО</i>		
<i>ПРОИСХОЖДЕНИЯ</i>		
<i>Нармахматов Б.Т., Халматова М.А., Жахоналиев Б.У., Мухторов З.К.</i>		
<i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ</i>	<i>500</i>	
<i>ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ УВЛАЖНЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ</i>		
<i>КСЕРОСТОМИИ</i>		

<i>Нармахматов Б.Т., Холматова М.А.</i>	
<i>ВЛИЯНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛОСТИ РТА</i>	502
<i>Нарова Н.Э.</i>	
<i>ВЫБОР МЕТОДИКИ ИЗМЕРЕНИЯ ТРАНСВЕРСАЛЬНОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ</i>	503
<i>Насимов Э.Э., Абдукадырова Н.Б., Сотиволдиева С.З.</i>	
<i>КЛИНИКО-АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	504
<i>Насретдинов З.Т., Эшбадалов У.Х., Файзиходжаев О.С.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТИГАЗОН ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА</i>	505
<i>Негматуллаев А.Н.</i>	
<i>COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ</i>	508
<i>Нематов А.А.</i>	
<i>БИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ УКРОЧЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ</i>	509
<i>Нигматов Р.Н., Абдуллаева.Н.И., Абдуганиева.Н.А.</i>	
<i>АССИМЕТРИЯ ЛИЦА ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИКУСЕ</i>	510
<i>Нигматов Р.Н., Раззаков У.М., Нигматова И.М.</i>	
<i>ВЗАИМОСВЯЗЬ ОККЛЮЗИИ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМ АППАРАТОМ</i>	511
<i>Нигматов Р.Н., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С.</i>	
<i>МУОВРАСЕ (MBS) СИСТЕМА ПРИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ</i>	513
<i>Нигматова И.М., Худойбергенова Н.Б., Абдухоликова Г.М.</i>	
<i>РОЛЬ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ</i>	514
<i>Нигматова И.М., Умаралиев Ж.М., Рахимова Д.Р.</i>	
<i>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИ СУЖЕНИИ ФРОНТАЛЬНОГО УЧАСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА МАРКО РОССА.</i>	515
<i>Нигматова И.М., Ахтамова И., Таджуддин З.</i>	
<i>ЛЕЧЕНИЕ ДИЗОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ С ПОМОЩЬЮ МИОГИМНАСТИКИ</i>	516
<i>Нигматова И.М., Нормуродова М.О., Рузимов Г.</i>	
<i>АППАРАТ ГЕРБСТА ПРИ ДИСТАЛИЗАЦИИ МОЛЯРОВ ПРИ УКРОЧЕНИИ ЗУБНОГО РЯДА</i>	517
<i>Нигматова И.М., Абдуганиева Н.А., Рузиев Ш.Д.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНВИЗАЛАЙН (INVISALIGN) В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ</i>	518

<i>Нигматова И.М., Вахобова М., Шаамухамедова Ф.А.</i>	
<i>ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И АНОМАЛИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ</i>	520
<i>Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С., Раззаков У.М.</i>	
<i>ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОИМПЛАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОРТОАНОМАЛИЙ ЗУБОВ</i>	521
<i>Нигматова И.М., Саъдуллаева Г., Батиров Б., Даминова Н.</i>	
<i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ</i>	523
<i>Низомова Л.Н., Эргашалиева Н.Ж., Самерханова Е.А., Жанибеков Ш.Ш.</i>	
<i>ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ</i>	523
<i>Ниязбеков Э., Шагулямова К.Л.</i>	
<i>ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИДА РИВОЖЛАНАДИГАН ОҒИЗ БЎШЛИҒИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР</i>	525
<i>Норбўтаев А.Б.</i>	
<i>ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.</i>	526
<i>Норкузиев У.Ш., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д.</i>	
<i>ПОНИМАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ</i>	528
<i>Норкулов З., Сирожиддинова З.М.</i>	
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ОРБИТЫ</i>	528
<i>Норматов Д., Аъзамов А., Аззамова С.С.</i>	
<i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ</i>	530
<i>Нормуродов М.Т.</i>	
<i>ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ПРИКУСА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МИОГИМНАСТИКИ И МАССАЖА МЫШЦ ЛИЦА</i>	531
<i>Нормуродова М.О., Куранбаева Д.Г., Нигматов Р.Н.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ</i>	532
<i>Норов А.У., Убайдуллаев Э.А., Заремба А.Е.</i>	
<i>ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ</i>	534
<i>Носирова Х.С., Турсунходжаев М.Х.</i>	
<i>ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИНАМИКАСИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ</i>	535
<i>Нуралиева Н.Б.</i>	
<i>ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МЕДСЕСТЕР ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-</i>	536

**СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Нуралиева Н.Б.*

**ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНСИТЕ** 538

*Нуриддинов Х.Н., Вохидов У.Н.*

**ОБУЧЕНИЕ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДИЦИНЕ** 540

*Нурмаматова К.Ч., Мирзарахимова К.Р.*

**COVID-19 АНИҚЛАНГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК КЕЧИШИ ВА ТУҒРУҚ АСОРАТЛАРИ** 542

*Нурматова Х.Д., Сулаймонова Н.Ж.*

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА** 544

*Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Гриненко Э.В.*

**ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ** 545

*Ортикбаева С.У., Исмаилов И.И.*

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕЗОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ** 546

*Останина Д.А., Бакалинская И.А., Митронин Ю.А.*

**ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА НА БРОНХО-ЛЕГОЧНУЮ СИСТЕМУ** 548

*Отажонова Х.И., Фаттаева Д., Холиков А.А.*

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ** 549

*Партиев А.Л., Эшбадалов Х.Ю., Тешабоев М.Г., Исмоилов Ж.И., Комилов У.М.*

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ** 550

*Патхиддинов Ж.Ш., Мухаммедов М.Х.*

**ВРЕД ЭНЕРГЕТИКОВ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ** 551

*Патхиддинова М., Ирисбоева Ф., Хусанхаджаева Ф.Т.*

**СПОСОБ ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОЛЩИНЫ НАРУЖНОЙ АЛЬВЕОЛЫ ДЛЯ ЗУБОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ПЕРЕМЕЩЕНИЮ** 552

*Перова М.Д., Самохвалова И.Д., Севостьянов И.А.*

**МОЛЕКУЛЯРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ РОТОГЛОТКИ** 555

*Полатова Д.Ш., Мадаминов А.Ю.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАПРАВЛЕННОЙ ТКАНЕВОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА. ТИПОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ** 557

<i>ПАРАМЕТРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА, КАК КЛЮЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ УСПЕШНОСТИ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР</i> <i>Попков В.С., Ярыгина Е.Н.</i>	
<i>ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИИ АБАТМЕНТОВ К ДЕНТАЛЬНЫМ ИМПЛАНТАТАМ</i> <i>Прялкин С.В., Рубникович С.П., Бусько В.Н.</i>	559
<i>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОПРИЗНАКОВ У РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ</i> <i>Пулатова Б.Ж., Шомуродов К.Э., Хайдаров Н.К., Бабаджанов Ж.Б.</i>	561
<i>ЛИМБИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОСНОВА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА</i> <i>Пулатходжаева Х.Д., Равшанов С.Р., Обидова М.Б., Рустамов А.А., Нуримова Д.М.</i>	562
<i>СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ФЕЛОДИПИН ВА АМЛОДИПИННИ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЦИРКАД РИТМИГА ТАЪСИР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ</i> <i>Равшанова З.М., Кучкарова Ш.А., Тоирова Г.А.</i>	564
<i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ В Г. УРГЕНЧЕ</i> <i>Раджапова Ф.Р., Махкамова Ф.Т.</i>	565
<i>ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОПРЕВАЛЕНТНОСТИ К SARS-COV-2 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА НА ФОНЕ COVID-19</i> <i>Ражанова Ш.М., Абдуллаев Р.Б.</i>	566
<i>ХАРАКТЕР И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДИ И ЖИВОТА У ВЕЛОСИПЕДИСТОВ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ.</i> <i>Райимжанова К.Ф., Индиаминов С.И.</i>	567
<i>МЕХАНОГЕНЕЗ ПОРАЖЕНИЙ СТРУКТУРЫ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ</i> <i>Райимжанова К.Ф., Шавазы Р.Н., Рустамова Д.С., Зубайдиллоева З.Х., Индиаминов С.И.</i>	568
<i>СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТОВ УШНОГО ХРЯЦА И РАСЩЕПЛЕННОГО РЕБРА</i> <i>Рахимов М.М., Махмудов А.А.</i>	569
<i>СИМТОМАТИКА И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ</i> <i>Рахимова Г.Ш., Шамсиев Д.Ф.</i>	571
<i>ПОРАЖЕНИЕ СОПР У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ</i> <i>Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.</i>	573
<i>СЛУЧАЙ ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ</i>	574

<i>Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.</i>	
<i>СЛУЧАЙ ЧЕРНОГО ВОЛОСАТОГО ЯЗЫКА</i>	575
<i>Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ПРИ ГИНГИВИТАХ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ</i>	576
<i>Рахматуллаева Д.У., Суръатов Д.Х., Махмуджонов Ш.У.</i>	
<i>ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ</i>	577
<i>Рахматуллаевой Н.Р., Абдуганиева Н.А., Умаралиев Ж.Т., Нигматов Р.Н.</i>	
<i>ИС ГАЗИДАН ЗАҲАРЛАНИШ ОҚИБАТИДАГИ ЎЛИМДА БОШ МИЯ МОРФОЛОГИЯСИ</i>	579
<i>Рашидова У.Р., Расулова М.Р.</i>	
<i>ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ И ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</i>	579
<i>Ризаев Ж.А., Зейнитдинова З.А., Ахмадалиев Н.Н.</i>	
<i>АППЕНДИКУЛЯР ЎСИМТА ВА ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ</i>	583
<i>Рисбоева М., Гадаев А.</i>	
<i>ОЦЕНКА pH СЛЮНЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ</i>	585
<i>Рихсиева Д.У., Салимов О.Р.</i>	
<i>ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕЗДОРОВЫХ КОМПОНЕНТОВ ПИЩИ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ</i>	586
<i>Рихсихужаев А.Х., Нишанова А.А.</i>	
<i>ФИЗИОЛОГИЯ СНА. ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ</i>	587
<i>Рихсихужаев А.Х., Нишанова А.А.</i>	
<i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОРБИТАЛЬНЫХ ТРАВМАХ</i>	589
<i>Розиев Х., Газиева М., Агзамова С.С.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК</i>	590
<i>Рубникович С.П., Кузьменко Е.В., Денисова Ю.Л., Андреева В.А.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ</i>	595
<i>Рубникович С.П., Грищенко А.С., Денисова Ю.Л.</i>	
<i>МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК</i>	599
<i>Рубникович С.П., Владимирская Т.Э., Денисова Ю.Л., Волотовский И.Д., Андреева В.А., Кузьменко Е.В., Хомич И.С.</i>	
<i>ҲЕРБСТ АППАРАТИ ВА УНИНГ МОДИФИКАЦИЯЛАРИНИ ОРТОДОНТИЯ АМАЛИЁТИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ</i>	604

<i>Рўзиев Ш.Д., Нигматов Р.Н.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ</b>	<b>605</b>
<i>Рузиева С.С.</i>	
<b>ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ</b>	<b>607</b>
<i>Рузимов Ф., Ботиров Б., Нигматов Р.Н</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ</b>	<b>608</b>
<i>Рузматов К.М., Исматуллаев О.И., Хамидхужаев А.Х., Шамсиев Д.Ф.</i>	
<b>ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЧАСТЕЙ ТЕЛА У ВЕЛОСИПЕДИСТОВ, ФОРМИРУЕМЫХ ПРИ ПАДЕНИЯХ С ДВИЖУЩИХСЯ ВЕЛОСИПЕДОВ</b>	<b>612</b>
<i>Рустамова Д.С., Зубайдиллоева З.Х., Райимжанова К.Ф., Шавази Р.Н., Расулова М.Р.</i>	
<b>РИНОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ЗИГОМИКОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b>	<b>613</b>
<i>Савосин Ю.В., Шафранова С.К., Гайворонская Т.В., Вартамян С.А.</i>	
<b>ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПАРОДОНТА</b>	<b>615</b>
<i>Садиев М.М., Холмуминова Г.А., Мейлиев А.О., Гулямова С.П.</i>	
<b>ПОДРОСТКОВАЯ ДЕПРЕССИЯ</b>	<b>617</b>
<i>Садикова Л., Сирожиддинова З. М.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬВОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОЛИТА</b>	<b>617</b>
<i>Саибназаров М.Д.</i>	
<b>РЕЧЕВЫЕ КРИТЕРИИ, ПОМОГАЮЩИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕЛОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ВФД) ПОСЛЕ ПАЛАТОПЛАСТИКИ</b>	<b>618</b>
<i>Саидганиев Ю.С., Амануллаев Р.А., Тураев Б.Б., Кудратова Г.</i>	
<b>ОСТРЫЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ</b>	<b>620</b>
<i>Саидкаримова Ф.И., Шарипов У.А.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПЪЕЗОХИРУРГИИ В ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ</b>	<b>625</b>
<i>Саидов Б.О.</i>	
<b>ТИШ ОЛИШ ОПЕРАЦИЯЛАРИДА ПЪЕЗОХИРУРГИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ</b>	<b>627</b>
<i>Саидов Б.О.</i>	
<b>СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ Г.ТАШКЕНТА И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ</b>	<b>628</b>
<i>Саидова Н.З., Юнусходжаева М.К., Адилова Ш.Т.</i>	
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ</b>	<b>631</b>
<i>Салаватова М.Ф., Юнусова Л.Р.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА</b>	<b>632</b>

<i>СЕРДЕЧНО СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ МОЛОДЕЖИ В ПРИМЕРЕ ТГСИ</i>	
<i>Сатвалдыева А.А., Шукурова Л.Х.</i>	
<i>СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ НИСБАТАН ЭРТА БОСҚИЧЛАРДА БЕМОЛЛАРИНИНГ ПСИХОЛОГИК СТАТУСИ ВА ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ</i>	633
<i>Сатуллаев М.М., Мунавваров Б.А., Бабажанова Н.Р.</i>	
<i>ПРЕИМУЩЕСТВА ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХ ФРЕЗЕРОВАННЫХ ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ</i>	634
<i>Сафаров М.Т., Рихсибоев М.С.</i>	
<i>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	636
<i>Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т., Батырова С.З.</i>	
<i>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТАХ</i>	637
<i>Сафаров М.Т., Ахмаджонов М.</i>	
<i>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАЧЕСТВА И ДОЛГОСРОЧНОСТИ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ</i>	638
<i>Сафаров М.Т., Ташпулатова К.М., Рузимбетов Х.Б., Ахмаджанов М.</i>	
<i>АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ</i>	640
<i>Сафиев А., Янгиева Н.Р.</i>	
<i>ПОСТКОВИД СИНДРОМЛИ БЕМОЛЛАРИНИНГ КЛИНИК-БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ</i>	641
<i>Собирова Г. Н., Бафоева З. О., Манзитова В. Ф.</i>	
<i>АНАЛИЗ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РОЗАЦЕА</i>	642
<i>Соипов Ш., Агзамходжаева С.С.</i>	
<i>ДИАГНОСТИКА СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ</i>	643
<i>Сотиволдыева Д.Х., Валиев Ш., Юнусова Л.Р.</i>	
<i>БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ШАКЛЛАНИШИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИ</i>	645
<i>Сувонов К.Ж., Халманов Б.А., Эшмаматов И.А., Каюмова Н.Н.</i>	
<i>ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ 3D СКАНЕРОВ НА ОСНОВЕ ТРЕХМЕРНОГО АНАЛИЗА ПОВЕРХНОСТЕЙ</i>	646
<i>Тагиева Д.Р., Митронин В.А., Митронина Н.В.</i>	
<i>ТАЛАБАЛАРДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ КЕНГ ТАТБИҚ ЭТИШ</i>	647
<i>Тангиров А.Л., Мамаджанов Н.А., Абдукадиров Х.Ж.</i>	
<i>ПРОЯВЛЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ</i>	649
<i>Тахирова К.А., Кодирова М.Н., Разакова Н.Б.</i>	
<i>АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ</i>	650

<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, ОКАЗАННОЙ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</i>	
<i>Тё Е.А.</i>	
<i>ИЗУЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ТКАНЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА НА РЕТРАКЦИЮ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОТИПА ДЕСНЫ</i>	652
<i>Толипова М.А., Ходжаева И.Э., Алиева Н.М.</i>	
<i>СВЯЗЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИНДЕКСА СТЕПЕНИ КРИВИЗНЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ</i>	654
<i>Тоока М.А., Манак Т.Н., Бутвиловский А.В.</i>	
<i>ОДНОМОМЕНТНАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ – СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ</i>	655
<i>Тошмуротова Д.Б., Садикова Х.К.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</i>	657
<i>Тугушева М.С.</i>	
<i>АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА В УЗБЕКИСТАНЕ</i>	659
<i>Туйгунов Н., Мирхайидов М., Ширинов М., Хайдаров Н.К., Пулатова Б.Ж.</i>	
<i>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОКТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ</i>	660
<i>Туйчибаева Д.М., Дусмухамедова А.М.</i>	
<i>МИКРОСОСУДИСТЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКУЛЫ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ И РАЗВИТОЙ СТАДИЯХ ПОУГ</i>	661
<i>Туйчибаева Д.М., Дусмухамедова А.М.</i>	
<i>ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ НУҚСОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОРТОПЕДИК РЕАБИЛИТАЦИЯ МУАММОЛАРИ</i>	662
<i>Туляганов Ж.Ш., Ризаева С.М.</i>	
<i>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ Фолликулярных кист челюстей</i>	663
<i>Тураев А.Д., Юнусова Л.Р.</i>	
<i>АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ ДИКЦИИ</i>	666
<i>Туракулова Ш.Ж., Гулямова С.П.</i>	
<i>ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИТАНИЯ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ С ИСТОЧНИКАМИ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ</i>	668
<i>Турахонова Ф.М., Камиров А.А.</i>	
<i>ПРОБЛЕМЫ ДЕОНТОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ</i>	669
<i>Тургунов Х.Б., Сирожиддинова З. М.</i>	

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА СПАЗМЕКС НА ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ	671
Турдиев П.К., Тожибоев С.Ш., Носиров А.И.	
ЗНАЧИМОСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК (ТИА) В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ	672
Турсунова М.О., Абдуллаева М.М., Абдуллаева М.Б.	
ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПРЕКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	673
Турсунова С., Реймназарова Г.Дж.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА	675
Узоков А.Б., Юнусова Л.Р.	
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА САЛОМАТЛИКНИ ТАРҒИБОТИ ВА ПРОФИЛАКТИКАНИНГ АҲАМИЯТИ	677
Умаров Б.А., Махмудова М.Х., Муяссарова М.М., Зукурова Н.Б.	
САЛОМАТЛИКНИ ЯХШИЛАШНИНГ САМАРАЛИ ВОСИТАЛАРИНИ ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА ЖИСМОНИЙ МАШИҚЛАР АСОСИДА БАҲОЛАШ	679
Умаров Б.А., Махмудова М.Х., Муяссарова М.М.	
РОНХОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ АНКЕТАЛАШ ОРҚАЛИ БАҲОЛАШ	681
Умрзоқов Ш.К., Юсупов Ж.Б., Вохидов У.Н.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	683
Уринбоев А.Т., Вохидов У.Н.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.	685
Усманова А., Муратова Н.Д.	
ТИББИЁТ ОЛИЙҒОҲЛАРИДА ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯ АСОСИДА ФИЗИОЛОГИЯ ФАНИДА МАСТИКОЦИОГРАММИНИНГ МУҲИМЛИК ДАРАЖАСИНИ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ	686
Усманова С., Усанова С.Т.	
ОРТОДОНТИК МИКРОИМПЛАНТЛАРНИ ҚЎЛЛАШНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ	687
Усмонова М., Батиров Б., Шаамухамедова Ф.А.	
ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	688
Усмонова М.Д., Саидхонов С.С., Сулаймонова Г.Т., Ахмедова Ф.Н.	
ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	690
Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т.	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С	691

<b>ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА</b>				
<i>Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Н.Х.</i>				
<b>ИЗУЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО</b>	<b>ТОНУСА</b>	<b>У</b>	<b>ВРАЧЕЙ-</b>	<b>692</b>
<b>СТОМАТОЛОГОВ</b>				
<i>Фаттахов Р.А.</i>				
<b>АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	<b>АВТОМАТИЗИРОВАННОГО</b>		<b>693</b>	
<b>РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА</b>				
<i>Хабибуллаев Х., Исмаилова Ш., Абдуганиева Ш.Х.</i>				
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТОНЗИПРЕТ</b>	<b>ПРИ ЛЕЧЕНИИ</b>	<b>695</b>		
<b>БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ С БОЛЕВЫМ</b>				
<b>СИНДРОМОМ В ГЛОТКЕ</b>				
<i>Хайдаров Ф.И., Шарипова А.У.</i>				
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ</b>	<b>699</b>			
<b>НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ</b>				
<i>Хайитмурадова Н.Н., Шамсиев Д.Ф.</i>				
<b>ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ</b>	<b>701</b>			
<b>ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ</b>				
<i>Хакимов А.А.</i>				
<b>ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ТИШЛАР ҚАТОРИДАН СИНИШИДА</b>	<b>702</b>			
<b>ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ</b>				
<i>Хакимов А.А.</i>				
<b>ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ</b>	<b>703</b>			
<b>ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b>				
<i>Хакимова С.И., Шомуродов К.Э.</i>				
<b>ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ У ПОТОМСТВА,</b>	<b>705</b>			
<b>РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ</b>				
<b>ГЕПАТИТОМ И В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ ГЕПАТИТА</b>				
<i>Халиков А.С., Тулеметов С.К.</i>				
<b>ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЗВЕНО НЕОТЛОЖНОЙ</b>	<b>707</b>			
<b>СТОМАТОЛОГИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН</b>				
<b>ВЫЗВАВШИЙ SARS-CoV-2</b>				
<i>Хасанов А.И., Фармонов Ш.Ф.</i>				
<b>КОРРЕКЦИЯ ПЛОСКОСТИ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ НА ОСНОВЕ</b>	<b>708</b>			
<b>ОККЛЮЗИОННО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АНАЛИЗА</b>				
<i>Хасанова Д.Р.</i>				
<b>ВЛИЯНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА</b>	<b>712</b>			
<i>Хасанова Л.Э., Нарова Н.Э.</i>				
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ</b>	<b>713</b>			
<b>ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦА</b>				
<i>Хатамов Э.Б., Шомуродов К.Э.</i>				
<b>ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С</b>	<b>716</b>			
<b>НЕСРАЩЕНИЯМИ ЛИЦА</b>				
<i>Хачак Ю.А.</i>				
<b>ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С</b>	<b>717</b>			

**ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА**

Хачак Ю.А.

КОВИД-19 НИНГ АСОРАТИ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛГАН 718  
 ЮҚОРИ ЖАҒ ДЕФЕКТЛАРИНИ ДЕНТОАЛВЕОЛЯР ПРОТЕЗ-  
 ОБТУРАТОРЛАР ЁРДАМИДА ПРОТЕЗЛАШ

Хидиров Д.Х., Бобомуратова Д.Т., Хасанов А.И., Батырова С.З.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ 719  
 ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Хикматов М.Н., Агзамова С.С.

МЕТОДЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТОВ 720

Хикматуллаев А., Шарипова П.А.

ТРИКОРТИН ПРЕПАРАТИНИНГ БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ 722

ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИДА УЧРОВЧИ КОГНИТИВ  
 БУЗИЛИШЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Ҳикматуллаева Ш.Ш., Дўстмухамедов О.Х., Абдуллаева М.Б.,  
 Ҳайдаров Н.Қ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ 724  
 НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ходжаев А.С., Тумасова М.Ю., Юнусова Л.Р.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- 725  
 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
 ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжаева Ф.Х., Махкамова Ф.Т., Патхиддинов К.З.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ 726  
 ЦЕНТРАЛЬНОГО ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО РАКА

Ходжибекова Ю.М., Султонов Д.С., Юнусова Л.Р.

БЎЙИННИНГ ТУҒМА КИСТАЛАРИ РИВОЖЛАНИШ САБАБЛАРИ ВА 727  
 УЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШНИ  
 ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Холиков А.А., Фаттаева Д.Р.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ 728  
 РАКЕ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Холмухамедов Д.А., Ганиев А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ 730  
 РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ДЕНТАЛЬНЫХ  
 ИМПЛАНТАТОВ

Хомич И.С., Рубникович С.П.

ЦИФРОВОЙ ПРОТОКОЛ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ 731  
 РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ С  
 ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Хомич И.С., Рубникович С.П., Денисова Ю.Л.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ДИЛЯРА ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ 735  
 МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ СМЕННОМ ПРИКУСЕ

Худойберганова Д.К., Сулейманова Д.А.

<i>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С ЛОЖНЫМ МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ</i>	736
<i>Худойберганаева Н.Б., Шомухаммедова Ф.А.</i>	
<i>К ВОПРОСУ О ВЕРОЯТНОЙ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ТГСИ</i>	737
<i>Хуразбаев Ш., Курбанниязова Ш.Э.</i>	
<i>АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА</i>	739
<i>Хусанова Н., Абдурахманова С.И.</i>	
<i>ВЛИЯНИЕ ГЕЛЯ СОДЕРМ®-ФОРТЕ И НОВОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ РЕКСОДА® НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ И ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ У КРЫС</i>	740
<i>Целуйко К.В, Попков В.Л., Галенко-Ярошевский П.А.</i>	
<i>СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	743
<i>Чибисова М.А., Батюков Н.М.</i>	
<i>РАХИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ</i>	746
<i>Шаамухамедова Ф.А., Давронова Л.Ф., Туйчиев Р.В.</i>	
<i>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	748
<i>Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э., Абдурахманов М.М.</i>	
<i>КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА “ESTELITE FLOW QUICK”</i>	750
<i>Шайхутдинова А.И., Танасийчук В.В., Магомедова Х.М.</i>	
<i>ЗАПОМИНАНИЕ ИНФОРМАЦИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНИКИ</i>	751
<i>Шамсиев Д., Сирожиддинова З.М.</i>	
<i>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ</i>	753
<i>Шамсиева Ш.Ф., Абсаламова Н.Ф.</i>	
<i>ЮЗ-ЖАҒ ЖАРРОҒЛИК ОПЕРАЦИЯЛАРИДА КУТИЛҒАН ҚИЙИН ИНТУБАЦИЯ ВА УНИ ҲАЛ ЭТИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ</i>	754
<i>Шарипов И.Л., Холбеков Б.К., Гойибов С.С.</i>	
<i>ТРАВМАТИК СТОМАТИТ БИЛАН ОҒРИҒАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ</i>	756
<i>Шарипова Г.И.</i>	
<i>НАУЧНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С COVID-19</i>	757

<i>Шарипова Д.Ж., Бобомуратов Т.А.</i>	
<i>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ</i>	759
<i>Шералиева С.Ш, Нормуродова А.К.</i>	
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ</i>	760
<i>Шерназаров О.Н., Вохидов У.Н.</i>	
<i>МОТИВАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	762
<i>Шиянова А.Д., Шадрина К.В.</i>	
<i>ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА</i>	763
<i>Шоахмедова К.Н.</i>	
<i>РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАЛАРИ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ҲОЛАТИ</i>	765
<i>Шокирова М.Х., Исирганова С.Н.</i>	
<i>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ</i>	766
<i>Шопулатов И.Б., Индиаминов С.И.</i>	
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ</i>	767
<i>Шукурова У.А., Наврузова Ф.Р., Тошпулатов Б.</i>	
<i>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И РЕСТАВРАЦИОННОЙ СТОМАТОЛОГИИ</i>	770
<i>Эргашев Б.М., Курбанова З.Ф.</i>	
<i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЦИРКОНИЕВЫХ, МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ</i>	772
<i>Эрматова Ф.Р., Хабилов Н.Л.</i>	
<i>ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАСИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИЩДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ</i>	773
<i>Эсонов Ш.Р., Баратова Х.Х.</i>	
<i>ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛОКНИСТОГО ПОЛОИПРОПИЛЕНОВОГО СОРБЕНТА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	774
<i>Эшбадалов Н.Х., Файзиходжаев О.С.</i>	
<i>ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЕПАТИТОВ</i>	775
<i>Эшбадалов У.Х., Махкамова Ф.Т.</i>	

<i>ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ И ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</i>	777
<i>Эшбадалов У.Х.</i>	
<i>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</i>	779
<i>Эшбадалов Х.Ю., Туланов Д.Ш., Файзиходжаев О.С.</i>	
<i>ПРОБЛЕМА ПРИ СОЧЕТАЕМЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</i>	780
<i>Эшбадалов Х.Ю., Файзиходжаев О.С., Насретдинов З.Т.</i>	
<i>ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ</i>	782
<i>Эшбадалов Х.Ю., Парпиев А.Л., Тешабоев М.Г., Исмоилов Ж.И., Комилов У.М.</i>	
<i>ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТИТА</i>	784
<i>Эшбадалова З.Х., Муртазаев С.С.</i>	
<i>ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА</i>	785
<i>Эшбадалова З.Х., Муртазаев С.С.</i>	
<i>ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИГА МУХТОЖ БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ ЎЗГАРИШЛАРИ</i>	787
<i>Эшмуродов Г.Ш., Мунавваров Б.А.</i>	
<i>ИСПРАВЛЕНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРЕПАРАТОМ «ПОЛИСОРБ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ</i>	788
<i>Эшонов Ш.Н. Эшмуродов Г.Ш.</i>	
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКА ИЗ НОСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ</i>	789
<i>Эшонхужаева М.А., Шамсиев Д.Ф.</i>	
<i>ОЦЕНКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ОДОНТОГЕННЫХ КИСТА</i>	791
<i>Юлдашев А.А., Тўйчиев С.Б.</i>	
<i>АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ</i>	792
<i>Юлдашев Б.С., Хаджимуратова М.Х.</i>	
<i>СОННЫЙ ПАРАЛИЧ (ПРИЧИНА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ)</i>	793
<i>Юлдашева М., Гопурова Г.Ф.</i>	
<i>НАНОТЕХНОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА</i>	794
<i>Юлдашева Р., Юнусов М., Мирзахмедова Г.Р.</i>	
<i>НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ</i>	798

## V Международный конгресс стоматологов

Юнусов О.М., Исиргапова С.Н. ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ	С	801
Юнусова К., Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д. РАЦИОНАЛЬНЫЕ И БЕЗОПАСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У БЕРЕМЕННЫХ		802
Юнусова Ш.И., Камилова М.С. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФУРАСОЛА И МАГНИТОИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭНДОДОНТИИ		804
Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА		805
Юсупов А.К., Садыкова Х.К., Мухаммедов И.Ш. ЎТКИР РИНОСИСУСИТДА БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ		807
Юсупов Ж.Б., Умрзоқов Ш.К., Вохидов У.Н. МИКРОФЛОРА НОСОГЛОТКИ ДО И ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА		808
Якубджанов Д.Д., Махкамова Н.Э. ОЦЕНКА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РИНОМАКСИЛЛЯРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ		809
Якубова Ф.Х. ЛЕЧЕНИЕ И ВИЗУАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ НЕПРЯМОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СКУЛООРБИТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ		810
Янгиева Н.Р., Хикматов М.Н. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА С ПЛАЗМА КРОВИ ПАЦИЕНТА	С	812
Ярмухамедов Б. Х., Саитназаров Ж. Э.		