

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№1 (01)2020

ISSN 2181-0966

DOI 10.26739/2181-0966

(Digital Object Identifier)



**ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И
КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

НОМЕР 1, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND
CRANIOFACIAL RESEARCH**

VOLUME 1, ISSUE 1



Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор, ректор
Самаркандского государственного медицинского
института, Узбекистан

Заместитель главного редактора:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич

доктор медицинских наук, доцент Ташкентского
Государственного Стоматологического
Института, Узбекистан

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Дустмухамедов Дильшод Махмудович

доктор медицинских наук, доцент
Ташкентского Государственного
Стоматологического Института, Узбекистан

Шомуродов Кахрамон Эркинович

доктор медицинских наук, доцент, Самаркандского
государственного медицинского института, Узбекистан

Шамсиев Жахонгир Фазлиддинович

доктор медицинских наук, доцент,
Ташкентского Государственного
Стоматологического Института, Узбекистан

Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна

доктор медицинских наук, доцент
Ташкентского Государственного
Стоматологического Института, Узбекистан

Вахидов Улугбек Нуритдинович

доктор медицинских наук, доцент
Ташкентского Государственного
Стоматологического Института, Узбекистан

Муртазаев Саидмуродхон Саидаълоевич

доктор медицинских наук, доцент,
Ташкентский Государственный
Стоматологический Институт, Узбекистан

Шукурова Умида Абдурасулловна

доктор медицинских наук, доцент
Ташкентского Государственного
Стоматологического Института, Узбекистан

Бахритдинова Фазилат Арифовна

доктор медицинских наук, профессор
Ташкентской медицинской Академии, Узбекистан

Бекжанова Ольга Есеновна

доктор медицинских наук, профессор,
Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

Кубаев Азиз Сайдалимович

Ответственный секретарь, PhD, Самаркандский
государственный медицинский институт, Узбекистан

Аветиков Давид Саломонович

доктор медицинских наук, профессор,
Украинская медицинская стоматологическая
академия, Украина

Амхадова Малкан Абдурашидовна

доктор медицинских наук, профессор,
«Московский областной
научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского», Россия

Копбаева Майра Тайтолеуовна

Доктор медицинских наук, профессор, президент
Ассоциации эндодонтистов и пародонтологов
Республики Казахстан, вице-президент
Казахстанской стоматологической ассоциации

Грудянов Александр Иванович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент Национальной Академии
стоматологии Франции, заведующий отделением
пародонтологии Центрального научно-
исследовательского института стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии

Билалов Эркин Назимович

доктор медицинских наук, профессор,
Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Шаковец Наталья Вячеславовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
стоматологии детского возраста, Белорусский
государственный медицинский университет, Белоруссия

Jun-Young Paeng

доктор медицинских наук, профессор
Samsung Medical center, Корея

Jinichi Sakamoto

доктор медицинских наук, профессор
Канадзавского медицинского университета, Япония

Абдувакилов Жахонгир Убайдулла угли

Заведующий кафедра, Самаркандского
государственного медицинского института, Узбекистан.

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

Bosh muharrir:

Rizaev Jasur Alimdjanovich
*tibbiyot fanlari doktori, professor,
Samarqand davlat tibbiyot instituti rektori,
O'zbekiston*

Bosh muharrir o'rinbosarlari:

Yuldashev Abduazim Abduvaliyevich
*tibbiyot fanlari doktori, dotsenti
Toshkent davlat stomatologiya instituti,
O'zbekiston*

TAHRIRIYAT A'ZOLARI:

Do'stmuxamedov Dilshod Mahmudovich
*tibbiyot fanlari doktori, dotsenti
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston*

Shomurodov Kaxramon Erkinovich
*tibbiyot fanlari doktori, dotsent,
Samarqand davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston*

Shamsiev Jaxongir Fazliddinovich
*tibbiyot fanlari doktori, dotsent,
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Yusupalikxo'jaeva Saodat Hamidullaevna
*tibbiyot fanlari doktori, dotsenti
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Vohidov Ulug'bek Nuritditnovich
*tibbiyot fanlari doktori, dotsenti
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Murtazayev Saidmurodixon Saidayloevich
*Tibbiyot fanlari doktori, dotsent,
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Shukurova Umida Abdurasulovna
*tibbiyot fanlari doktori, dotsenti
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Baxritdinova Fazilat Arifovna
*tibbiyot fanlari doktori, professori
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston*

Bekjanova Olga Esenovna
*tibbiyot fanlari doktori, professor,
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston*

Kubayev Aziz Saydalimovich
*Ijrochi kotib, Samarqand davlat
tibbiyot instituti, O'zbekiston*

Avetikov David Salomonovich
*tibbiyot fanlari doktori, professor, Ukraina
stomatologiya tibbiyot akademiyasi, Ukraina*

Amxadova Malkan Abdurashidovna
*tibbiyot fanlari doktori, professor, "M.F. Vladimirskiy
nomidagi Moskva ilmiy-tadqiqot klinik instituti", Rossiya*

Kopbaeva Maira Taitoleuovna
*tibbiyot fanlari doktori, professor, Qozog'iston
Respublikasi Endodontistlar va Periodontistlar
assotsiatsiyasi prezidenti, Qozog'iston Stomatologlar
Assotsiatsiyasi vitse-prezidenti*

Grudyanov Aleksandr Ivanovich
*tibbiyot fanlari doktori, professor, Frantsiya
Milliy stomatologiya akademiyasining muxbir a'zosi,
Markaziy ilmiy-tadqiqot stomatologiya va yuz-jag'
jarrohligi instituti Periodontologiya bo'limi boshlig'i*

Bilalov Erkin Nazimovich
*tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent
Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston*

Shakovets Natalya Vyacheslavovna
*tibbiyot fanlari doktori, professori
Belarus davlat tibbiyot universiteti, Belarusiya*

Jun-Young Paeng
*tibbiyot fanlari doktori, professori
Samsung tibbiy markazi, Koreya*

Jinichi Sakamoto
*tibbiyot fanlari doktori, professori
Kanazava tibbiyot universiteti, Yaponiya*

Abduvakilov Jaxongir Ubaydulla o'g'li
*kafedra mudiri, Samarqand Davlat
Tibbiyot Instituti, O'zbekiston*

Sahifalovchi: Xurshid Mirzaxmedov

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Тадқиқот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimdjanovich

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of the Samarkand State Medical Institute,
Uzbekistan*

Deputy Chief Editor:

Yuldashev Abduazim Abduvalievich

*Doctor of Medical Sciences, Associate
Professor of the Tashkent State Dental Institute,
Uzbekistan*

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Dustmukhamedov Dilshod Makhmudovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Shomurodov Kakhramon Erkinovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, the
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan*

Shamsiev Jahongir Fazliddinovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Yusupalikhodjaeva Saodat Hamidullaevna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Vakhidov Ulugbek Nuritdinovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Murtazaev Saidmurodkhon Saidaloevich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Shukurova Umida Abdurasulovna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Bahritdinova Fazilat Arifovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor of
the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan*

Bekjanova Olga Esenovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

Kubayev Aziz Saydalimovich

*Executive Secretary, PhD, Samarkand State
Institute Of Medicine, Uzbekistan*

Avetikov David Salomonovich

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Ukrainian Medical Dental Academy, Ukraine*

Amkhadova Malkan Abdurashidovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
"Moscow Regional Clinical Research Institute
named after M.F. Vladimirovsky", Russia*

Kopbaeva Maira Taitoleuovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor, President
of the Association of Endodontists and Periodontists
of the Republic of Kazakhstan, Vice President of the
Kazakhstan Dental Association*

Grudyanov Alexander Ivanovich

*Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding
Member of the National Academy of Dentistry of France,
Head of the Department of Periodontology of the Central
Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery*

Bilalov Erkin Nazimovich

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan*

Shakovets Natalya Vyacheslavovna

*Doctor of Medicine, Professor of Belarusian
State Medical University, Belarus*

Jun-Young Paeng

*Doctor of Medicine, Professor,
Samsung Medical center, Korea*

Jinichi Sakamoto

*Doctor of Medicine, Professor of the
Kanazawa Medical University, Japan*

Jakhongir U. Abduvakilov

*Head of the Department of
Samarkand state medical institute, Uzbekistan*

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадқиқот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение Ректор Самаркандского государственного медицинского института и главный редактор.....	7
1. Шомуродов К.Э., Мусаев Ш.Ш., Олимжонов К.Ж. ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ИММОБИЛИЗАЦИИ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ.....	8
2. Indiaminova G.N., Zoyirov T.E. MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISHNI OPTIMALLASHTIRISH.....	12
3. Габриелян А.Г., Каганов О.И., Владимирова Т.Ю., Постников М.А., Осокин О.В. МЕСТО БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	15
4. Батиров Б.А., Софиева Н.Б., Бафоев Б.Ю. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ.....	19
5. Kubaev A.S., Rizaev J.A., Akhrorova M.S., Aminov Z.Z., Ibragimov Sh.U. COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODS FOR TREATING DEPRESSED FRONTAL SINUS FRACTURES.....	25
6. Хушвакова Н.Ж., Нурмухамедов Ф.А., Болтаев А.И. СУРУНКАЛИ ДАКРИОЦИСТИТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.....	29
7. Батиров Б.А., Софиева Н.Б., Бафоев Б.Ю. ПЛАНИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА.....	33
8. Хайдаров А.М., Шокиров Д.А., Ахмадалиев Н.Н. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ-АОС У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ.....	37
9. Азимов М.И., Шомуродов К.Э. СОВРЕМЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УРАНОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА.....	40
10. Хушвакова Н.Ж., Давронова Г.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ.....	43
11. Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А., Шамсиев Р.А., Зайниев С.С. СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА.....	48
12. Шукуров Ш.Ш., Арзикулова М.Ш., Санакулов М.А. ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИ НОКАРИОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИНИ БАҲОЛАШ.....	52
13. Азимов А.М., Азимов И.М. ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	55
14. Искакова М.К., Акжигитов А.А. АМИЛОИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	59
15. Насретдинова М.Т., Карабаев Х.Э. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРА СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ.....	65
16. Xushvakova N.J., Ochilov T.M., Xamrakulova N.O. SURUNKALI ODONTOGEN GAYMORIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY BANOLASH.....	68
17. Храмова Н.В., Махмудов А.А., Хусанова Ю.Б. ЭКВИВАЛЕНТЫ КОЖИ: ЗА И ПРОТИВ.....	72



Уважаемые авторы и читатели!

Перед Вами первый номер нового научно-практического «Журнала стоматологии и краниофациальных исследований».

Выпуск журнала - результат усилий команды Самаркандского государственного медицинского института и их коллег, ведущих ученых, специалистов медицинских вузов и научно-исследовательских центров Республики, которые с энтузиазмом воплотили в жизнь свою идею по созданию современного научного издания для открытой публикации научных трудов.

Журнал стоматологии и краниофациальных исследований является рецензируемым журналом, который посвящен развитию науки и практики в заболеваниях полости рта и связанных с ним структур, глаз и его придаточного аппарата, уха, горла и носа, травмы и дефекты головы, шеи, лица и челюстей.

Журнал создан как первое современное и инновационное on-line научное периодическое издание в Узбекистане в области стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, отоларингологии и офтальмологии, а также смежных клинических и фундаментальных дисциплин.

Мы открыты для конструктивной критики, диалога и новых предложений. Рассчитываем, что с Вашей помощью наш журнал станет одним из лидирующих периодических научно-практических изданий в области медицины.

В первом выпуске представлены 17 научно-практических работ, это оригинальные исследования, обзоры литературы, представляющие теоретический, научный и практический опыт диагностики, лечения и заболеваний полости рта, челюстно-лицевой области, отоларингологии и офтальмологии.

Журнал рад пригласить исследователей теории и практики, поделиться своим опытом работы, мыслями, идеями, концепциями, рассказать о достижениях, результатах творческого поиска.

Надеемся, что на страницах нашего журнала вы найдете интересную и полезную для себя информацию, примете активное участие в обсуждении актуальных профессиональных проблем, станете постоянными собеседниками коллег и нашими партнерами.

Желаем всем продуктивности и много хороших статей, а это невозможно без общих усилий – и ваших, наших читателей и коллег, и наших, сотрудников журнала и членов редакции.

Пожелаем удачи журналу и в добрый путь!

*Ректор Самаркандского государственного
медицинского института и главный редактор*

профессор Ж.А. РИЗАЕВ



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шомуродов Кахрамон Эркинович,
Мусаев Шамшод Шухратович,
Олимжонов Камрон Жасурович
Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ИММОБИЛИЗАЦИИ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-1>

АННОТАЦИЯ

Проведено изучение гигиены полости рта и состояния тканей пародонтального комплекса у 54 детей с переломами нижней челюсти при различных способах иммобилизации челюстей. Проведено ретроспективное исследование 757 историй болезни детей с переломами костей челюстно-лицевой области. Наиболее выраженное негативное влияние на ткани пародонтального комплекса и уровень гигиены полости рта оказывает шинирование с помощью двучелюстных назубных шин Тигерштедта, а при использовании остеосинтеза - изменения есть, но они не столь выражены.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, иммобилизация, состояние пародонта, гигиена полости рта, дети.

Шомуродов Кахрамон Эркинович,
Мусаев Шамшод Шухратович,
Олимжонов Камрон Жасурович
Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон

БОЛАЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ИММОБИЛИЗАЦИЯ УСУЛЛАРИНИНГ ПЕРИОДОНТ ТЎҚИМАСИГА ТАЪСИРИ

АННОТАЦИЯ

54 нафар пастки жағнинг синиши ва уларда жағнинг турли усуллар билан иммобилизацияси бўлган болада оғиз гигиенаси ва пародонтал комплекс тўқималарининг ҳолати тадқиқ қилинди. Юз-жағ соҳасининг суяклари синишини ўтказган болаларнинг 757 та касаллик тарихини ретроспектив ўрганиши ўтказилди. Пародонтал комплекс тўқималарига ва оғиз бўшлиғининг гигиенасига энг негатив иккала жағ тиш усти Тигерштедт шиналари ёрдамида шиналаш таъсир кўрсатади, остеосинтез қўлланилишида эса ўзгаришлар мавжуд лекин яққоллиги сезиларли даражада эмас.

Калит сўзлар: пастки жағнинг синиши, иммобилизация, пародонтал ҳолат, оғиз гигиенаси, болалар.

Shomurodov Qaxramon Erkinovich,
Musaev Shamshod Shuxratovich
Olimjonov Kamron Jasurovich
Tashkent State Dental Institute. Uzbekistan

INFLUENCE OF IMMOBILIZATION METHODS ON PERIODONTAL TISSUES DURING TREATMENT FRACTURES OF THE LOWER JAW IN CHILDREN

RESUME

The study of oral hygiene and the state of the tissues of the periodontal complex in 54 children with mandibular fractures with various methods of immobilization of the jaw. A retrospective study of 757 case histories of children with bone fractures of the maxillofacial region was conducted. The most pronounced negative impact on the tissues of the periodontal complex and the level of oral hygiene is provided by splinting with Tigerstedt double-jawed tooth splints, and when using osteosynthesis, there are changes, but they are not so pronounced.

Keywords: mandibular fracture, immobilization, periodontal condition, oral hygiene, children.

Актуальность. Несмотря на значительные успехи детской челюстно-лицевой хирургии (ДЧЛХ), реабилитация детей с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области представляет одну из актуальных проблем современной ДЧЛХ и стоматологии. Переломы нижней челюсти (ПНЧ), в том числе и у детей, по частоте встречаемости занимают первое место среди переломов костей челюстно-лицевой области (ЧЛО) и составляют, по данным разных авторов, до 90 % всех переломов [1,2,4-6,8,10-16].

По данным И.Г. Лесовой и А. Басти до 97% больных с травматическими повреждениями костей ЧЛО имеют ПНЧ. При этом, около 40% из них, осложняются различными гнойно-воспалительными процессами с последующим нарушением костной интеграции отломков [2,3,7,9].

Несмотря на то, что постоянно проводятся работы над улучшением комплексного лечения ПНЧ, частота осложнений достигает до 41%, что не позволяет говорить об эффективности существующих на данный момент методов лечения [2,3,7,11,15].

Морфологические особенности строения молочных зубов (малый размер коронковой части, слабо выраженная анатомическая шейка), физиологические тремы и диастемы между временными зубами, недостаточное количество опорных зубов в сменном прикусе, физиологическая резорбция корней молочных, несформированные корни постоянных зубов и др. ведут к ограничению возможности применять у детей проволочных назубных шин для иммобилизации НЧ при ПНЧ, широко применяющихся у взрослых.

Однако, несмотря на это, в нашей стране для временной или постоянной иммобилизации нижней челюсти (НЧ) у детей врачи часто используют ортопедические методы лечения, которые предусматривают закрепление и иммобилизацию отломков НЧ с помощью внутриротовых шин, главным образом проволочных алюминиевых назубных шин с межчелюстной фиксацией – индивидуальные шины Тигершедта и гладкая шина-скоба, которые фиксируются в пришеечной области зубов с помощью лигатурной бронзо-алюминиевой проволоки или проволоки из нержавеющей стали диаметром 0,5-0,6 мм. (рис. 1). В связи с этим как в момент фиксации шин, так и на протяжении всего времени нахождения их в полости рта происходит неизбежное травмирование тканей пародонтального комплекса. Наличие ортопедических конструкций для иммобилизации НЧ приводит к затруднению проведения гигиенических процедур, естественного самоочистения полости рта, что ведет к увеличению количества патогенных микроорганизмов. Наибольшие микробные скопления образуются в межзубных промежутках, физиологических десневых карманах (гингивальной борозде) (рис. 2).

Значительное ухудшение гигиенического состояния полости рта, в том числе за счет травмирующего воздействия шин, приводит к развитию воспалительных патологических процессов в области маргинального пародонта либо усугубляет уже имеющуюся. Длительное время ношение ортопедических конструкций является фактором риска развития гнойно-воспалительных осложнений переломов [2,3,7].



Рис. 1. Шинирование с помощью шин Тигершедта



Рис. 2. Схематичное изображение и фотография травмированной маргинальной части тканей пародонтального комплекса при наложении лигатур для фиксации шины.

Цель исследования: изучить влияние методов иммобилизации на состояние тканей пародонта и гигиены полости рта у детей с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 757 историй болезни детей, госпитализированных в отделение ДЧЛХ клиники Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) с переломами костей челюстно-лицевой области в период 2007-2018 гг.

Проспективно было обследовано 36 детей с ПНЧ, находившихся на стационарном лечении в отделении ДЧЛХ клиники ТГСИ, и 18 здоровых детей в возрасте до 18 лет без

соматических патологий. Контингент обследуемых детей разделены на 3 группы: 1 группа – 18 детей, которым для фиксации ПНЧ проведена традиционная иммобилизация двучелюстными назубными шинами Тигерштедта. 2 группа – 18 детей, которым проведена операция остеосинтез НЧ для лечения ПНЧ. 3 группа (контрольная) – 18 практически здоровых детей без каких-либо выраженных соматических и стоматологических заболеваний. У всех обследуемых детей проведено изучение гигиены полости рта и состояния тканей пародонтального комплекса.

Состояние гигиены полости рта оценивали по индексу гигиены Федорова-Володкиной (ИГФВ), интенсивность и распространенность воспалительных процессов тканей десны определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), предложенного Massler и Schour, в модификации Parma. Если воспалительный процесс имеется в сосочковой части десны (papilla) – 1 балл, в краевой части (marginum) – 2 балла, в прикрепленной десне (attached) – 3 балла. Индекс РМА рассчитывали по формуле:

$$РМА = \frac{\text{Сумма показателей в баллах} \times 100}{3 \times \text{число зубов у обследуемого}}$$

Обследование пациентов проводили в динамике лечения 2 раза: перед фиксацией челюстей и через 30 дней или при снятии шин (для 1 группы).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам ретроспективного анализа выявлено, что среди переломов костей ЧЛО по частоте встречаемости в 67,2% (n=509) случаях были переломы НЧ, 14,9% (n=113) переломы костей носа, 8,1% (n=61) переломы альвеолярного отростка, 5,9% (n=45) переломы скуловой кости, 3,8% (n=29) переломы верхней челюсти (табл. 1).

Таблица 1

Структура переломов костей ЧЛО у детей (n=757)

Локализация перелома	Частота встречаемости (n) (%)
Нижняя челюсть	509 (67,2)
Кости носа	113 (14,9)
Альвеолярная кость	61 (8,1)
Скуловая кость	45 (5,9)
Верхняя челюсть	29 (3,8)
Всего:	757 (100)

Наиболее частая причина травматических повреждений ЧЛО у детей - падение. При лечении ПНЧ в 82,6% случаях проведена иммобилизация с помощью шины Тигерштедта, в 11,9% остеосинтез, 5,5% случаях иммобилизация с помощью гладкой шиной-скоба. Ретроспективный анализ показал, что в историях болезни не зафиксировано исходное состояние тканей пародонта и состояние после лечения ПНЧ.

В начале исследования ИГФВ у детей всех групп статистически значимых различий не имели и находились в диапазоне от 1,8±0,06 до 2,1±0,1 баллов (p>0,05).

Сравнение результатов с контрольной группой показало, что у пациентов 1-й группы и 2-й группы уровень гигиены полости рта значительно хуже -1,8±0,06 и 2,1±0,1 против 1,7±0,07 баллов (p<0,05-0,01), что является последствием травматического повреждения.

При первичном обследовании воспалительные процессы десны у всех детей более выражено, чем в 3 группе (p<0,01). РМА имеет наиболее высокие показатели во 2-ой группе детей- 27,4±1,3% против 1-ой группы 24,5±2,2%.

При обследовании через 30 дней установлено

дальнейшее ухудшение состояния гигиены полости рта у детей 1 группы. Во 2 группе состояние гигиены полости рта остался на прежнем уровне. Сравнение состояния гигиены на 2 этапе исследования показало, что самая неудовлетворительная гигиена у детей, которым для фиксации челюстей проводилось с наложением назубных шин Тигерштедта, - 3,8±0,2 против 2,4±0,06 баллов (2 группа) (p<0,001).

На заключительном осмотре прирост значений РМА в 1-й и 2-й группах составил соответственно 75,3% и 45,2% по сравнению с первоначальными значениями (рис. 3., рис.4.).



Рис. 3. Состояние десны до (слева) и после (справа) снятия шины Тигерштедта



Рис. 4. Состояние тканей пародонта после снятия шины Тигерштедта

Заключение. Наиболее частый вид переломов костей ЧЛО у детей являются переломы нижней челюсти. Наиболее

выраженное отрицательное влияние на ткани пародонтального комплекса и на состояние гигиены полости рта оказывает двучелюстное шинирование, а при хирургическом лечении (остеосинтез НЧ) изменения есть, но они не столь выражены. Лечение ПНЧ у детей с помощью остеосинтеза проводится редко и по строгим показаниям. Это объясняется тем, что травмирование зоны роста нижней челюсти при остеосинтезе может в дальнейшем приводить к недоразвитию НЧ у детей.

Для предотвращения воспалительных процессов в тканях пародонта при лечении ПНЧ необходимо разработать и использовать новые, более щадящие методы может предотвратить осложнение воспалительных

лечения с использованием различных ортодонтических конструкций и композитных пломбирочных материалов.

Назначение различных современных антисептических ополаскивателей и использование большими (родителями) ирригаторов может улучшить состояние гигиены полости рта и уменьшить риск развития воспалительных процессов в тканях пародонтального комплекса при лечении ПНЧ у детей.

Перед и после лечения ПНЧ зафиксировать в истории болезни пародонтологический статус больных и при необходимости назначить консультацию пародонтолога

заболеваний пародонта.

Список литературы:

1. Азимов М.И. Болалар жаррохлик стоматологияси / Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик. Тошкент, – 2013. – 537 с.
2. Аргюшкевич А.С. Ошибки и осложнения при лечении переломов нижней челюсти // Современная стоматология. – 2016. № 4 (65). – С. 40-41.
3. Баскаков А.П., Миленин С.В. Профилактика заболеваний пародонта у пациентов с иммобилизацией челюстей при переломах нижней челюсти // Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. LIII междунар. студ. науч.-практ. конф. – 2018. № 18(53). – С. 30-35.
4. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М.: Медицинская литература, 2006. 456 с.
5. Брагина В.Г., Горбатова Л.Н. Травма челюстно-лицевой области у детей // Экология человека. – 2014. – №2. – С. 20-24
6. Иванова М.С., Александрова Е. Г. Переломы нижней челюсти у детей // Вопросы науки и образования. – 2018. – № 11 (23). – С. 90-92.
7. Побожьева Л. В., Копецкий И. С. Пародонтологический статус пациентов с переломами челюстей // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2012. – № 3. – С. 46-49.
8. Семенов М.Г. Переломы нижней челюсти у детей: Учебное пособие - СПб.: Человек, – 2012. – 36 с.
9. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Травмы челюстно-лицевой области у детей. М.: МЕДпресс-информ, – 2003. – 102 с.
10. Шомуродов К.Э., Курьязова З.Х., Исомов М.М., Файзиев Б.Р., Мукумов И.И. Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты // Среднеазиатский научно-практический журнал "Stomatologiya" – 2017. – №2(67). – С. 78-81
11. Якубов Р.К., Мухамедов И.М., Ходжиметов А.А., Файзиев Б.Р., Шарипова А.У., Якубов Р.Р. Комплексная диагностика и лечение переломов нижней челюсти у детей: Метод. рекомендации для практических врачей-стоматологов общей практики, челюстно-лицевых хирургов, магистров. – Ташкент, – 2009. – 15 с.
12. Anita H., Arun K. Management of mandible fractures in pediatric patients // Acta Biomedica Scientia. – 2015. – № 2(4). – P. 173-176.
13. Balakrishnan R., Ebenezer V. Management of Mandibular Body Fractures in Pediatric Patients // Biomedical and Pharmacology Journal. – 2015. – Vol. 8, № october Spl Edition. – P. 369-373.
14. Demir E. et al. Paediatric mandibular fractures: A retrospective study of 15 patients // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2016. – Vol. 54, № 10. – P. e113-e114.
15. Kumar N., Richa, Gauba K. Modified closed cap splint: Conservative method for minimally displaced pediatric mandibular fracture // Saudi Dent J. – 2018. – Vol. 30, № 1. – P. 85-88.
16. Lee J. W., Choi B. J., Nam O. H., Kwon Y. D. Minimal invasive treatment using patient-specific template for mandibular fractures in children: "Wing-splint" by CAD/CAM technology // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2016. – Vol. 54, № 10. – P. 1140-1141.
17. Rizaev, J. A., Maeda, H., & Khramova, N. V. (2019). Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 27(1), 22–23. <https://doi.org/10.4993/acrt.27.22>
18. Dushmanamedov, M. Z., Rizaev, J. A., Dushmanamedov, D. M., A. Khadjimetov, A., & A. Yuldashev, A. (2020). COMPENSATOR-ADAPTIVE REACTIONS OF PATIENTS' ORGANISM WITH GNATHIC FORM OF DENTAL OCCLUSION ANOMALIES. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(02), 2142–2155. <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i4/pr201325>
19. Dushmanamedov, D. M., Rizaev, J. A., Dushmanamedov, M. Z., & Yuldashev, A. A. (2020). Characteristics of clinical-morphometric parameters and evaluation of results of surgical treatment of patients with gnathic forms of occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(4), 2156–2169. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326>
20. Rizaev, J., Kubayev, A. (2020) Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognathia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12(1) 1208–1212. <https://doi.org/10.31838/IJPR/2020.12.01.198>



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Indiaminova Gavhar Nuriddinova,
Zoyirov To'lqin Elnazarovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISHNI OPTIMALLASHTIRISH



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-2>

ANNOTATSIYA

Og'iz bo'shlig'i salomatlik holati har bir inson shaxsiyatining jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonligining muhim tarkibiy qismidir. Hozirgi kunda dunyo miqyosida tish kariesi va parodont to'qimasi kasalliklari nafaqat katta yoshlilar, balki aholining kichik yoshli qatlami o'rtasida ham eng keng tarqalgan tish kasalligi bo'lib qolmoqda. Sog'lom bolalarda o'tkazilgan so'nggi epidemiologik tekshiruvlarga ko'ra, stomatologik kasalliklar ko'rsatkichi yuqori darajada bo'lib, kariesning tarqalishi sog'lom bo'lgan 12-15 yoshli bolalar guruhlarida o'rtasida 63,3-83,4% va 81,7-88,7%, intensivligi 3,02-3,75 va 4,6 - 5,73, hamda sog'lom 12 yoshli bolalar guruhida parodont to'qimasi kasalliklarining tarqalishi 37,8% dan 50% gacha, 15 yoshli bolalar guruhida 57,7% dan 84,7% gacha. Karies kasalligining tarqalishi maktabgacha va maktab yoshidagi aqli zaif bolalarda ham yuqori darajani tashkil etadi, yengil darajadagi aqliy zaifligi (YAZ) bo'lgan 13-18 yoshli bolalarda kariyesning intensivligi yuqori. Ushbu ko'rsatkichlar yoshga qarab ortib boradi va asosiy kasallikning og'irligiga bog'liq. Turli darajadagi aqliy zaiflik nuqsoni mavjud bolalarda parodont to'qimasi kasalliklari va prikus patologiyalarining tarqalishi 100% ga yetadi.

Kalit so'zlar: Tish kariesi, parodont to'qimasi kasalliklari, prikus patologiyalari, aqliy zaif bolalar, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi, stomatologik kasalliklar profilaktikasi mahsus dasturi.

Индиаминова Гавхар Нуриддинова,
Тулкин Эльназарович Зоиров
Самаркандский государственный
медицинский институт, Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМ ДЕТЯМ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ

АННОТАЦИЯ

Состояние здоровья полости рта является важной составляющей физического, психического и социального благополучия каждого человека. Сегодня кариес и заболевания пародонта остаются наиболее распространенным заболеванием зубов не только среди взрослых, но и среди более молодых слоев населения во всем мире. Согласно недавним эпидемиологическим исследованиям, проведенным на здоровых детях, заболеваемость зубной патологией высока, причем распространенность кариеса среди здоровых возрастных групп 12–15 лет составляет 63,3–83 года, 4% и 81,7–88,7%, интенсивность 3,02–3,75 и 4,6–5,73, а распространенность заболеваний тканей пародонта в группе здоровых 12-летних детей колебалась от 37,8% до 50%. В 15-летней группе детей она колебалась от 57,7% до 84,7%. Распространенность кариеса также высока у детей с умственной отсталостью дошкольного и школьного возраста, в то время как интенсивность кариеса выше у детей в возрасте 13–18 лет с легкой умственной отсталостью (ЛУО). Эти показатели увеличиваются с возрастом и зависят от тяжести основного заболевания.

Ключевые слова: кариес зубов, заболевания тканей пародонта, патологии прикуса, умственно отсталые дети, гигиена полости рта, специальная программа профилактики стоматологических заболеваний.

Indiaminova Gavkhar Nuriddinovna,
Zoirov Tulkin Elnazarovich
Samarkand state medical institute, Uzbekistan

OPTIMIZATION OF THE PROVISION OF DENTAL CARE FOR MENTALLY RETARDED CHILDREN IN SPECIAL SUPPORT SCHOOLS

ANNOTATION

The state of oral health is an important component of the physical, mental and social well-being of every person. Today, tooth decay and periodontal disease remain the most common dental disease not only among adults, but also among younger people throughout the world. According to recent epidemiological studies conducted on healthy children, the incidence of dental pathology is high, and the prevalence of caries among healthy age groups of 12-15 years is 63.3-83 years, 4% and 81.7-88.7%, intensity 3.02 -3.75 and 4.6-5.73, and the prevalence of periodontal disease in the group of healthy 12-year-olds ranged from 37.8% to 50%, in the 15-year-old group of children, it ranged from 57.7% to 84,7%. The prevalence of caries is also high in children with mental retardation of preschool and school age, while the intensity of caries is higher in children aged 13-18 years with mild mental retardation (LUO). These indicators increase with age and depend on the severity of the underlying disease.

Key words :dental caries, periodontal tissue diseases, occlusion pathologies, mentally retarded children, oral hygiene, a special program for the prevention of dental diseases

Mavzuning dolzarbligi

JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining qariyb 15% nogiron insonlar tashkil qiladi [11]. Bu 650 million kishiga to'g'ri kelib, ularning 200 millioni bolalardir. Populyatsiyada aqliy zaiflikning (AZ) tarqalishi 1% dan 3% gacha [12]. Aqliy zaiflikning eng keng tarqalgan shakli - bu yengil darajadagi aqliy zaiflik bo'lib, psixik rivojlanishning kichik darajadagi nuqsonlari namoyon bo'lishi bilan tavsiflanadi va jami aqlan zaif odamlar aholisining 75-89 foizini tashkil qiladi; O'rtacha darajadagi aqliy zaiflik ko'rsatkichi - taxminan 10%, og'ir va chuqur darajadagi aqliy zaiflik ko'rsatkichlari mos ravishda 4% va 1% ni tashkil etilishi aniqlangan [7, 10]. L.L. Fayzullinaning (2010) fikriga ko'ra, aqli zaifligi tufayli birlamchi nogironligi mavjud bolalarda yengil darajadagi aqliy zaiflik- 49,6%; o'rtacha darajadagi aqliy zaiflik - 45,8%; og'ir va chuqur darajadagi aqli zaif bolalar ko'rsatkichi esa birmuncha kam bo'lib, mos ravishda - 2,3% va 2,3%ni tashkil etadi.

2017 yilga kelib O'zbekistonda 670866 nafar nogironligi bo'lgan shaxslar ro'yxatga olingan bo'lib, ularning 100827 nafarini (15,0%) 18 yoshgacha bo'lgan bolalardan iborat. 18 yoshgacha bo'lgan voyaga yetmaganlar orasida nogironligi bo'lgan shaxslarning 45,9 foizini yoki 45134 nafarini ayollar tashkil qiladi [14]. Nogironlikning sabablari tarkibida 51,9% asosiy qismi "umumiy kasalliklar tufayli", keyin 42,5% «bolalikdan nogironlik», qolgan sabablar esa 5,6% ni tashkil qiladi. Nogironlik sabablari (kasalliklar sinflari va alohida kasalliklar) taqsimotiga ko'ra eng ko'p ulush, ya'ni 19,2 foiz "Ruhiyat va xulq atvor buzilishi" xastaligiga to'g'ri keladi [11]. Nogironligi bo'lgan shaxslarning statistik hisobi O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi Respublika tibbiy - ijtimoiy ekspertiza komissiyasining birlamchi ma'lumotlariga asoslanadi.

Bir qator tadqiqotlar olib borilganligi va turli chora-tadbirlar tadbiriq etilganligiga qaramay, aqli zaif bolalarda tish kasalliklarining tarqalishi va intensivligi yuqori darajada [8,5,9,12,14], bundan tashqari, bu ko'rsatkichlar yoshga qarab o'sib boradi va asosiy kasallikning og'irligiga bog'liq holda kechadi [5,9].

Aqliy zaiflikning klinik ko'rinishi faqat intellektual yetishmovchiliklar bilan cheklanib qolmaydi hamda bir qator hamroh kasalliklar bilan namoyon bo'ladi: psixopatologik kasalliklar (95,5%), nevrologik patologiya (43,8%), somatik kasalliklar (58,9%).N.R. Lebedeva (2009) o'tkazgan tadqiqotlarga ko'ra, aqliy zaif bolalarda nevrologik kasalliklar orasida eng keng tarqalgan holatbolalar serebral paralichi hisoblanadi. Ushbu patologiya yengil darajadagi aqliy zaifligi

mavjud bolalarning 5,4 foizida, o'rtacha darajadagi aqli zaifligi mavjud bolalarning 16,3 foizida kuzatilgan va ushbu patologiyaning maksimal soni og'ir darajadagi aqliy zaifligi mavjud bo'lgan bolalarda kuzatilgan - va 60,0 foizni tashkil etgan. Gidrosefaliya esayengil darajadagi aqliy zaifligi mavjud bolalarning 11,2% ida, 27,9% o'rtacha va 43,3% og'ir aqliy zaifligi mavjud bo'lgan bolalarda uchraydi [1,5,9].

Aqli zaif bolalar asosiy nevrologik kasalliklari yuzasidan bir qancha dori preparatlari, shu jumladan neyroleptiklar, antidepressantlar, trankvilizatorlar, nootropiklar kabi dorilarni doimiy qabul qiladi va ular giper- yoki giposalivatsiyaga olib kelishi mumkin, og'riq sezuvchanligini kamaytirishi tufayli esa tish kasalliklarining o'tkir shaklini surunkali holatga o'tkazishga yordam beradi [6]. Aqli zaif bolalarda ko'p hollarda xatti-harakatlarni nazorat qila olmaslik, tayanch-harakat tizimi buzilishi va nutqning rivojlanmaganligi kabi nuqsonlar kuzatiladi hamda ushbu holatlar ularga nisbatan stomatologik yordam ko'rsatishda aloqani qiyinlashtiradi va umumiy og'riqsizlantirish sharoitida muolaja o'tkazishni talab qiladi [7], ammo hamroh bo'lgan og'ir somatik patologiya ko'pgina hollarda bunday usulga ham to'sqinlik qiladi [3]. Bundan tashqari, ushbu turdagi barcha muassasalarda ham stomatologiya bo'limlari mavjud emas. Bularning barchasi nogiron bolalarga stomatologik yordamning yangi shakllarini izlashni va ularning muhim tarkibiy qismlaridan biri profilaktika bo'lishi lozimligini talab qiladi [5,6]. Hozirgi kungacha dunyo miqyosida aqli zaif bolalarda tish kasalliklarining profilaktikasi bo'yicha dasturlarni amalga oshirishga urinishlar bo'lgan, ammo ularning aksariyati yengil aqliy rivojlanish nuqsoni bo'lgan bolalarga qaratilgan va samaradorlik darajasi yuqori bo'lmagan edi [2,7,4]. Ushbu bolalarni og'iz bo'shlig'i gigienasi ko'nikmalariga o'rgatish usullari ularning yashash sharoitlarini shakllantirishni hisobga olmaydi va o'zaro ajralib turmaydi. Shunday qilib, aqliy zaif bolalar uchun tish kasalliklari profilaktikasi bo'yicha dasturning ishlab chiqilishi nafaqat aqliy zaiflik darajasini, balki ularning og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish ko'nikmalarini, shuningdek, bolaning yashash sharoiti va ovqatlanishini hisobga olgan holda ishlab chiqilishi zarur bo'lib, mazkur holat nafaqat tibbiyot doirasida, balki jamiyatning ijtimoiy hayotida ham muhim va aktual muammolardan biridir.

Tadqiqotning maqsadi

Aqliy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan bolalar o'rtasida og'iz bo'shlig'i kasalliklari profilaktikasi bo'yicha dasturni kiritish orqali ularning imkoniyatlari cheklanganligini hisobga olgan

holda terapevtik va profilaktik stomatologik yordam ko'rsatish samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiali va metodlari

Ushbu tadqiqot Samarqand viloyati hududida joylashgan 1 va 62-sonli aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maxsus maktablar, 5-sonli Kattaqo'rg'on tuman aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maktab-intrenat hamda 63-sonli Oqdaryo tuman aqli zaif bolalar uchun ixtisoslashtirilgan maktab-internatlarining 6, 9 va 12 yoshli tarbiyalanuvchilarini o'z ichiga olib, ular o'rtasidagi og'iz bo'shlig'i gigiyenik holati, tish kariesi va parodont to'qimasi kasalliklari o'rganib chiqildi va stomatologik kasalliklar profilaktikasiga bo'yicha maxsus aqli zaif bolalarga yo'naltirilgan dastur qo'llanildi. Tadqiqot doirasiga olingan bolalar yoshiga, jinsiga, ovqatlanish rejimiga, asosiy nevrologik kasalliklari turiga, Daun sindromi mavjudligiga va ularning ijtimoiylashish darajasiga ko'ra bir qancha guruhlariga bo'lingan holda og'iz boshlig'i holati o'rganiladi, ularga stomatologik kasalliklar profilaktikasiga yo'naltirilgan maxsus dastur ma'lum vaqt davomida qo'llanilib, samaradorlik darajasi aniqlab boriladi. Tadqiqot statistik, klinik, anketalash, laborator-mikrobiologik, o'giz bo'shlig'i gigiyenasi indekslarini aniqlash metodlari asosida o'tkazildi.

Kutilayotgan natijalar:

Tadqiqot davomida 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan maxsus maktabarda tarbiyalanuvchi aqli zaif bolalarda og'iz bo'shlig'i kasalliklari profilaktikasining maxsus dasturi samaradorligi o'rganiladi. Tarbiyalanuvchi aqli zaif bolalar yoshi, ijtimoiylashuv darajasi, asosiy nevrologik kasalliklari, Daun sindromining mavjudligi, ovqatlanish rejimi va o'z-o'zini parvarish qila olish ko'nikmalari kabi sifatleri asosida guruhlariga bo'linib tadqiq etiladi. Tashkillashtirilgan guruhlarda gigiyenik indeks ko'rsatkichlari, parodont to'qimasi holatini aniqlovchi indekslar, og'iz bo'shlig'i mikroflorasi kabi ko'rsatkichlar aniqlanadi. Stomatologik kasalliklarning kelib chiqishida aqli zaif bolalarning ovqatlanish rejimi, hayot tarzi, ularning asosiy nevrologik kasalliklari turi, ularda Daun sindromining mavjud yoki yo'qligi kabi holatlarning ahamiyati o'rganiladi. Tadqiqot davomida parodont to'qimasi kasalliklari, karies kasalligining tarqalishi va intensivligi ma'lum darajada pasaytirilishi, aqli zaif bolalar o'rtasida og'iz bo'shlig'i gigiyenasini olib borish ko'nikmalarini hosil qilish kabi natijalar kutilmoqda.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Авраамова, О.Г. Организация и реализация профилактического направления в системе школьной стоматологии в организованных детских коллективах/ О.Г.Авраамова, С.В.Западаева, С.С.Шевченко // Материалы XX Всероссийских научно-практической конференции «Стоматология XXI века». - М., 2008. - С.245-247.
2. Афанасьева, Л.Р. Состояние твердых тканей зубов у детей с нарушением развития интеллекта и оценка уровня стоматологической помощи/ Л.Р. Афанасьева // Современная стоматология. - 2000. - №2. - С. 22 -24.
3. Лебедева, И.Р. Комплексная оценка состояния здоровья детей с различной степенью умственной отсталости и организация реабилитационной помощи: автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.18/ Ирина Риммовна Лебедева. - Томск, 2009. - 24 с.
4. Скрипник, Ю.В. Оценка эффективности программы гигиенического воспитания и обучения у стоматолога детей с задержкой психического развития/ Ю.В.Скрипник, И.И.Якубова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - №4(47). - С.70-72.
5. Данилов, Е.О. Изучение стоматологической заболеваемости детского населения Санкт -Петербурга по данным эпидемиологического обследования/ Е.О.Данилов, Р.Н.Жапакова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008. - №4(27). - С.3-5.
6. Salles, P.S. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability/ P.S.Salles, P.N. Tannure, C.A. Oliveira, I.P. Souza et al. //J. Dent. Child. (Chic).-2012.-Vol.79,№3:- P.165-169.
7. Скрипкина, Г.И. Микробиологические аспекты прогнозирования кариеса зубов у детей/ Г.И.Скрипкина, Т.С. Митяева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2015. - №4 (55). - С.11-16.
8. Организация оказания стоматологической помощи детям с ограничениями жизнедеятельности/Е.В.Михайлова, О.Б.Орлова, О.Е. Хритина и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2010. - №4. - С.3-5.
9. Всемирный доклад об инвалидности/ Всемирная Организация Здравоохранения: Мальта, 2011. - 28 с.
10. Кисельникова, Л.П. Результаты стоматологического обследования дошкольников и школьников г. Москвы/ Л.П.Кисельникова, Т.Е.Зуева, А.А.Алибекова, // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - №1. - С.40-44.
11. Тарасова, Н.В. Особенности оказания стоматологической помощи детям с умственной отсталостью вследствие резидуально-органического поражения нервной системы: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21/ Наталья Валентиновна Тарасова. - Красноярск, 2006. -150 с.
12. Стребелева, Е.А. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта: учеб.для студентов вузов, обучающихся по специальности 050714 – олигофренопедагогика/ Е.А. Стребелева. – М.: ПАРАДИГМА, 2012. – 256с.
13. Ameer, N. Oral hygiene and periodontal status of teenagers with special needs in the district of Nalgonda, India/ N.Ameer, R. Palaparthi, M. Neerudu // J. Indian Soc. Periodontal.-2012.-Vol.16,№3.- P.421-425.
14. Google: www Stat.uz



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.31-006.04-076

Алексей Григорьевич Габриелян,
Олег Игоревич Каганов,
Татьяна Юльевна Владимирова,
Михаил Александрович Постников,
ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет»
Минздрава России, Самара, Россия
Олег Владиславович Осокин
ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер», Самара, Россия

МЕСТО БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-3>

АННОТАЦИЯ

Ежегодно в мире регистрируется более 355 тысяч новых случаев злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта (СОПР) [2]. Рак СОПР в структуре онкологической заболеваемости РФ в 2018 году занимает 18 место. В 2018 году диагноз рак СОПР в России, был установлен у 9518 больным, а в Самарской области 199 пациентам. Всем больным взятых на учет в РФ со злокачественными новообразованиями СОПР диагноз был верифицирован гистологически в 97,9% случаев [7]. Для выбора специального лечения, необходимо иметь представление о морфологии и типе опухолевого роста. С позиции доказательной медицины, постановка диагноза «рак», возможна только с проведением биопсии с последующим гистологическим исследованием, которая имеет высокий уровень достоверности [1]. Биопсия проводится по строгим показаниям, так как может повлечь за собой ряд нежелательных событий [5]. Перед проведением данной инвазивной процедуры при обращении пациента к специалисту, необходимо для начала использовать все доступные неинвазивные методы обследования для дифференциальной диагностики того или иного патологического состояния слизистой полости рта. В данной статье проанализирована доступная научная литература по диагностике рака СОПР путем проведения биопсии, и рассмотрены возможные причины гиподиагностики при проведении биопсии с целью гистологической верификации по материалам наших исследований, и предложены ряд рекомендаций по усовершенствованию ее проведения и техники.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, инцизионная биопсия, эксцизионная биопсия.

А.Г. Габриелян,
О.И. Каганов,
Т.Ю. Владимирова,
М.А. Постников,
Россия Согликни саклаш вазирлигининг
Самара Давлат тиббиёт университети, Самара, Россия
О.В. Осокин
Самара вилоят клиник
онкологик диспансери, Самара, Россия

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ САРАТОНИНИ ТАШХИСЛАШДА БИОПСИЯНИНГ ҰРНИ

РЕЗЮМЕ

Дунёда ҳар йили оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ёмон сифатли усмаларининг 355 мингдан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади [2]. 2018 йилда Россия Федерациясининг онкологик касаллиги таркибида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратони 18 ўринни эгаллайди. 2018 йилда Россияда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратони ташхиси 9518 беморда, шундан, Самара вилоятида 199 беморда аниқланган. Россия Федерациясида рўйхатга олинган барча беморларда 97,9% ҳолларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг усмалари билан гистологик ташхис қўйилган. [7]. Махсус даволанишни танлаш учун усманинг ўсиш морфологияси ва тури ҳақида тасаввурга эга бўлиш керак. Далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан, «саратон» ташхисини фақат юқори даражадаги ишончликка эга бўлган гистологик текширувдан сўнг, биопсия билан амалга оширилиши мумкин [1]. Биопсия қатъий кўрсатмалар буйича олиб борилади, чунки бу бир қатор номақбул ҳодисаларга олиб келиши мумкин [5]. Ушбу инвазив муолажани амалга оширишдан олдин бемор мутахассисга муружаат қилганда, оғиз шиллиқ қаватининг муайян патологик ҳолатини дифференциал ташхис қилиш учун, барча мавжуд бўлган текшириш усулларидан фойдаланишни бошлаш керак. Ушбу мақола, биопсия ёрдамида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратонини ташхислаш буйича мавжуд илмий адабиётларни таҳлил қилиш ва тадқиқот материаллар асосида, гистологик текшириш учун биопсия пайтида гиподиагностикани мумкин бўлган сабабларини муҳокама қилади ва уни ишлаши, ҳамда техникани яхшилаш буйича бир қатор тавсиялар берилади.

Калит сузлар: оғиз шиллиқ қавати, инцизион биопсия, эксцизион биопсия.

**A.G. Gabrielyan,
O.I. Kaganov,
T.Yu. Vladimirova,
M.A. Postnikov,**

Samara State Medical University, Samara, Russia

O.V. Osokin

Samara Regional Clinical Oncology Center, Samara, Russia

THE PLACE OF BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF CANCER OF THE ORAL MUCOSA

ABSTRACT

Every year, more than 355 thousand new cases of malignant neoplasms of the oral mucosa (OM) are registered in the world [2]. Cancer of OM in the structure of cancer incidence in the Russian Federation in 2018 takes the 18th place. In 2018, the diagnosis of OM cancer in Russia was made in 9518 patients, and in the Samara region in 199 patients. The diagnosis was verified histologically in 97.9% of cases in all patients registered in the Russian Federation with malignant neoplasms [7]. To choose a special treatment, you must have an understanding of the morphology and type of tumor growth. From the point of view of evidence-based medicine, the diagnosis of "cancer" is possible only with a biopsy followed by histological examination, which has a high level of confidence. [1]. A biopsy is performed according to strict indications, as it can lead to a number of undesirable events [5]. Before performing this invasive procedure, when the patient visits a specialist, it is necessary to start using all available non-invasive methods of examination for differential diagnosis of a particular pathological condition of the oral mucosa. This article analyzes the available scientific literature on the diagnosis of OM cancer by conducting a biopsy, and considers the possible causes of hypodiagnosis during a biopsy for the purpose of histological verification based on the materials of our research, and offers a number of recommendations for improving its conduct and technique.

Key words: the mucous membrane of the oral cavity, incisional biopsy, excisional biopsy.

ВВЕДЕНИЕ

Биопсия образований СОПР является инвазивным методом взятия ткани для гистологического исследования с целью дифференциальной диагностики и установления диагноза [6]. Данная процедура проводится в основном в специализированных учреждениях здравоохранения и входит в стандарт и алгоритм обследования пациентов при подозрении на онкопатологию. От полученного гистологического заключения зависит: постановка правильного диагноза, последующее, своевременное лечение и прогноз заболевания [3,10]. Показания к проведению биопсии образований СОПР должны быть обоснованными и базироваться как на субъективных, так и на объективных данных, используя при этом весь арсенал неинвазивных методов диагностики. При подозрении на злокачественный процесс СОПР и рекомендации данного метода при направлении пациента в онкологическое учреждение, необходимо учитывать такой факт, как психоэмоциональный статус больного. Биопсия образований СОПР выполняется как инцизионная, с забором части ткани, так и эксцизионная - с тотальным

удалением патологической ткани и последующим гистологическим исследованием для верификации, и постановки диагноза. Сложности в морфологической верификации злокачественного процесса связаны как с техникой проведения биопсии, так и неправильно выполненного среза макропрепарата и интерпретацией морфологом атипичного опухолевого роста [9]. По данным современной литературы наиболее часто диагностируются эпителиальные опухоли в 98,5% и представлены плоскоклеточным ороговевающим раком [4].

Цель – провести оценку эффективности выполненных биопсий в верификации рака слизистой оболочки полости рта

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 140 амбулаторных карт онкологических больных из 230 с первично установленным диагнозом рак СОПР различных локализаций, после выполненных биопсий в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» в 2018 году. Возраст больных от 25-91 лет. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Пациенты были разделены на 4 группы, в

зависимости от полученной гистологической верификации злокачественного процесса. В первой группе больных из 107 человек проведена однократная инцизионная биопсия, во второй группе пациентам из 8 больных после инцизионной однократной биопсии амбулаторно выполнена повторная инцизионная биопсия, в третьей группе пациентам из 11 человек после двух инцизионных биопсий амбулаторно проведена повторная инцизионная биопсия в стационаре и четвертая группа - 14 пациенты с эксцизионной биопсией после двух инцизионных биопсий амбулаторно. Оценивались такие показатели как: локализация, форма опухолевого роста, гистологическое заключение, стадия заболевания в зависимости от кратности выполненной биопсии. Локализации злокачественной опухоли указаны по МКБ-10: C01-02 - слизистая языка, C03.0 - слизистая альвеолярного отростка верхней челюсти, C03.1 - слизистая альвеолярной части нижней челюсти, C04 - слизистая дна полости рта, C05.0 - слизистая мягкого неба, C05.1 - слизистая твердого неба и C06 - слизистая щеки. Пациентам первой и второй группы амбулаторно проводилась однократная и двукратная инцизионная биопсии амбулаторно, а в качестве обезболивания применялась аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия. Инцизионная биопсия амбулаторно проводилась с использованием оториноларингологического конхотома (рис.1). Повторная инцизионная и эксцизионная биопсии в третьей и четвертой группе проводились в стационаре под общим обезболиванием с использованием хирургического скальпеля или электрохирургического инструмента (рис.2,3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе локализации злокачественные новообразования наиболее часто наблюдались на слизистой языка в 65,7% случаев, слизистой дна полости рта в 15,7%, в меньшей степени на слизистой щеки и слизистой альвеолярной части нижней челюсти в 5,7%. (Таб.1). После проведенной однократной инцизионной биопсии гистологическая верификация была получена у 57,9% больных со смешанной формой, в меньшей степени с экзофитно-папиллярной формой у 13,6% пациентов. Во второй группе верификация была достигнута у 5,6% человек. В третьей и четвертой 7,9 и 9,9% пациентов соответственно. (Таб.2). Морфологический в 77,1% был верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак (Таб.3). При проведении инцизионной биопсии в первой и второй группах из общего числа пациентов с первой стадией рака СОПР 15,7%, злокачественный процесс диагностирована в 68,2 %, а в третьей и четвертой группе - 28,0%. Четвертая стадия рака СОПР диагностирована в первой и второй группе из числа с четвертой составила 92,1% случаев, в третьей и четвертой - 7,9%. (Таб.4). Использование хирургического скальпеля и электрохирургического инструментария в стационаре позволило доверифицировать злокачественный процесс в 17,8%. В связи с полученными результатами гистологической заключения, после проведенных неоднократных биопсий амбулаторно и в стационаре, нами было разработано устройство для выполнения биопсии ткани полости рта и получен патент №194914 на полезную

модель [8] (рис.4). Целью создания полезной модели явилось снижение частоты осложнений при выполнении биопсии ткани полости рта, существенное повышение гистологической ценности взятого образца, сокращение время выполнения биопсии и повышение удобства. Нужно отметить, что необходимость в проведении повторной инцизионной и эксцизионной биопсии в условиях стационарного отделения, приходилась в большей степени на группы пациентов с экзофитными папиллярными формами опухоли в 10,7% случаев, а в меньшей степени у 7,1 % пациентов с III-IV стадией других форм опухолевого роста. И только у 17,8% больных повторная инцизионная и эксцизионная биопсия позволили установить морфологический диагноз рак. Обобщая полученные результаты, обращает на себя внимание следующее: для подтверждения диагноза рак при помощи однократной и двукратной инцизионной биопсии у больных с III-IV стадией экзофитно-язвенной и смешанной формой не составило сложности. В свою очередь экзофитные папиллярные опухоли за счет экзофита не всегда имеют опухолевые клетки на поверхности, что требует забора ткани на определенную глубину с захватом глубоких слоев и базальной мембраны, а также на границе здоровой и пораженной ткани. Принимая во внимания этот факт, при проведении биопсии с использованием инструментов для инцизии- «конхотомов», не всегда позволяет четко осуществить захват ткани на границе здоровой и патологической ткани и тем самым определить глубину забора ткани, а зачастую полученный материал с поверхности раздавленный и не всегда хорошего качества для морфологического исследования. Применение режущего инструмента, хирургического скальпеля, в амбулаторных условиях, который, по всей видимости, отвечал бы этим требованиям, опасно в связи с развитием осложнений, таких как кровотечение.

ВЫВОДЫ

При оценке эффективности биопсий в целом метод позволил на 100% верифицировать рак СОПР при однократном выполнении у 76,5% больных. При повторной инцизионной биопсии еще на 5,7%. И только у 17,8% пациентов при проведении инцизии и эксцизии в стационаре. Проведенный анализ полученных данных свидетельствует о необходимости усовершенствования техники забора материала на гистологическое исследование в амбулаторных условиях в зависимости от формы опухолевого роста с использованием соответствующего инструментария. При экзофитно-папиллярных формах опухоли необходимо использовать соответствующий инструментарий или прибегать сразу к эксцизионной биопсии. Так как повторные биопсии увеличивают сроки обследования пациентов, что в свою очередь удлиняет время обследования, специального лечения и требует дополнительной госпитализации больных в стационар. Предельный интерес должен быть уделен к опухолям с экзофитно-папиллярным типом роста, которые чаще всего представлены начальными формами рака, что в данных наблюдениях показали о наличии злокачественного процесса после повторных инцизионных и эксцизионных биопсиях в 10,7%.

Список цитируемой литературы

1. Давыдов А.Б., Лебедев С.Н., Лебедева Ю.В., Давыдова О.Б. Стоматологический и онкологический статусы у пациентов

- с карциномой языка // *Стоматология*. 2015. №1. С. 25-29.
2. Каприн А.Д. и соав. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. ФГБОУ МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ Российский центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии. 2018. С. 230.
 3. Николенко В. Н. и соав. Современный взгляд на диагностику и лечение рака слизистой оболочки полости рта // *Голова и шея*. 2018. №4. С. 36-42.
 4. Скородумова Л.О., Мураев А.А., Володина Е.В., Иванов С.Ю., Гнучев Н.В., Георгиев Г.П., Ларин С.С. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: классификация, гистопатология, методы диагностики и лечения // *Вопросы онкологии*. 2013. №5. С. 548-554.
 5. Сосновская Л.А. Частота совпадения пред- и послеоперационного диагнозов и тактические аспекты диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области // *Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета - медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь*. М., 2016. С. 326-329.
 6. Степанов Д. А., Федорова М. Г., Аверкин Н. С. Морфологические исследования в стоматологии // *Вестник Пензенского университета*. 2019. С. 80-84.
 7. Сулимов А.Ф., Кузнецова А.Б. Клиническая значимость морфологических методов диагностики слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с целью выявления ранних признаков малигнизации // *Российский стоматологический журнал*. 2013. №2. С. 30-32.
 8. Устройство для выполнения биопсии ткани полости рта №194914. Патентообладатель А.Г. Габриелян, авторы А.Е. Орлов, О.И. Каганов, М.А. Постников, М.О. Воздвиженский, А.А. Махонин, А.Г. Габриелян, М.В. Ткачев, В.П. Кирилова, О.В. Осокин, А.П. Керосиров, Е.О. Ахмадиева; дата регистрации 30.12.2019г. СПК А61В 10/6 (2019.08).
 9. Шкаредная О.В., Горячева Т.П., Чунихин А.А., Базилян Э.А., Гажва С.И. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки полости рта // *Современные технологии в медицине*. 2017. С.1-4.
 10. Ephros H. Oral Tissue Biopsy // *Medscape*. 2018. P. 1–13.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Назаров Зафар Зиёдуллаевич
Батиров Бехзод Алишер угли,
Софиева Нодира Бахтиёр кизи,
Бафоев Бехруз Юнус угли,
Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-4>

АННОТАЦИЯ

Наибольшей актуальностью среди разнообразной проблематики в современной челюстно-лицевой хирургии являются повреждения костей лицевого черепа, которые ориентированы в вертикальной плоскости и требуют вертикального восстановления, то есть мероприятий по наращиванию по вертикали. Подавляющая часть среди всех оперативных вмешательств по данному направлению, производимых при имплантации стоматологического типа в области пластики костных тканей направлены на аугментацию в вертикальном направлении по проекции пазухи верхней челюсти, для чего часто используется синус-лифтинг, кроме того, используется и наращивание высоты альвеолярного гребня по щечно-оральной направленности. Имплантаты могут быть изготовлены из имеющей искусственное происхождение костной стружки. Направлением основного смысла данной статьи будет наращивание объема альвеолярного отростка сверху вниз для обеспечения основания для устойчивого результата дентальной имплантации.

Ключевые слова: дентальная имплантация, имплантатов, вертикальная аугментация, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Nazarov Zafar Sadullaevich,
Batirov Behzod Alisher ugli,
Sofieva Nodira Bakhtiyor qizi,
Bafoev Behruz Yunus ugli.
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan.

BASIC PRINCIPLES OF VERTICAL AUGMENTATION WITH DENTAL IMPLANTATION

ANNOTATION

The most urgent among the various problems in modern maxillofacial surgery is damage to the bones of the facial skull, which are oriented in a vertical plane and require vertical restoration, that is, measures for building up vertically. The vast majority of all surgical interventions in this area, performed during dental implantation in the field of bone tissue repair, are aimed at vertical augmentation along the projection of the maxillary sinus, for which sinus lift is often used, in addition, the height of the alveolar ridge is also used buccal-oral direction. Implants can be made from artificially made bone chips. The direction of the main meaning of this article will be to increase the volume of the alveolar process from top to bottom to provide a basis for a stable result of dental implantation.

Key words: dental implantation, implants, vertical augmentation, cone beam computed tomography (CBCT).

Nazarov Zafar Sadullaevich,
Batirov Behzod Alisher o'g'li,
Sofieva Nodira Baxtiyor qizi,
Bafoev Behruz Yunus o'g'li.
Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston.

DENTAL IMPLANTATSIYA BILAN VERTIKAL AUGMENTASIYA ASOSIY PRINSIPLARI

ANNOTASIYA

Zamonaviy yuz-jag' jarrohligidagi turli xil muammolar orasida vertikal tekislikda yo'naltirilgan va vertikal tiklanishni, ya'ni vertikal qurilish choralarini talab qiladigan yuz suyaklarining shikastlanishi eng dolzarb hisoblanadi. Ushbu sohadagi barcha jarrohlik aralashuvlarining aksariyati suyak to'qimasini tiklash sohasida dental implantatsiya paytida amalga oshirilgan bo'lib, ular yuqori jag' bo'shlig'ini ko'tarish uchun tez-tez ishlatiladigan yuqori jag' bo'shlig'ining proektsiyasi bo'ylab vertikal ravishda kengayishga qaratilgan, bundan tashqari, alveolyar tizmasining balandligi ham qo'llaniladi. Tish implantlari sun'iy ravishda olingan suyak chiqlaridan tayyorlanishi mumkin. Ushbu maqolaning asosiy ma'nosining yo'nalishi tish implantatsiyasining barqaror natijasi uchun zamin yaratish uchun alveolyarning hajmini yuqoridan pastgacha oshirishdan iborat bo'ladi.

Kalit so'zlar: dental implantatsiya, implantlar, vertikal augmentatsiya, konus-nurli kompyuter tomografiyasi (KLKT).

Введение.

После утраты зубов, которая ведет к потере жевательной функции, со временем происходит атрофия альвеолярного отростка челюстей, что значительно усложняет и продлевает процесс реабилитации пациентов с помощью дентальных имплантатов. Устранение деформаций альвеолярного отростка является актуальной проблемой современной стоматологии. Атрофия тканей после удаления зубов отмечается в 90 % случаев, даже при проведении максимально атравматичного вмешательства. Этот процесс можно предупредить, используя метод немедленной или отсроченной имплантации.

Наибольшей актуальностью среди разнообразной проблематики в современной челюстно-лицевой хирургии являются повреждения костей лицевого черепа, которые ориентированы в вертикальной плоскости и требуют вертикального восстановления, то есть мероприятий по наращиванию по вертикали.

Подавляющая часть среди всех оперативных вмешательств по данному направлению, производимых при имплантации стоматологического типа в области пластики костных тканей направлены на augmentацию в вертикальном направлении по проекции пазухи верхней челюсти, для чего часто используется синус-лифтинг, кроме того, используется и наращивание высоты альвеолярного гребня по щечно-оральному направлению. Имплантаты могут быть изготовлены из имеющей искусственное происхождение костной стружки. Направлением основного смысла данной статьи будет наращивание объема альвеолярного отростка сверху вниз для обеспечения основания для устойчивого результата дентальной имплантации.

Расстояние между альвеолярным отростком (его гребнем) и пазухой верхней челюсти часто уменьшается по причине атрофии отделов челюстей, не имеющих зубов, которая может быть очень значительной. Также увеличивается расстояние до донной поверхности грушевидного отверстия на верхней челюсти и до нижнечелюстного канала.

Альвеолярный гребень хорошо поддается трехмерной реконструкции – в иностранной стоматологической литературе и в отечественных исследованиях по этому поводу описано множество способов для наращивания высоты альвеолярного гребня, причем описания касаются как исполнения такой операции на нижней челюсти, что несколько проще, так и на верхней, что из-за особенностей ее расположения может оказаться несколько сложнее. Ниже мы рассмотрим те из них, которые получили в силу своих особенностей наибольшую популярность у хирургов, а также позволим себе осветить недостатки.

При проведении операции на нижней челюсти, для преодоления ограничений анатомического характера, которые диктуются нижнечелюстным каналом, часто используют усиление из титана в виде мембраны. Также могут использоваться аутогенная кость, ее заменитель, дистракционный остеогенез, а также костная регенерация при условии ее направления в вертикальной плоскости. Кроме перечисленного, могут устанавливаться костные блоки различных размеров, причем конкретная ширина и длина могут диктоваться каждым конкретным случаем и быть довольно малы.

В таких случаях отдельным этапом или одномоментно с установкой имплантатов необходимо восстановить объем костной ткани в области атрофии, применив один из методов augmentации (увеличения) альвеолярных отростков используя различные остеопластические материалы и костные аутоотрансплантаты.

Цель работы: Использование с целью augmentации иммунологически безопасного остеиндуктивного материала. При реконструкции альвеолярного гребня верхней и нижней челюстей хороший результат возможен при использовании аутоотрансплантатов, которые являются единственным источником остеогенных клеток и считаются «золотым стандартом» в реконструктивных операциях: подбородочной кости, нижнечелюстные блоки.

Материал и методы исследования: Расщепленные свободные костные трансплантаты с ветвей нижней челюсти были зафиксированы с вестибулярной стороны, пространство между трансплантатами augmentировано синтетическим материалом «Osteon I». Раны ушиты П-образными и узловыми швами с формированием слизисто-мышечных «мешочков».

Через 4 месяца выполнена дентальная имплантация. При формировании ложа для имплантатов отмечалось хорошее кровоснабжение трансплантата и увеличение плотности костной ткани.

Клинические случаи:

1-пациент, 32 года обратился в клинику с целью установки дентальных имплантатов в области зубов 25,26,27. На ортопантограмме и КТ-граммах отмечена высота дна гайморовой пазухи менее 0,5мм, что называется симптомом «яичной скорлупы» (рис. 1).



Рис. 1. Ортопантограмма 1-пациента до операции

Выполнен трапецевидный разрез от 23 до 27 отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Отмечен сквозной дефект передней стенки верхнечелюстной пазухи, что затрудняет успешный синус-лифтинг. Выполнена остеотомия передней стенки и дна верхнечелюстной пазухи. Выполнен забор аутотрансплантата с гребня подвздошной кости согласно дефекту альвеолярного отростка верхней челюсти. Выполнена моделировка, и фиксация трансплантата к небной стенке верхней челюсти длинными винтами, передняя стенка верхнечелюстного синуса возвращена на место и зафиксирована (рис. 2, 3). Раны ушиты пародонтологическими и узловыми швами.



Рис. 2. Разрез и отслойка тканей.



Забор тканей.



Фиксация гребня подвздошной кости.



Рис. 3. Ортопантомограмма после операции.



Зафиксированный костный трансплантат.

Таким образом, поскольку подвздошная кость является энхондральной, покрывая с вестибулярной и небной сторон кортикальными пластинами, мы придаем ей свойства мембранозной кости.

Через 4 месяца выполнена зубная имплантация (рис. 4). При формировании ложа для имплантатов отмечалось хорошее кровоснабжение трансплантата и увеличение плотности костной ткани.



Рис. 4. Ортопантомограмма 1-пациента после операции.

1-пациент, 59 лет обратился в клинику для изготовления несъемных протезов на нижнюю челюсть. У пациента отмечалась атрофия костной ткани, до нижнечелюстного канала 2-3мм (рис. 5).



Рис. 5. Ортопантомограмма пациента А. до операции.

Тактика выбора лечения: трехмерная реконструкция альвеолярного отростка в боковых участках нижнечелюстными кортикальными аутоблоками



Рис. 9. Ортопантограмма 2-пациента после дентальной имплантации.



3-пациент, 70 лет обратился в частную стоматологическую клинику. У пациента отметили наличие односторонней атрофии по вертикали альвеолярного отростка нижней челюсти (рис. 10). Выполнили вертикальную реконструкцию нижнечелюстными блоками в условиях местной анестезии.



Рис. 10. Ортопантограмма 3-пациента до операции.



Расщепленные свободные костные трансплантаты с ветвей нижней челюсти были зафиксированы с вестибулярной и язычной сторон, пространство между трансплантатами аугментировано ксеногенным материалом «БиОсс» (рис. 11, 12, 13). Раны ушиты П-образными и узловыми швами с формированием слизисто-мышечных «мешочков».

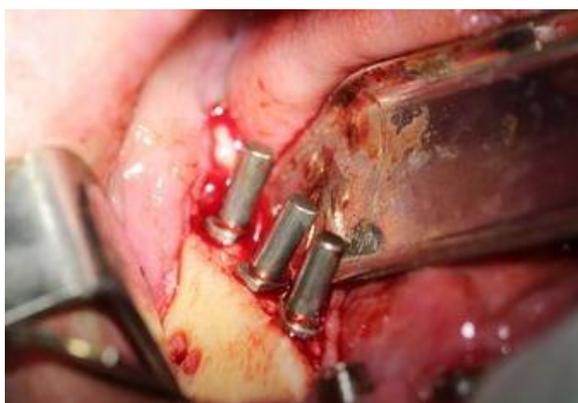


Рис. 8. Дентальная имплантация 2-пациента через 6 месяцев.

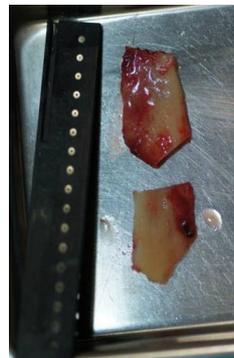


Рис. 11. Нижнечелюстные костные блоки.



Рис. 12. Зафиксированные трансплантаты с вестибулярной и язычной сторон.

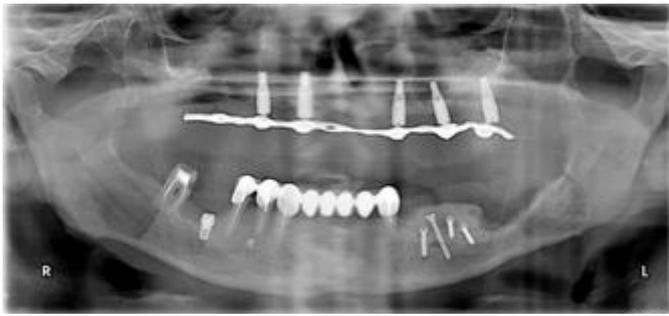


Рис. 13. Ортопантомограмма 3-пациента после операции. Результаты: С 2019 г. по 2020 г. в отделении ПХС ТГСИ выполнено 15 операций на верхней челюсти с использованием костного блока из ретромолярной области нижней челюсти и 20 операций на нижней челюсти с костным ауто трансплантатом с подбородка. Во всех клинических ситуациях была достигнута возможность постановки дентальных имплантатов.

Разработанный метод трехмерной вертикальной реконструкции нижней челюсти подбородочными трансплантатами позволяет увеличить высоту челюсти до 15-20 мм, ширину до 17-20 мм по нашей практике. Особенностью и новизной данной операции является фиксация костного трансплантата с язычной стороны.

Выводы: Разработанные методы вертикальной аугментации дают положительный отдаленный результат с сохранением объема и плотности костной ткани в целях дентальной имплантации и несъемного протезирования. Данный способ позволяют получить истинную кость для дентальной имплантации, и на наш взгляд являются оптимальным методом выбора.

Согласно результатам исследования можно предположить, что аутогенные костные блоки, полученные в области подбородка, являются хорошим материалом для реконструкции атрофированного альвеолярного гребня в области дистального участка нижней челюсти.

Список литературы:

1. Безруков В.М. Использование костных трансплантатов при костно-реконструктивных операциях на верхней челюсти – Реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области, 1989, с.7-9. ЦНМБ, шифр А2 – 8936.
2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб., 1998.
3. Вербо Е.В., Неробеев А.И. Реконструктивная лица ревааскуляризованными ауто трансплантатами – М., «Медицина», 2008.
4. Караян А.С., Кудинова Е.С., Рабухина Н.А., Перфильев С.А., Голубева Г.И. Одномоментная реконструкция скулоносоглазничного комплекса с использованием свободных костных и хрящевых ауто трансплантатов// Стоматология. - 2003.- Т.82, №5.-С.39-43.
5. Крылов В.С., Неробеев А.И., Миланов Н.О. Пластическое устранение дефектов мягких тканей свободной пересадкой кожно-мышечных лоскутов с использованием микрохирургической техники // Вест. Хир. – 1982. - № 7. – с. 8 – 12.
6. Малаховская В.И. Реабилитация пациентов с дефектами средней зоны лица: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 180 с.
7. Митрошенков П.Н. Пластика тотальных и субтотальных дефектов верхней и средней зон лицевого скелета – Новое в стоматологии – 2005 - № 6. – С. 89-95.
8. Блок М.С. Дентальная имплантация: хирургические аспекты; пер. с англ.; под ред. Ломакина. –М.: МЕДпресс-информ, 2011, С. 159
9. Лонгони С., Сартори М., Апрузесе Д., Балдони М. Предварительные данные клинического и гистологического исследования двусторонней трехмерной реконструкции в зонах атрофии на нижней челюсти: клинический случай. PerioIQ. – 2004. - №12. – С.91
10. Марчетти К., Трасарти С., Кориналдези Д., Феличе П. Использование аутогенных костных трансплантатов в боковых отделах нижней челюсти. Описание шести клинических случаев. PerioIQ. – 2005. - №14.
11. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Минск, «Юнипресс», 2002.
12. Федерико Эрнандес Альфаро. Костная пластика в стоматологической имплантологии. Описание методик и их применение. 2006. – С.153.
13. Шаран А., Маджар Д. Пневматизация верхнечелюстной пазухи после удаления верхних зубов, PerioIQ. – 2009. - №15. - С.94



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Kubaev Aziz Saidalimovich,
Rizaev Jasur Alimdjanovich,
Akhrorova Malika Shavkatovna,
Aminov Zafar Zayirovich,
Ibragimov Sherzod Umidovich
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODS FOR TREATING DEPRESSED FRONTAL SINUS FRACTURES

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-5>

ABSTRACT

The work focuses on our experience in treating fractures of the front walls of the frontal sinuses. The prevalence of frontal sinus wall fractures is growing intensively. To prevent inflammatory complications, it is necessary to use low-traumatic surgical methods of treatment. Application of bone fragments nasal fixation in depressed fractures of anterior wall of frontal sinus allows to obtain good cosmetic and functional result. Such careful attitude to bone fragments creates favorable conditions for the regeneration of the anterior wall of the frontal sinus and reduce the length of stay of patients in the hospital.

Key words: frontal bone, fracture of the anterior wall of the frontal bone, miniplates, sinuses.

Кубаев Азиз Саидолимович,
Ризаев Жасул Алимжанович,
Ахророва Малика Шавкатовна,
Аминов Зафар Зоирович,
Ибрагимов Шерзод Умидович

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

РЕЗЮМЕ

Работа посвящена нашему опыту лечения переломов передних стенок лобных пазух. Распространенность переломов стенок лобных пазух интенсивно растет. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо использовать малотравматичные хирургические методы лечения. Применение накостной фиксации костных отломков при вдавленных переломах передней стенки лобной пазухи позволяет получить хороший косметический и функциональный результат. Такое бережное отношение к костным фрагментам создает благоприятные условия для регенерации передней стенки лобной пазухи и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключивые слова: лобная кость, перелом передней стенки лобной кости, минипластины, пазухи носа.

Kubaev Aziz Saidolimovich,
Rizaev Jasul Alimjanovich,
Akhrorova Malika Shavkatovna,
Aminov Zafar Zoirovich,
Ibragimov Sherzod Umidovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti. Uzbekiston.

ПЕШАНА СУЯГИ ОЛДИНГИ ДЕВОРИ БОТИБ СИНИШЛАРДА ДАВОЛАШ ТУРЛАРИНИ
ТАККОСЛАШ

АННОТАЦИЯ

Ish frontal sinuslarning old devorlarining yoriqlarini davolash bo'yicha tajribamizga bag'ishlangan. Tarqalishi frontal sinuslarning devorlarining sinishi tez o'sib boradi. Yallig'lanish asoratlarining oldini olish uchun kerak. Kam shikastli jarrohlik davolash usullaridan foydalaning. Ichkarida suyak parchalarini qo'shimcha suyak fiksatsiyasidan foydalanish frontal sinusning old devorining tushirilgan yoriqlari sizga yaxshi kosmetik va funktsional imkoniyatlarni olish imkonini beradi.

Natija. Suyak bo'laklariga bunday ehtiyotkorlik bilan munosabat oldingi qismini tiklash uchun qulay sharoit yaratadi. Frontal sinusning devorlari va kasalxonada qolish vaqtini qisqartiradi.

Kalit so'zlar: peshana suyagi, peshana suyagi oldingi devori sinishi, miniplastinalar, burun bushliklar.

Traumatic injuries of the frontal sinuses account for 5-15% of all craniofacial injuries. The frequency of frontal sinus injuries is 9 cases per 100 thousand adult population. Displacement of the anterior wall fragments into the lumen of the frontal sinus, especially in the lower parts and in the bottom area, can lead to both functional problems due to obturation of the frontal-nasal canal and necrotic changes in the mucosa, as well as cosmetic ones due to the resulting depression and violation of the aesthetic shape of the forehead.

There are several options for the location of fragments of the walls of the frontal sinuses fractures: 1) freely lying in the lumen of the sinuses; 2) the periosteum fixed on the mucosa and separated from each other and neighboring areas of the bone; 3) fixed on the mucosa, having a connection with other bone areas, constituting a single bone structure separated only by fracture lines; 4) combinations of abovementioned variants.

A surgical revision of the injured frontal sinus (Volkov A.G., Gyusan A.O., 2006, 2007) with subsequent plastics of bone defects is considered a mandatory element of treatment. This intervention can be delayed by 3-8 days depending on the severity of the victim's condition and the presence of combined injuries.

The tactics of surgical treatment of fractures of the upper zone of the face with damage to the walls of the frontal sinuses cause a lot of controversy. Fain et al. indicates five surgical options for traumatic injuries of the walls of paranasal sinuses: obliteration, nasalization, ablation, cranialization, exenteration. The tasks of surgeons, facing the using each of these methods, are to ensure the frontal sinus intervention to prevent the development of early and postoperative inflammatory processes and restore the normal contour of the injured frontal sinus.

Research objective: To evaluate treatment methods for patients with depressed fractures of the anterior wall of the frontal sinus and comparative analysis of methods of treatment of depressed fractures of anterior wall of frontal sinus.

Materials and methods: the work is based on clinical observations of 95 patients with traumatic damage to the anterior wall of the frontal sinus, who were treated in the maxillofacial department of the Samarkand City Hospital. Between 2016 and 2019. This study excluded patients with damage of the posterior wall of the frontal sinus, as well as with the traumatic organic pathology of the brain substance, which requires neurosurgical surgery. The number of male patients examined absolutely prevailed over female. The majority of patients were people of working age (80 patients – 84.8%). All victims underwent a complete set of diagnostic examinations, including a clinical examination, multispiral computed tomography (MSCT), radiography of the bones of the facial skeleton. Surgical treatment was carried out by a multidisciplinary team consisting of a maxillofacial surgeon, neurosurgeon, anesthesiologist. Unlike traditional radiography, the MSCT method gave us the opportunity not only to visualize, but also to determine the exact dimensions and degree of displacement of bone fragments.

Ophthalmosurgeons and otorhinolaryngologists were involved, when necessary.

Traumatic brain injuries were treated according to neurosurgical treatment standards (Actis L., Gaviria L., 2013). The task of the maxillofacial surgeon was to restore the integrity of the facial skeleton. In the treatment of fractures of the anterior wall of the frontal sinus in combination with fractures of the outer wall of the orbit, fractures of the above-brow arch, bitemporal access was used (Fig. 1a). After mobilization of the skin-aponeurotic flap to the above-brow arches, skeletons were carried out, reposition and fixation of fragments with titanium mini-plates or titanium mesh (Fig. 1b).

Fig. 1.a. Cut line with bitemporal access.



Fig. 1.a. Skeleton of the aponeurotic flap to the above-brow arches



Fig. 2.a. MSCT at admission

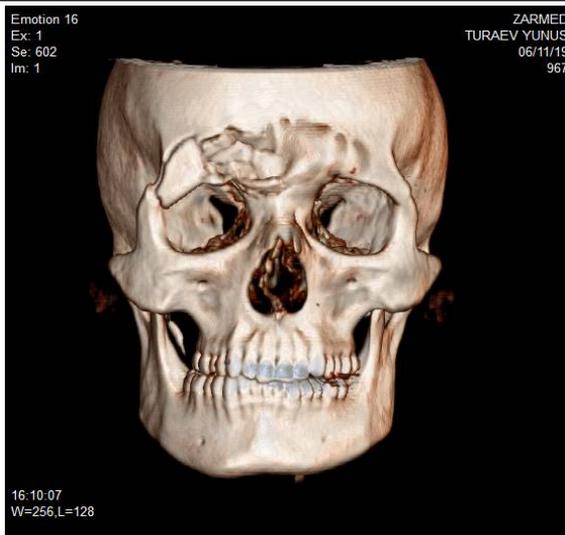
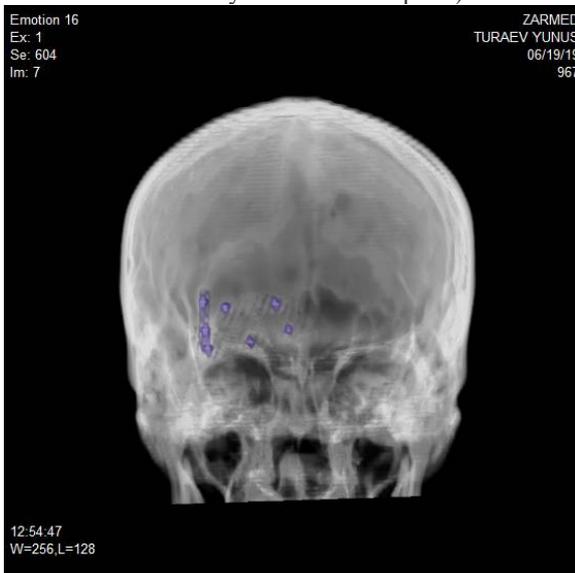


Fig. 2.b. MSCT after surgical treatment (fracture restored by titanium mini-plate)



Discussion: According to Volkov et al. (2008), injuries to the bones of the upper zone of the face with damage to the walls of the frontal sinuses range from 3% to 6% of injuries to the facial skull. The consequences of frontal sinus injuries are

manifested not only in facial disfiguration, but also in the development of complications such as post-traumatic frontitis, osteomyelitis of the frontal bone, inflammatory processes in orbit. The desire of patient to get rid of a cosmetic flaw with depressed fractures of the anterior wall of the frontal sinus and the need to restore the physiological integrity of the cavity in order to avoid the development of frontitis prompts us to look for new approaches for the treatment of this pathology. For these purposes, it is known to use materials filling the lumen of the frontal sinus, in particular autogenic bone, demineralized allogenic bone (Wolves et al., 2008), in addition to tamponade techniques, fixation of fragments with chrome ketgut is used (Bertran et al., 1998.), thin wire from titanium nickelide or titanic miniplates.

A disadvantage of the known methods is that when the frontal sinus cavity is obliterated by any material, secondary purulent frontites are likely to occur, since the natural frontal-nasal fistula is blocked and the unaltered injured mucosa is deprived of the possibility of aeration, which leads to the growth of granulation tissue, the formation of bays in which infected contents accumulate. In this case, the transplanted adipose tissue or spongy bone can become a good nutrient medium for microorganisms. Fixation of bone fragments with titanium nickelide wire or titanium miniplastines immersed in tissues entails difficulties in removing them, as well as repeated tissue trauma.

Thus, the use of nasal fixation of bone fragments with depressed fractures of the anterior wall of the frontal sinus statistically significantly reduces the length of stay of patients in the hospital compared to the method of plugging paranasal sinuses. Endoscopic control over the condition of the fistula and the functioning of the frontal-nasal canal in patients with a depressed fracture of the anterior wall of the frontal sinus allows for its selective drainage. Application of bone fragments nasal fixation in depressed fractures of anterior wall of frontal sinus allows to obtain good cosmetic and functional result.

CONCLUSIONS: The average length of stay of patients in hospital was statistically significantly lower (6.8 ± 0.8 days).

Distant complications in the form of secondary purulent frontitis were recorded in 5 patients (13.9%); failure of the newly formed frontal-nasal canal was also noted in only 2 patients (5.5%). The cosmetic result as good was noted in 90 patients (94.7%) and in 5 patients as satisfactory (5.4%).

List of references:

1. Babkina T.M., Demidova E.A. Modern approaches to the diagnosis of maxillofacial injuries//Radiation diagnostics and therapy. 2013. № 4 (4). Page 66-72.
2. Volkov A. G. and others. Analysis of orbital and intracranial complications of sinusitis in some hospitals in the North Caucasus//Russian otorhinolaryngology. - 2008. - T. 4. - S. 57-61.
3. Peri G. et al. Fractures of the frontal sinus: Our present treatment concepts based upon experience with 150 cases //Journal of maxillofacial surgery. – 1981. – T. 9. – C. 73-80.
4. Actis L., Gaviria L., Guda T., Ong J.L. Antimicrobial surfaces for craniofacial implants: state of the art. J. Korean Assoc Oral Maxillofacial Surg. 2013. vol. 39 no. 2. River 43-54. DOI: 10.5125/jkaoms.2013.39.2.43.
5. Karpov S.M., Christoforando D.Yu., Sharipov E.M., Abidokova F.A. Clinical-neurophysiological course of craniofacial trauma//Kuban Scientific Medical Bulletin. 2011.№ 2. Page 76-80.
6. Baugh A.D., Baugh R.F., Atallah J.N., Gaudin D., Williams M. Craniofacial trauma and double epidural hematomas from horse training. Int. J. Surg. Case Rep. 2013. vol. 4 no. 12. River of 1149-52. DOI: 10.1016/j.ijscr.2013.10.011.
7. Bakhadova E.M., Karpov S.M., Apaguni A.E., Karpova E.N., Apaguni V.V., Kaloev A.D. The remote consequences of mine-explosive injury on the neurophysiological state of the brain//Basic research. 2014. № 2. Page 28-33.
8. Levchenko O.V., Shalumov A.Z., Kutrovskaya N.Y., Krylov V.V. Surgical treatment of cranioorbital injuries combined with traumatic brain injury//Journal neurosurgery issues. 2011. №1. Page 12-39.

9. Cossman J.P., Morrison C.S., Taylor H.O., Salter A.B., Klinge P.M., Sullivan S.R. Traumatic orbital roof fractures: interdisciplinary evaluation and management. *Plast Reconstr Surg.* 2014. vol. 133 no. 3. River 335e-343e.
10. Durnovo E.A., Khomutinnikova N.E., Mishina N.V., Trofimov A.O. Features of the reconstruction of the orbit walls in the treatment of traumatic injuries of the facial skeleton//*Medical almanac.* 2013. № 5 (28). Page 159-161. Bellamy J.L., Munding G.S., Flores J.M., Reddy S.K., Suhail K. Mithani, Rodriguez E.D., Dorafshar A.H. Facial fractures of the upper craniofacial skeleton predict mortality and occult intracranial injury after blunt trauma. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2013. vol.24 no. 6. P. 1922 – 1926. DOI: 10.1097/scs.0b013e3182a30544.
11. Treasure T.E., Dean J.S., Gear R.D. Jr. Craniofacial approaches and reconstruction in skull base surgery: techniques for the oral and maxillofacial surgeon. *J. Oral Maxillofac Surg.* 2013. vol. 71 no. 12. P.2137-2150. DOI: 10.1016/j.joms.2013.08.003.
12. Snell B.J., Flapper W., Moore M., Anderson P., David D.J. Management of isolated fractures of the medial orbital wall. *J. Craniofac Surg.* 2013. vol. 24 no. 1. P.291-294. DOI: 10.1097/scs.0b013e3182710490.
13. Actis L., Gaviria L., Guda T., Ong J.L. Antimicrobial surfaces for craniofacial implants: state of the art. *J. Korean Assoc Oral Maxillofacial Surg.* 2013. vol. 39 no. 2. P.43-54. DOI: 10.5125/jkaoms.2013.39.2.43.
14. Rizaev, J. A., Maeda, H., & Khramova, N. V. (2019). Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 27(1), 22–23. <https://doi.org/10.4993/acrt.27.22>
15. Dusmukhamedov, M. Z., Rizaev, J. A., Dusmukhamedov, D. M., A. Khadjimetov, A., & A. Yuldashev, A. (2020). COMPENSATOR-ADAPTIVE REACTIONS OF PATIENTS' ORGANISM WITH GNATHIC FORM OF DENTAL OCCLUSION ANOMALIES. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(02), 2142–2155. <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i4/pr201325>
16. Dusmukhamedov, D. M., Rizaev, J. A., Dusmukhamedov, M. Z., & Yuldashev, A. A. (2020). Characteristics of clinical-morphometric parameters and evaluation of results of surgical treatment of patients with gnathic forms of occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(4), 2156–2169. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326>
17. Rizaev, J., Kubayev, A. (2020) Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognathia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12(1) 1208–1212, <https://doi.org/10.31838/IJPR/2020.12.01.198>



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хушвакова Нилуфар Жўракуловна,
Нурмухамедов Фозил Адилевич,
Болтаев Анвар Исмаилович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

СУРУНКАЛИ ДАКРИОЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-6>

АННОТАЦИЯ

Жароҳатда кечадиган барча жараёнлар мураккаб ферментатив-катализатор тизимларнинг фаоллашуви туфайли юзага келади, жароҳатнинг самарали битиши, жароҳат жараёни стадиясидан келиб чиққан ҳолда тайинланадиган дифференциал давога қатъий боғлиқ бўлади. Жароҳатни даволаш жараёнида белгиланган тадбирлар ва тайинланган препаратлар жароҳат жараёнининг физиологик кечиш стадиялари билан мос келсагина, жароҳат қисқа муддатларда битади. Сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлигини баҳолаш бизнинг текширишни мақсади деб белгилаб олинди ва 40 нафар бемор текширилди. Эндоназал эндоскопик дакриоцистостомия операциясидан кейин Антиадгезин дори воситаси гель кўринишида ҳар 2 соатда куз ёш каналига юбориб турилди ва операцион жароҳатдаги репаратив жараёнларни кечишини баҳолаш мақсадида бурун шиллик қаватидан суртма-изларни цитологик таркиби текшириб борилди. Текшириш шуни курсатдики сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлиги ошганлигини асосий гуруҳдаги беморларда антиадгезин дори воситасини қўлланилиши, 7-чи суткага келиб жароҳатни яхши битиши ва эпителизациясига олиб келди, киёсий гуруҳда эса бу жараён фақатгина 14-17-чи суткаларга тўғри келди.

Калит сўзлар: сурункали дакриоцистит, шиллик қават жароҳатининг битиши, эндоскопик дакриоцистостомия, антиадгезин.

Хушвакова Нилуфар Жўракуловна,
Нурмухамедов Фозил Адилевич,
Болтаев Анвар Исмаилович
Самарқандский государственный
медицинский институт, Узбекистан

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

АННОТАЦИЯ

Все процессы в ране происходят за счет активации сложных ферментативно-каталитических систем и эффективное заживление раны строго зависит от назначенного дифференциального лечения в зависимости от стадии раневого процесса. Процесс заживления раны в короткие сроки возможен если предписанные меры и назначенные препараты соответствуют физиологическим стадиям раневого процесса. Оценка эффективности лечения в послеоперационном периоде у 40 пациентов с хроническим дакриоциститом была определена в качестве цели нашего исследования. После эндоназальной эндоскопической дакриоцистостомии в слезный проток каждые 2 часа вводили антиадгезиновое лекарственное средство в виде геля и исследовали цитологический состав мазков слизистой оболочки носа для оценки хода репаративных процессов в хирургических ранах. Исследование показало, что эффективность послеоперационного лечения пациентов с хроническим дакриоциститом увеличилась в основной группе пациентов с применением антиадгезина, что привело к лучшему заживлению ран и эпителизации к 7-му дню, тогда как в сравнительной группе этот процесс произошел только на 14-17-е сутки.

Ключевые слова: хронический дакриоцистит, окончание повреждения слизистой оболочки, эндоскопическая дакриоцистостомия, антиадгезин.

**Khushvakova Nilufar Jurakulovna,
Nurmuhamedov Fozil Adilovich,
Boltayev Anvar Ismailovich**
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

IMPROVEMENT OF EFFECTIVENESS OF POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS

ANNOTATION

All processes in the wound occur due to the activation of complex enzyme-catalytic systems and the effective healing of the wound strictly depends on the prescribed differential treatment depending on the stage of the wound process. The process of wound healing in a short time is possible if the prescribed measures and prescribed drugs correspond to the physiological stages of the wound process. The evaluation of the effectiveness of treatment in the postoperative period in 40 patients with chronic dacryocystitis was determined as the goal of our study. After endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy, a gel-type anti-adhesin drug was injected into the lacrimal duct every 2 hours and the cytological composition of smears of the nasal mucosa was examined to evaluate the course of reparative processes in surgical wounds. The study showed that the effectiveness of postoperative treatment of patients with chronic dacryocystitis increased in the main group of patients using antiadhesin, which led to better healing of wounds and epithelization by the 7th day, whereas in the comparative group this process occurred only on the 14-17th day.

Key words: chronic dacryocystitis, end of mucosal damage, endoscopic dacryocystostomy, antiadhesin.

Долзарблиги. Жарохатни тури ва тўқима шикастланиш даражасидан қатъий назар, ҳар бир жарохат жараёни - морфологик ўзгаришларга мос келадиган, хужайра ва тўқима даражасидаги ўрта физиологик стадияда кечади. Ўз вақтида Н.И. Пирогов ҳам 3 та стадияни фарқлаб берган. Бугунги кунда жарохат жараёнининг стадияли кечувига М.И. Кузин бўйича ёндошув кенг қўлланилади. Шундай қилиб, экссудация стадиясида барча физиологик жараёнлар энди қайта тикланмайдиган ва инфекция тушиши ва интоксикация ривожланиши учун потенциал манба бўлиб хизмат қилувчи зарарланган тўқимани ажратиб қўйишга қаратилади. Ушбу стадияда жарохатда кечадиган барча жараёнлар мураккаб ферментатив-катализатор тизимларнинг фаоллашуви туфайли юзага келади (каликреин-кинин, Хагеман омили, фибриноген, С-реактив оксил, простагландинлар, биоген аминлар ва бошқ.). Пролиферация стадиясида эса хужайралар томонидан коллаген синтези ва тозаланган соҳаларда хужайра бўлиниши ўчоқларини – яъни грануляцион тўқима пайдо бўлиши кузатилади. Кейин эса эпителизация стадиясиёки якуний битиш жараёни бошланади. Стадиялар одатда кетма-кетликда биридан иккинчисига ўтиб кетаверади ва ҳар доим ҳам стадияларни бир-бирига ўтиши вақтида, жарохатнинг айни вақтда қайси стадияда эканлигини аниқ айтиб бўлмайди. Ҳатто баъзида жарохатнинг айрим соҳаларида бир стадия кечаётган бўлса, унинг бошқа соҳасида бошқа бир стадия кузатилиши ҳам мумкин. Қачонки жарохат стадияларида даврийлик бузиладиган бўлса, қўпол чандик ҳосил бўлиши, доимий грануляция ўсиши билан кечувчи битмайдиган яралар ривожланади, бу эса кўпинча экзоген сабаблар таъсири билан боғлиқ бўлади. Яқинда бир қатор олимлар кўз ёш каналларнинг торайиши ва бекилишини ташхислаш, шунингдек анатомиясини ўрганиш каби долзарб муаммога катта эътибор бера бошлади.

Булар шуни кўрсатадики, кўз ёши халтасининг интраназал тузилишларга нисбатан ўзгаришларни ва операция турини янада адекват танлаш учун катта имкониятлар яратди.

Ушбу соҳада компютер технологиялари қўллашга асосланган замонавий тадқиқот усулларини жадал ривожлантириши ташхислашни янги сифатларини олдиндан белгилаб қўйди. Ташхислашнинг замонавий босқичли компютер томографияси (КТ) энг маълумотли ҳисобланади. Бурун бўшлиғининг анатомик тузилишини баҳолашга имкон берадиган тадқиқот усуллари яъни бурун ва бурун ён бўшлиқлари ва уларнинг кўз ёши халтаси билан алоқасини КТ янада аниқ кўрсатиб беради.

Ушбу муаммо бўйича тиббиёт фанининг ва замонавий технологияларнинг таниқли ютуқлари дакриоцистит шаклида аллақачон ривожланган сурун кали патологияни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг баъзи усуллари билан боғлиқ.

Аммо ишлатилган даволаш усулларининг қўпи физиологик ва органларни сақлаб қолиш функцияларини ҳисобга олмаган ҳолда табиатда радикал эди.

Аммо замонавий эндоскопик жарроҳликда функционал ва юмшоқ жарроҳликнинг энг муҳим қоидаларига риоя қилиш керак. Эндоскопик риносинус операциясини ўттиз йилдан кўпроқ вақт давомида киритиш билан замонавий ринологиянинг ютуқлари туфайли, риносинусологлар жарроҳлик аралашувга янги юқори технологиялар ва функционал ёндашувлардан фойдаланмоқдалар.

Бир даражага ёки бошқасига, сурункали дакриоцистит билан оғриган барча беморларда одатда ринопатология мос келади. Лакримациянинг бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар билан бевосита боғлиқлиги лакримал ва ринологик тизим-ларнинг анатомик ва топографик хусусиятлари билан боғлиқ. Яқин анатомик яқинлик, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва назолакримал каналнинг тўлиқ идентификацияси, уларнинг биридан иккинчисига ўтиши, уларнинг қон ва лимфа айланиши битта зич веноз плексус иштирокида патологик жараёнларининг бурун бўшлиғидан найча каналларига тўғридан-ўғри тарқалишига олиб келади.

Сўнгги йилларда сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни даво-лашда минимал инвазив микроэндоскопик жарроҳлик аралашувни ишлаб чиқиш ва

амалга ошириш қайд этилди. Аммо самарали даволаш диагностика-каси алгоритмини ишлаб чиқиш ва бемор маълумотларини периоператив бошқариш уларни даволаш сифатини яхшилаш учун очиқ бўлиб қолмоқда.

Барча диагностика усулларининг вазифаси лакримация билан оғриган беморларда ва маълум бир ринопатологияда йирингли ажралма борлигини аниқлаш шунингдек, лакримал тушириш аппарати обструкциясининг тахмин қи-лингган зонасини аниқлашдир. Яхши ўтказилган диагностика текшируви даволаш тактикасини тўғри аниқлашга ёрдам беради.

Дастлаб М.Мессерклингер томонидан тақдим этилган юмшоқ функционал риносинусология ва эндоскопик ускуналар, видео жиҳозлар ва монитордан фойдаланишоперация қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва опе-рациядан кейинги асоратларни камайтиришга имкон берди. Шу сабабли, су-рункали дакриоциститнинг замонавий жарроҳлик амалиётининг янгиликлари билан, мавжуд анатомик тузилмаларни максимал даражада сақлаб туриш билан функционал натижаларнинг юқори самарадорлигини бирлаштира оладиган шунга ўхшаш жарроҳлик аралашув усулларини ишлаб чиқиш керак. Жароҳатнинг самарали битиши, жароҳат жараёни стадиясидан келиб чиққан ҳолда тайинланадиган дифференциал давога қатъий боғлиқ бўлади. Жароҳатнинг ҳар бир стадияси, жароҳат жараёнининг силлиқ кечиши учун зарур бўлган ўзига хос хусусият ва специфик эҳтиёжларга эга бўлади. Айнан шундай даволаш усулини қўлланилиши, жароҳатнинг тез муддатларда битишига имкон яратади.

Ҳар бир жароҳат илмий изланувчилар томонидан анча аввал ўрганилган ва физиологик жараёнларга асосланувчи, аниқ кўринишдаги, битиш жараёнининг стадияли механизми билан намоён бўлувчи чин репаратив потенциалга эгадир. Яъни, агар жароҳатни даволаш жараёнида белгиланган тадбирлар ва тайинланган препаратлар жароҳат жараёнининг физиологик кечиш стадиялари билан мос келсагина, жароҳат қисқа муддатларда битади. Айнан жароҳат жараёни физиологиясини ҳисобга олиш, жароҳатни самарали даволашнинг энг муҳим шартларидан бири саналади.

Шундай қилиб жароҳатни дифференцирланган даволаш жараёнида, жароҳатда бир вақтни ўзида бир нечта битиш стадиялари мавжуд бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиши керак ва шу билан бирга прогресс жараёнини тормозлаб қўймаслиги керак бўлади.

Текширишни мақсади сифатида сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлигини баҳолаш белгилаб олинди.

Текширув манбалари ва усуллари: Клиникамизнинг лор бўлимида биз то-монимиздан кўз ёши оқишига шикоят қилиб келган 18 ёшдан то 50 ёшгача бўлган 40 нафар бемор текширилди.

Эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операциясидан кейин операцион жароҳатдаги репаратив жараёнларни кечишини баҳолаш мақсадида, операция бажарилган соҳадаги бурун шиллиқ қаватидан 0°ли эндоскоп назорати остида пахтали тампон ёрдамида олиниб, предмет ойначасига тайёрланган суртма-изларни цитологик таркиби текшириб борилди. Предмет ойначаларининг юзаси ёғсизлантириш мақсадида 90°ли спирт билан артиб олинди. Препаратлар Романовский-Гимза усулида бўялиб, кейинчалик хужайра элементлари 5 ўлчамли кўриш

майдонида саналди. Натижалар фоиз кўрсаткичларда ҳисобланди. Натижаларни қайд этиш ва микрофотоларни олишжараёни Leica микроскопи (Австрия) ва махсус фотоустунчага эга бўлган «Зенит-ЕТ» фотоаппарати ёрдамида амалга оширилди.

Барча беморларга эндоназал дакриоцисториностомия амалга оширилди, 10 нафар беморда эса силиконли стент-дренаж (интубацион найчадан иборат бўлган) ўрнатиш билан амалга оширилган диаметри 0,7-0,8 см дакриоцисториностома ёрдамида текшириш қайтадан ўтказилди.

Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳда (20 та бемор) кўшимча тешиқ ўрнатилиши биланок ва жарроҳлик амалиётидан кейин 20 кун мобайнида кўз ёш йўллари орқали (стент-дренаж бўйлаб) антиадгезин дори воситаси гель кўринишида ҳар 2 соатда юбориб турилди, иккинчи – қиёслаш гуруҳида (20 нафар бемор) операциядан кейинги даврда чандиқланишга қарши препарат қўлланилмади. Биз томонимиздан антиадгезин дори воситаси гель шаклида қўлланилди. Антиадгезин дори воситасининг самараси зарарланган тўқималар ўртасида вақтинчалик сунъий барьер ҳосил қилиш ва бактериостатик самара кўрсатиши билан боғлиқ бўлиб, бу эса репарация жараёнида юзаларни бир-биридан ажралишини таъминлайди.

Текширув натижалари ва уларни муҳокамаси. Жароҳат жараёнининг динамикаси, эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операция амалга оширилган соҳадаги жароҳат юзасидан олиб тайёрланган суртма-изларни цитологик текширувиге асосланиб таҳлил қилинди. Биринчи гуруҳда операциядан кейинги 3-суткага келиб яққол хужайрали инфилтрация кузатилиб, унинг асосий қисмини (72,3%) яққол донадорликка эга нейтрофил лейкоцитлар ташкил қилди. Фагоцитоз босқичида бўлган алоҳида макрофаглари мавжудлиги, жуда кам сонли полибластлар қайд этилди.

7-суткаларга келиб жароҳат суюқлиги таркибида нейтрофиллар миқдори 30% га камайиб ($P < 0,05$), дегенерациянинг дастлабки белгилари пайдо бўла бошлади. Эозинофиллар миқдори 5 маротабагача ортди, бу эса пастда жойлашган тўқималарнинг антиадгезин дори воситасига бўлган реакцияси билан боғлиқдир. Шунингдек лимфоцитлар, семиз хужайралар, плазмоцит ва макрофагллар миқдорининг ҳам сезиларсиз ортанлиги кузатилиб, бу жароҳат жараёнини яллиғланиш-регенератор типдаги яхши сифатли кечуви билан боғлиқ ҳисобланади. Деструкция ҳолатидаги кўчиб тушган эпидермал хужайра бўлақчалари пайдо бўлади. 7-суткага келиб фаол тарзда кечаётган эпителизациядан далолат берувчи эпителиал хужайралар пайдо бўлиши характерли саналади. 14-суткаларга келиб нейтрофиллар миқдорининг янада пасайиши кузатилиб, чунончи уларнинг ўрнига яққол дегенератив-дистрофик характердаги белгиларга эга хужайралар устунлик қилади: ядро сегментлари орасидаги тортмалар йўқолиши, уларнинг деформацияси ва ўлчамларини ўзгариши, уларнинг айримларида донадорлик йўқолиб, кўп сонли вакуолалар пайдо бўлганлиги кузатилди. Жароҳат детрити мавжудлиги фақатгина қолдиқ хужайра-соялари кўринишида кўзга ташланади, яқунланган фагоцитоз ҳолатида бўлган макрофагллар миқдори сезиларли даражада ортади. Фибробалстлар пайдо бўлиши ва улар миқдорини 17% гача ($P < 0,05$) ортанлигини қайд этиб ўтиш жоиз. Барча муддатларда эпителиал хужайралар топилиб, уларнинг

миқдори 14-суткаларда энг максимал кўрсаткичга эга бўлди. 21-суткага келиб жарохат юзасининг барча соҳалари бўйлаб жарохат юзасининг эпителизацияси қайд этилди.

Иккинчи гуруҳдаги суртма-изларда хужайра таркибининг жуда ҳам ғуборли манзараси аниқланди: операциядан кейинги 3-суткада хужайравий таркибининг асосий қисмини яққол донадорликка эга нейтрофилли лейкоцитлар (44%) ($P < 0,05$), узунчок урчуқсимон ядрога эга бўлган кекса фибробластлар (21%) ($P < 0,05$) ва эпителиал хужайралар – оддий кубсимон амниотик эпителий ташкил этди. Кучсиз фагоцитинг фаолликка эга якка макрофаглар пайдо бўлиб, уларнинг миқдорий таркиби минимал бўлади. Лимфоид қатор хужайралари ҳам якка таркибга эга эканлиги билан таърифланади. 7-суткаларга келиб нейтрофиллар миқдорини 10% га ($P < 0,05$) пасайиши кузатилди, макрофаглар миқдори эса параллел равишда 2 мартага ортди. Лимфоид қатор хужайраларнинг миқдорий таркиби деярли ўзгармади, фибробластлар таркиби эса аввалгидек кўрсаткичда қолди. 14-суткага келиб нейтрофиллар миқдорининг деярли икки мартага камайиши кузатилиб, уларнинг асосий қисми кучсиз донадорликка эгаллиги билан характерланади. Плазматик хужайралар миқдори деярли 2 мартага ортди, макрофагларнинг миқдорий кўрсаткичи эса ўзгаришсиз қолди, аммо бунда

фагоцитоз яқунланган характер касб этди ва миқдор жихатдан нейтрофиллар миқдорига мос келганлиги кузатилди. Таъкидлаб ўтиш керакки, кузатувнинг барча муддатларида иккинчи гуруҳдаги беморлар яллиғланиш экссудатида хужайра элементларининг сезиларли даражада кам эканлиги, хужайра элементларининг миқдорий кўрсаткичларидаги ўзгаришларни минималлиги кузатилди, бу эса жарохатни караш остида битиш манзарасига мос келади.

Хулоса. Шундай қилиб, сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлиги ошганлигини баҳолаш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги беморларда антиадгезин дори воситасини қўлланилиши, 7-суткага келиб жарохатни яхши битиши ва эпителизациясига олиб келган бўлса, қиёсий гуруҳда бу жараён фақатгина 21-суткага тўғри келди. Антиадгезин дори воситасининг жарохат қисмларини йирик молекулаларга нисбатан ўтказувчанлигини йўқотиш хусусияти, тўқималарни токсинлардан ҳимояланишини ва уларга микроблар (бактерия, содда ҳайвонлар ва замбуруғлар) кира олмаслигини, жарохатни ферментатив катализ маҳсулотларидан тезлик билан тозаланишини ҳамда коллаген ва кўпол чандиқ кучли ривожланиб улгурмасидан эрта эпителизация юзага келишини таъминлайди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Бобров Д. А., Жуков С. К., Слезкина И. Г. Применение интубационного лагримального набора Ритленга в хирургии комбинированных поражений слезоотводящих путей // Вестник оториноларингологии. – 2010. – №. 2. – С. 55-57.
2. Карпищенко С. А., Болознева Е. В., Баранская С. В. Остеома верхнечелюстной пазухи: особенности клинической картины и тактика лечения // Folia Otorhinolaryngologia e pathologia e respiratoria. – 2015. – Т. 21. – №. 2. – С. 55-56.
3. Красножен В. Н. Применение новых технологий в лечении патологии слезоотводящих путей // Казань: Eleps. – 2005. – С. 40.
4. Лонский В. В. Опыт применения эндоскопической хирургии при хронических дакриоциститах // Российская ринология. – 2002. – Т. 2. – С. 37.
5. Насретдинова М. Т. И др. Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция // Таджикский государственный медицинский университет имени Абу али ибни Сино. – С. 60. 2019 г
6. Пальчун В. Т., Магомедов М. М. Эндоскопическая эндоназальная микродакриоцисториностомия // Российская ринология. – 2001. – Т. 2. – С. 169-170.
7. Поляновская А. С. и др. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии для определения оптимальной лечебной тактики у пациентов с патологией слезоотведения // Офтальмологические ведомости. – 2016. – Т. 9. – №. 1.
8. Семенов Ф. В. Эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия с использованием ИАГ-Nd лазера // Российская ринология. – 2001. – Т. 4. – С. 23-25.
9. Серебряков В. А. Опорный конспект лекций по курсу «Лазерные технологии в медицине» // Санкт-Петербург: СПбГУ ИТМО. – 2009.
10. Хайитов А. А., Хушвакова Н. Ж., Насретдинова М. Т. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом // Инновационные технологии в медицине детского возраста северокавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
11. Хушвакова Н. Ж., Нурмухамедов Ф. А. Динамика раневого процесса у больных дакриоциститом при эндоназальной дакриоцисториностомии с применением гиалуроновой кислоты. // «Austria-science». -2018. - №15.- Стр. 8-10.
12. Хушвакова Н. Ж. и др. Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип // Russian otorhinolaryngology. Медицинский научно-практический журнал. – 2014. – С. 104.
13. Khushvakova N.J., Nurmuhamedov F.A. Dynamics of the wound process in patients with dacryocystitis on endonasal dacryocystostomy with the usage of hyaluronic acid. // International Journal of Pharmaceutical Research Jan-Mar - 2019.- Vol. 11.
14. Venegas M. M. H. et al. Complications of Endoscopic and Conventional Dacryocystorhinostomy (External) in Chronic Dacryocystitis // Otolaryngology—Head and Neck Surgery. – 2013. – Т. 149. – №. 2_suppl. – С. P256-P257.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Назаров Зафар Зиёдуллаевич
Батиров Бехзод Алишер угли,
Софиева Нодира Бахтиёр кизи,
Бафоев Бехруз Юнус угли.

Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан.

ПЛАНИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-7>

АННОТАЦИЯ

В статье представлены данные о планировании лечения стоматологических больных с применением имплантатов. Планирование протезирования на имплантатах необходимо проводить при обязательном предварительном анализе соматического и стоматологического статуса пациента с целью предупреждения возможных осложнений. Применение хирургического шаблона при проведении операции способствует получению предсказуемого результата положения имплантатов, обеспечивает профилактику ошибок на этапах хирургического и ортопедического лечения. Представлен клинический пример, иллюстрирующий использование хирургического шаблона для рациональной установки денальных имплантатов.

Ключевые слова: денальная имплантация, имплантатов, вертикальная аугментация, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Nazarov Zafar Sadullaevich,
Batirov Behzod Alisher ugli,
Sofieva Nodira Bakhtiyor qizi,
Bafoev Behruz Yunus ugli.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

PLANNING FOR IMPLANT PLACEMENT USING A SURGICAL TEMPLATE

ANNATATION

The article presents data on planning the treatment of dental patients with the use of implants. Planning of prosthetics on implants should be carried out with the obligatory preliminary analysis of the patient's somatic and dental status in order to prevent possible complications. The use of a surgical template during the operation contributes to obtaining a predictable result of the position of the implants, ensures the prevention of errors at the stages of surgical and orthopedic treatment.

Key words: dental implantation, implants, vertical augmentation, cone beam computed tomography (CBCT).

Nazarov Zafar Sadullaevich,
Botirov Behzod Alisher o'g'li,
Sofieva Nodira Baxtiyor kesi,
Bafoev Behruz Yunus o'g'li.

Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston.

JARROHLIK NAQSH YORDAMIDA IMPLANTLARNI O'R NATISHNI REJALASHTIRISH

ANNOTATSIYA

Maqolada tish implantlaridan foydalangan holda bemorlarni davolashni rejalashtirish bo'yicha ma'lumotlar keltirilgan. Implantlarga protez qo'yishni rejalashtirish, asratlarni oldini olish uchun bemorning somatik va tish holatini oldindan tahlil qilish bilan amalga oshirilishi kerak. Operatsiya paytida jarrohlik shablonidan foydalanish implantlarning holatini oldindan aytib bo'ladigan natijani olishga yordam beradi, jarrohlik va ortopedik davolash bosqichlarida xatolarning oldini olishga imkon beradi. Tish implantlarini oqilona joylashtirish uchun jarrohlik shablonidan foydalanishni ko'rsatadigan klinik misol keltirilgan.

Kalit so'zlar: dental implantatsiya, implantlar, vertikal augmentatsiya, konus-nurli kompyuter tomografiyasi (KLKT).

В настоящее время протезирование на имплантатах является одним из самых востребованных методов восстановления дефектов зубных рядов [1, 6]. Показаниями для такого вида зубного протезирования являются все виды дефектов. Возможные осложнения при лечении пациентов с применением имплантатов встречаются как на этапе хирургического, так и ортопедического лечения [5].

Предсказуемость результата во многом зависит от этапа планирования [3, 4].

Общими абсолютными противопоказаниями к имплантации являются тяжелые со-матические заболевания: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; болезни крови и кроветворных органов; психические расстройства; иммунопатологические заболевания и состояния; некоторые болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматические и ревматоидные процессы); заболевания костной системы и другие патологические состояния, вызывающие нарушение трофики и ослабление регенерационной способности костной ткани (врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет I типа, дисфункции щитовидной и паращитовидных желез, болезни гипопифиза и надпочечников); злокачественные новообразования; туберкулез; СПИД; венерические болезни; некоторые болезни кожи (дерматозы и склеродермия); регулярный прием в анамнезе наркотических препаратов; лечение бисфосфонатами; а также ряд заболеваний при условии, что имплантация не разрешена соответствующим специалистом (врожденные пороки и протезирование клапанов сердца). Местными абсолютными противопоказаниями к имплантации являются некоторые болезни слизистой оболочки рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета); генерализованный пародонтит тяжелой степени [2].

Общими относительными противопоказаниями к имплантации являются: остеопороз; низкое содержание эстрогена у женщин (после овариоэктомии); доброкачественные новообразования; хронические инфекционные болезни; вредные привычки; возраст до 18 лет; беременность и лактация.

Местным относительным противопоказанием к имплантации является неудовлетворительная гигиена полости рта.

Ошибки при лечении пациентов с применением имплантатов чаще возникают у врачей, не учитывающих противопоказаний к проведению имплантации зубов. Ниже приведен пример перемещения имплантата в верхнечелюстную пазуху у пациента с остеопорозом (рис. 1).

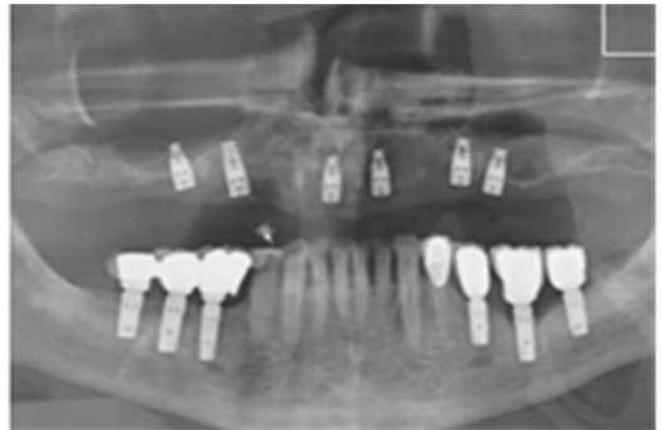


Рис. 1. Ортопантомограмма пациента М., 60 лет: а) после установки имплантатов на верхней челюсти; б) через 6 месяцев после имплантации

Несмотря на то что остеопороз является противопоказанием к имплантации, этот факт не был выявлен при анализе соматического статуса и не учитывался при планировании.

Выделяют несколько факторов, влияющих на успех лечения: исходная клиническая картина, состояние костной и мягкой тканей в месте предполагаемой имплантации, наличие дефектов, степень атрофии, биотип мягких тканей [5,6,7]. Отсутствие планирования расположения имплантата может привести таким осложнениям, как повреждение гайморовой пазухи и нижнечелюстного канала, а также к ошибкам на этапе протезирования (рис. 2, 3).



Рис. 2. Установка имплантатов без предварительного планирования приводит к нарушению параллельности имплантатов: в полости рта (а), на модели (б)

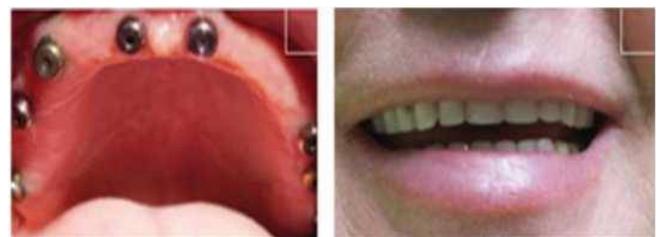


Рис.3 Несимметричная установка имплантатов на верхней челюсти(а) привела к смещению линии центра верхнего

зубного ряда по отношению к срединной линии лица после изготовления ортопедической конструкции (б)

Предсказуемость результата ортопедического лечения во многом зависит от этапа планирования имплантации. Для улучшения качества стоматологического лечения очень важен междисциплинарный подход. Планирование лечения с использованием имплантатов должно проводиться совместно врачом-имплантологом и ортопедом. Для точной установки имплантатов применяют хирургические шаблоны. Они позволяют сформировать костный канал в нужном направлении и расположить имплантаты в соответствии с местом ортопедических конструкций. Хирургический шаблон позволяет минимизировать осложнения при проведении операции и провести установку дентального имплантата в определенном месте, на необходимую глубину и под необходимым углом. В настоящее время применяются наслизистые, назубные, костные и комбинированные виды хирургических направляющих шаблонов. Шаблон с опорой на слизистую применяют при полной потере зубов и дефектах зубных рядов (концевых и включенных). Возможна операция без разреза или с минимальным обнажением костной ткани, а также изготовление временной ортопедической конструкции. Шаблон с опорой на зубы позволяет правильно установить имплантаты при отсутствии одного или двух зубов. Шаблон с опорой на слизистую и зубы имеет широкую область применения. Позволяет оперировать без разреза, можно заранее изготовить временную ортопедическую конструкцию. Шаблон с опорой на кость и зубы используют при концевых дефектах, включенных дефектах более двух зубов, при операциях с одномоментной костной пластикой [8, 9, 10]. Современные технологии компьютерного моделирования шаблона для проведения операции имплантации позволяют совместить данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) с данными интраорального сканирования или сканы гипсовых моделей челюстей в один файл. Следует учитывать, что размер зоны сканирования при КЛКТ должен быть не меньше челюсти, так как снимки сегмента или области 3-5 зубов не позволяют совместить отсканированную модель с объемной реконструкцией. Этапы моделирования хирургического шаблона назубного и наслизистого расположения с окнами для контроля его правильного позиционирования в полости рта представлены на рис. 4-6.

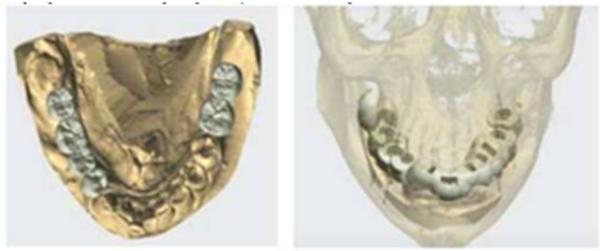


Рис.5 Виртуальное моделирование ортопедических конструкций (а) и хирургического шаблона (б)



Рис. 6 Хирургический шаблон с опорой на слизистую и зубы. После получения оттисков отливают гипсовые модели и изготавливают восковые шаблоны с прикусными валиками. Врач-ортопед определяет положение центральной окклюзии. Проводят установку искусственных зубов на восковом шаблоне. Сканируют модели челюстей с искусственными зубами в оптическом сканере зуботехнической лаборатории. Проводят совмещение данных КЛКТ, оптического сканирования моделей челюстей, моделирования будущих конструкций и осуществляют печать шаблона на 3D-принтере. Следующее клиническое наблюдение иллюстрирует этапы планирования лечения пациента с дефектом зубного ряда.



Рис. 7 Соотношение зубных рядов на моделях челюстей. На рис. 7 представлено соотношение зубных рядов верхней и нижней челюстей до лечения.



Рис. 4. Фото нижнего зубного ряда (а) и отсканированная гипсовая модель нижней челюсти (б)

Проведено сканирование гипсовой модели челюсти и совмещение данных КЛКТ и оптического сканирования (рис. 8).

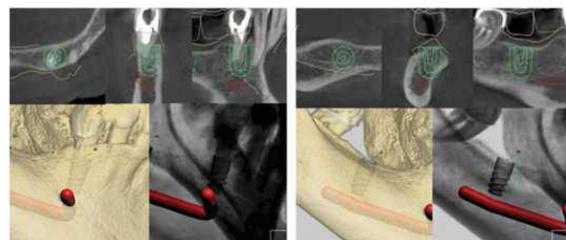


Рис. 8 3D-изображение нижней челюсти (результат сканирования гипсовой модели нижней челюсти) с визуализацией нижнечелюстного канала справа. Планирование расположения имплантатов (рис. 9)



Рис. 9 Окна планирования. Виртуальное моделирование расположения имплантатов в области отсутствующих зубов 4.5 (а) и 4.7 (б) и ортопедической конструкции позволяет создать 3D-шаблон для установки имплантатов (рис. 10).



10. Хирургический шаблон (а) и шаблон на модели челюсти (б)

После установки имплантатов и окончания периода остеоинтеграции, пациентке изготовлены ортопедические конструкции с опорой на имплантаты (рис. 11, 12).



Рис. 11. Ортопантомограммы: через 7 дней (а) и спустя 3 месяца (б) после операции



Рис. 12. Мостовидный протез с опорой на имплантаты.
Выводы. Планирование протезирования на имплантатах необходимо проводить при обязательном предварительном анализе соматического и стоматологического статуса пациента. Применение хирургического шаблона при проведении операции способствует получению предсказуемого результата положения имплантатов, обеспечивает профилактику ошибок и осложнений на этапах хирургического и ортопедического лечения.

Список литературы:

1. Жидких Е.Д. Конструкционные особенности протезов с опорой на имплантатах при полной потере зубов: учебное пособие./ Жидких Е.Д, Гуторов Ю.А. - СПб.: Человек, 2015. - 36 с. 2.
2. Олесова В.Н. Компьютерное планирование внутрикостной имплантации // Стоматология./ Кащенко П.В., Бронштейн Д.А., Магодметханов М.Ю., Хавкин В.А. - 2011. - № 2. - С. 43-48.
3. Д.В.Рogaцкина. Профессиональная визуализация в дентальной имплантации // Под редакцией // Д.В.Рogaцкина. - М.: ТАРКОМ, 2019. - 446 с.
4. Ренуар Ф. Факторы риска в стоматологической имплантологии. //Ренуар Ф., Рангерт Б., 2004. - 169 с.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хайдаров Артур Михайлович,
Шокиров Дониёр Абдусаматович,
Ахмадалиев Нустрат Нумонович
Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ-АОС У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-8>

АННОТАЦИЯ

Результаты исследования состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при влиянии техногенных факторов производственной и окружающей среды на организм детей неоднозначны и часто противоречивы. Обследовано 38 детей в возрасте от 7 до 10 лет города Ташкента. Было произведено исследование содержания продуктов перекисного окисления липидов и активности супероксиддисмутазы в сыворотке крови. Согласно результатам наших исследований, у детей основной группы при сравнении с показателями детей контрольной группы присутствуют метаболические сдвиги в системах перекисного окисления липидов - антиоксидантной защите и метаболизма оксида азота.

Ключевые слова: перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, дети начальных классов

Khaydarov Artur Mixaylovich,
Shokirov Doniyor Abdusamadovich,
Axmadaliyev Nusrat Numonovich
Tashkent State Dental Institute. Uzbekistan

SOCIAL FACTORS AFFECTING POL-AOS INDICATORS IN CHILDREN BEGINNING CLASSES

ANNOTATION

The results of a study of the state of lipid peroxidation and antioxidant protection under the influence of industrial and environmental factors on the body of children are mixed and often contradictory. 38 children aged from 7 to 10 years of the city of Tashkent were examined. A study was carried out of the content of lipid peroxidation products and the activity of superoxidodismutase in serum. According to the results of our research, when compared with indicators of children in the control group, metabolic shifts in lipid peroxidation systems - antioxidant protection and nitric oxide metabolism - are present in children of the main group.

Keywords: lipid peroxidation, antioxidant protection, primary school children

Хайдаров Артур Михайлович,
Шокиров Дониёр Абдусаматович,
Ахмадалиев Нустрат Нумонович
Тошкент давлат стоматология институти, Узбекистон

СОЦИАЛ МУХУД ТАСИРИДА БОШЛАНГИЧ СИНФ БОЛАЛАРДА ПОЛ-АОС КУРСАТГИЧЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Болалар организмига саноат ва атроф-мухит омиллари таъсирида липид пероксидланиши ва антиоксидант химояси холатини ўрганиш натижалари турлича ва кўпинча қарама-қарши. Тошкент шаҳридаги 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган 38 нафар бола тиббий кўриқдан ўтказилди. Липид пероксидланиш маҳсулотлари ва зардобдаги супероксиддисмутаз фаоллиги бўйича тадқиқот олиб борилди. Тадқиқотларимиз натижаларига кўра, назорат гуруҳидаги болаларнинг кўрсаткичлари

билан таққослаганда, асосий гурухнинг болаларида липид пероксидланиш тизими - антиоксидант химоя ва азот оксиди метаболизмида ўзгаришлар мавжуд.

Калит сўзлар: липид пероксидланиши, антиоксидант химояси, бошланғич мактаб ўқувчилари

Введение

Научные исследования последних лет позволяют утверждать, что одним из важных факторов, определяющим изменения состояния здоровья населения, является загрязненная окружающая среда [1,2,5,9]. Величина этого влияния, по различным оценкам, варьирует от 20 до 60%.

Город, как искусственная среда, является фактором постоянного стресса, вызывающего напряжение адаптационных механизмов человеческого организма [1,3,8]. Особенно напряженная ситуация складывается в крупных промышленных городах и городских агломерациях, чему способствуют стремительные темпы урбанизации, социальных процессови бесконтрольного увеличения автотранспорта [4,6,8].

А наиболее чувствительной категорией населения к воздействию негативных факторов окружающей среды являются дети. Здоровье детей считается одним из наиболее чувствительных, интегральных и информативных медико-биологических показателей, характеризующих качественные характеристики среды обитания. Особую актуальность изучение экпатогенного риска имеет в детской стоматологии, так как для развивающихся и активно растущих тканей челюстно— лицевой области опасны любые концентрации и дозы вредных веществ, и чем меньше возраст ребенка, тем чувствительнее его организм к патогенным факторам внешней среды. Поэтому уровень здоровья детского населения находится в прямой зависимости от интенсивности, продолжительности влияния загрязнения окружающей среды и степени адаптации к ней[1,2,3,4,7].

При действии патогенных факторов, экстремальных раздражителей или агентов это равновесие смещается в сторону усиления ПОЛ [9]. Повышение устойчивости организма при этом достигается путем мобилизации нейрогуморальных механизмов регуляции и усиления активности и ёмкости антиокислительной системы, являющегося одним из метаболических звеньев механизма адаптационной реакции организма. Большинство патологических состояний сопровождается усилением ПОЛ, которое является важным звеном их патогенеза [2,3,4]. Результаты исследования состояния ПОЛ и антиоксидантной защиты при влиянии техногенных факторов производственной и окружающей среды на организм детей неоднозначны и часто противоречивы.

Цель исследования: изучить состояние системы ПОЛ-АОСу детей начальных классов, проживающих в неблагоприятных социальных условиях.

Материалы и методы

Нами было обследовано у 38 детей в возрасте от 7 до 10 лет, из них 21девочка и 18 мальчика начальных классов г. Ташкенте Шайхонтоурский район общеобразовательная школа №324. Контрольная группа составила 12 практически здоровых детей.

Было произведено биохимическое исследование крови. Заранее было получено письменное согласие родителей на прохождение обследования.

Содержание содержание продуктов ПОЛ определяли по методу, описанному Н.Д. Стальной и Т.Г. Гаришвили (1977). Содержание гидроперекисей в сыворотке крови

определяли по методу Гаврилова В.В. и С.И. Мишкорудной (1983).Активность СОД в сыворотке крови определяли по методу Р.Н. Mirsa&I.S. Fridovich (1972) в модификации О.С. Брусова с соавторами (1982).

Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакета программ Statistica 6.0. Проверяли гипотезы о виде распределений (критерий Шапиро-Уилкса). Большинство наших данных не соответствуют закону нормального распределения, поэтому для сравнения значений использовался U-критерий Манна-Уитни, на основании которого рассчитывался Z – критерий и показатель достоверности р. Различия считали статистически значимыми при р<0.05.

Результаты и обсуждение

При проведении анализов была осуществлена раздельная оценка пероксидации нейтральных и дифильных липидов плазмы крови путем регистрации первичных (диеновые конъюгаты ацилгидроперекисей) и конечных (шиффовы основания) продуктов. У детей основной группы накопление продуктов ПОЛ во фракциях нейтральных липидов имеет тенденцию к повышению. Так, у детей контрольной группы (практически здоровые дети)содержание диеновых конъюгатов составило 0,64±0,15 усл.ед., тогда как у детей основной группы она была равна 0,78±0,03 усл.ед., что на 22% превысила исходные значения. Статистически значимые различия касаются уровней первичных и конечных продуктов ПОЛ, так, диеновые конъюгаты (ДК) в составляли 0,78±0,03 усл.ед, шиффовые основания (ШО) - 0,11±0,01. Уровень кетодиенов и сопряженные триены в контрольной группе были равны 0,32±0,08 усл. ед. тогда как, в группе детей основной группы она составила 0,32±0,08 усл.ед. Схожая динамика наблюдалось у обследуемых детей относительно шиффовых оснований, показатели основной группы превысили исходные значения 38%.

Таблица 1
Характеристика уровня продуктов ПОЛ у обследуемых лиц

Показатели	Группы обследованных	
	Контрольная группа (здоровые) n=12	Основная группа n=38
ДК, усл.ед,	0,58±0,15	0,78±0,03
КД и СТ, усл.ед,	0,27±0,08	0,37±0,003
ШО, усл.ед	0,048±0,01	0,11±0,01

Результаты определения активности показателей антиоксидантной защиты представлены в таблице 2. У детей основной группы отмечается повышение активности супероксиддисмутазы (СОД) на 8%, общей антиоксидантной активности (ОАА) плазмы крови на 19% (р<0,05) на фоне статистически не значимого снижения активности каталазы.

Таблица 2
Показатели антиоксидантной системы крови у обследуемых детей

Как показали проведенные нами исследования, у обследуемых детей исследуемой группы происходит активация свободнорадикального окисления и снижение уровня антиокислительных ферментов. Более выраженное нарастание ПОЛ на фоне снижения таких антиокислительных ферментов как СОД и каталаза, наблюдались у детей основной группы. Не исключено и влияние микроэлементов, влияющих пагубно на ферментную систему организма. При этом компенсаторные механизмы антиокислительной системы у детей не в состоянии перебороть высокую активность диеновых конъюгатов. Так, исходя из результатов наших исследований, дисбаланс окислительно-антиокислительной системы могут активировать развитие окислительного стресса.

Результаты наших исследований содержания стабильных продуктов окисления оксида азота в плазме крови обследуемых детей приведены в таблице 3. Уровень оксида азота был статистически значимо выше у детей основной группы в сравнении с контрольной группой в 1,79 раза.

Таблица 3

Содержание стабильных продуктов окисления оксида азота (НОВ плазме крови обследуемых детей)

Показатели	Группы обследованных	
	Контроль n=12	Основная группа n=38
NO, мкмоль/л	21,3±2,61	38,1±5,56

Группа обследованных	Показатели		
	СОД, ед/мл	Каталаза, мкмоль/мин^мл	ОАА, % ингибирования
Контрольная группа n=12	3,74±0,29	17,1±0,82	30,2±1,11
Основная группа	4,11±0,33	13,6±0,86	41,8±2,19*

Установлено с высокой степенью достоверности (p<0,05) у детей основной группы возрастание продукции оксида азота. Высокий уровень генерации оксида азота при данных состояниях вызывает токсический эффект, ведет к значительному повышению локальной концентрации сильного окислителя – пероксинитрита, способствуя повреждению мембранных структур клетки, ДНК, белков и других соединений. Следовательно, наблюдаемая динамика оксида азота в крови у детей основной группы, может иметь патогенетическое значение в выраженности патологического процесса происходящих в организме, включая интенсивность и обширность воспалительных изменений, метаболических нарушений, состояния процессов апоптоза и нарушений в микроциркуляторном русле челюстно-лицевой системе.

Согласно результатам наших исследований, у детей основной группы при сравнение с показателями детей контрольной группы присутствуют метаболические сдвиги в системах перекисного окисления липидов - антиокислительной защите и метаболизма оксида азота. Это свидетельствует на патогенетическую взаимосвязь нарушения ПОЛ-АОС и уровнем стоматологической заболеваемостью полости рта у детей.

Литература:

1. Хайдаров А.М. Состояние местного иммунитета полости рта детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах// Журнал Стоматология, № 1, 2016 стр.12-16.
2. Dahlén G, Konradsson K, Eriksson S, Teanpaisan R, Piwat S, Carlen A: A microbiological study in relation to the presence of caries and calculus. Acta Odontol Scand 2010, 68:199–206.
3. Хайдаров А.М. Распространенность и частота заболеваний пародонта у детей проживающих в городах с различной экологической обстановкой // Вестник Ташкентской Медицинской Академии 2015 №4, стр.103-106
4. Хайдаров А.М. Перекисное окисление липидов и антиокислительная система слюны при патологии пародонта// Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей. Ташкент 2010 13-14 апреля, стр 73-75.
5. Filoche S, Wong L, Sissons CH: Oral biofilms: emerging concepts in microbial ecology. J Dent Res 2010, 89:8–18.
6. Khaydarov A.M., Influence of ecologically unfavorable factors on the clinical and functional indices of the oral cavity of children// European science review № 7–8 стр. 76-78 Vienna • Prague 2017
7. Филиппов С.В., Михайлова Р.И., Бочкарева В.В. Профилактика кариеса зубов у детей в Якутии // Российский стоматологический журнал. – 2010. - №5. – С.42-43.
8. Хайдаров А.М., Ташкенбаева И.У., Особенности показателей системы ПОЛ и АОС ротовой жидкости у детей с детским церебральным параличом // Вестник Ташкентской Медицинской Академии 2019 №3 стр.172-175
9. Хайдаров А.М., Экологические факторы, влияющие на клинико-функциональные показатели полости рта детей// Инфекция, Иммунология и Фармакология 2018 № 1 стр.68-73



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азимов Мухамаджон Исмоилович,
Шомуродов Кахрамон Эркинович

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УРАНОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-9>

АННОТАЦИЯ

В настоящее время существует множество методик хирургического лечения детей с врожденной расщелиной нёба. Но, несмотря на это, детские челюстно-лицевые хирурги не всегда удовлетворены результатами лечения. При хирургическом лечении врожденной расщелины нёба хирурги должны не только закрыть дефект на всем его протяжении, но при этом необходимо удлинить нёбо так, чтобы оно обеспечивало полное разобщение ротоглотки от носоглотки и обеспечивало чистоту речи. Разработанный нами способ уранопластики, проводимый поперечным рассечением мягкого нёба с его удлинением и продольным ушиванием раны следует оценить как перспективный.

Ключевые слова: врожденная расщелина нёба, уранопластика

Azimov Maxammadjon Ismoilovich,
Shomurodov Qaxramon Erkinovich

Tashkent state dental institute,
Samarkand state medical institute, Uzbekistan

MODERN SURGICAL APPROACH TO URANOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

ANNOTATION

Currently, there are many methods of surgical treatment of children with congenital cleft palate. But despite this, children's maxillofacial surgeons are not always satisfied with the results of treatment. In the surgical treatment of a congenital cleft palate, surgeons must not only close the defect throughout its entire length, but also lengthen the palate so that it ensures complete separation of the oropharynx from the nasopharynx and ensures the purity of speech. The method of palatoplasty developed by us, which is carried out by a cross section of the soft palate with its elongation and longitudinal suturing of the wound, should be evaluated as promising.

Keywords: congenital cleft palate, uranoplasty

Азимов Мухамаджон Исмоилович,
Шомуродов Кахрамон Эркинович

Тошкент давлат стоматология институти,
Самарканд давлат тиббиёт институти, Узбекистон

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА УРАНОПЛАСТИКАГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

АННОТАЦИЯ

Хозирги вақтда танглай тугма кемтиклари бўлган болаларни жаррохлик даволашининг кўплаб усуллари мавжуд. Аммо, шунга қарамай, болаларнинг юз-жағ жаррохлари ҳар доим ҳам даволаш натижаларидан қониқиш ҳосил қилмайди. Танглай тугма кемтикларини жаррохлик даволашда жаррохлар нуксонни нафақат унинг бутун узунлиги бўйлаб ёпишлари керак, балки танглайни шунчалик узайтириш кераки кейинчалик аниқ нутқни таъминлаш учун. Биз томонидан ишлаб чиқилган

юмшоқ танглайни кўндаланг кесиш орқали ярани бўйлама чоклари билан уранопластика усулини истиқболли деб ҳисоблаш мумкин.

Калит сўзлар: танглай тугма кемтиклари, уранопластика

В настоящее время существует множество методик хирургического лечения детей с врожденной расщелиной нёба. Но, несмотря на это, детские челюстно-лицевые хирурги и сами пациенты не всегда удовлетворены результатами лечения, так как у ряда детей речь остается невнятной, с выраженной ринолалией [1,2,5,8].

При хирургическом лечении врожденной расщелины нёба (ВРН) хирурги должны не только закрыть дефект на всем его протяжении, но при этом необходимо удлинить нёбо так, чтобы оно обеспечивало полное разобщение ротоглотки от носоглотки и обеспечивало чистоту речи [3].

V. Veau предпринял попытки удлинить мягкое нёбо, отделив при этом мышцы мягкого нёба от патологического прикрепления на задней части горизонтальной небной пластинки твердого нёба. Wardill и Kilner в 1937 г. разработали так называемую “Оксфордскую методику” одноэтапной уранопластики, которая представляет собой перемещение небных слизисто-надкостничных лоскутов (V-Y), которые дают существенный прирост длины нёба [9].

L.T. Furlow (1976) предложил способ удлинения мягкого нёба при помощи выкроенных и взаимно перемещаемых треугольных лоскутов на двух уровнях в противоположных направлениях. Медиальной стороной каждого из лоскутов является край несращения, окончанием латерального разреза – точка в области крючка крыловидного отростка. Лоскуты на передней ножке содержат только слизистую оболочку, лоскуты на задней ножке – слизистую оболочку и мышцы мягкого нёба. При взаимном перемещении мышечные слои дублируются и способствуют восстановлению функции нёбной занавески. Но при этом ориентация мышечных волокон не соответствует нормальной, а при широких расщелинах может возникать напряжение в области операционной раны на мягком нёбе и укорочение нёба по сагиттали (В.С. Дмитриева и Р.Л. Ландо, 1968; Л.В. Харьков, 1982; А.Г. Гулюк, 2002) [4, 9].

K. Kobus (1984) удлинение нёба производил с помощью V-Y пластики на границе твердого нёба, а пластику мягкого нёба через 3 месяца после первого этапа [9].

Из многочисленных работ видно, что авторы уделяют серьезное внимание удлинению нёба при уранопластике. Наличие большого количества исследований, посвященных данной проблеме, подтверждает ее актуальность и необходимость дальнейшего поиска решения этого вопроса [2,3,5,6,7].

Цель работы: представить разработанный нами способ уранопластики, проводимый поперечным рассечением мягкого нёба с его удлинением и продольным ушиванием раны.

Материал и методы. Начиная с 2008 г. в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института проводится операция уранопластики при лечении детей с ВРН разработанным нами способом. Этот способ по

легкости и техническим характеристикам оправдывает себя при восстановлении анатомо-функциональных качеств нёба у детей с данной патологией.

Далее приводим методику проведения операции с удлинением мягкого нёба:

1. Под эндотрахеальным наркозом устанавливаем роторасширитель. Голова ребенка максимально запрокидывается.
2. После тщательной антисептической обработки носоротовой области медицинским фломастером чертим линию разреза и инфильтрируем мягкие ткани нёба анестетиками.
3. Захватив хирургическим пинцетом слизистую края дефекта на уровне соединения мышц с апоневрозом, поперечно рассекаем мягкое нёбо на обеих сторонах на всю его толщину до 8-12мм (не всегда фрагменты расщелины бывают симметричны, поэтому длина разреза может быть не одинаковой в зависимости от индивидуальности расщелины). Дефект приобретает форму ромба.
4. Срезаем полоску слизистой оболочки вдоль края расщелины мягкого нёба от нижнего края поперечного разреза до конца язычка с обеих сторон.
5. Отслаиваем слизисто-надкостничный лоскут (СНЛ), вытягиваем и препарлируем сосудисто-нервные пучки (СНП) с обеих сторон так, чтобы СНЛ мог свободно перемещаться по плоскости к середине и кзади. Отделяем слизистую носа от твердого нёба.
6. Рассасывающей нитью ушиваем слизистую носа от вершины до конца язычка выворотными швами, на мышцы мягкого нёба накладываем узловые швы. При наложении швов происходит перестановка мышцы *m.velopalatine* и *m.palatopharyngeus*, которые расположены вдоль края расщелины. Эти мышцы разворачиваются на 90 градусов относительно исходного положения, затем их ушиваем «конец в конец». Дефект, образованный после поперечного рассечения мягкого нёба, приобретает продольный вид, благодаря этому удлиняется нёбо. Завершаем операцию ушиванием ротовой слизистой. Клинический пример представлен на рисунке 1.

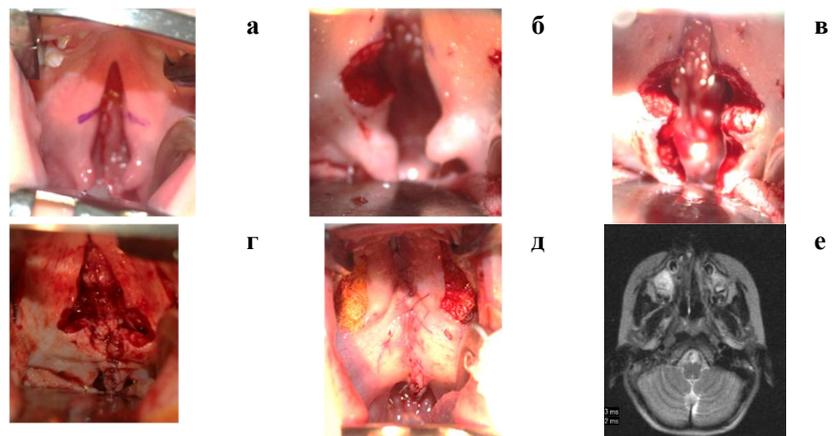


Рис-1. Клинический пример: а - вид до операции: расщелина нёба 3а степени, фломастером отмечены линии

разреза на мягком нёбе; б - проведены поперечные разрезы на мягком нёбе; в - поперечные разрезы обеих сторон и иссечение слизистой оболочки края мягкого нёба и язычка; г - сшивание слизистой носа с вершины до конца язычка выворотными швами с перестановкой мышцами. velopalatine и m. palatopharyngeus, расположенных вдоль края расщелины и их ушивание «конец в конец», с формированием язычка мягкого нёба; д - сшивание слизистой оболочки рта; з - равномерная МРТ визуализация небо-глоточного кольца после операции на 14 сутки.

У 76 детей с различными степенями расщелины нёба, оперированных предложенным нами способом, измерялось расстояние от вершины расщелины до расщепленного язычка и расстояние между боковыми стенками глотки до и после операции, полученные данные представлены в таблице 1.

Из показателей таблицы видно, что расстояние от вершины расщелины до кончика язычка после операции неба удлиняется до 79,3±0,61мм в возрасте от 8 месяцев до 3 лет; в возрасте 3-6 лет - до 84,2±0,8мм и до 93,4±1,1мм расстояние удлиняется у детей в возрасте 6-14 лет; расстояние краев боковых стенок глотки составляет 22,3±1,2мм после операции в возрасте 8мес.-3 года, 30,3±1,2мм - у детей 3-6 года, 32,1±0,9мм в возрасте 6-14 лет.

Таблица 1.
Антропометрические параметры от вершины расщелины до расщепленного язычка и расстояние боковых стенок глотки до и после уранопластики с расщелинами неба у детей в возрастном аспекте, М ± m (в мм)

Определяемые	Возрастная группа и число детей		
	8 мес.-3 года n=36	3 – 6 лет n=19	6 -14 лет n=21

параметры у детей (n=76)	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Длина вершины расщелины до кончика язычка до и после операции	68,7±0,71	79,3±0,61	75,9±1,5	84,2±0,8	80,2±1,2*	93,4±1,1
Расстояние краев боковых стенок глотки до и после операции	28,7±0,9	22,3±1,2	36,5±1,5	30,3±1,2	41,3±1,6*	32,1±0,9

Примечание. * – P < 0,05 достоверно по сравнению с показателями возрастной группы 8 мес. –3 лет.

Анализ результатов проведенных операций показал, что после пластики поперечным рассечением мягкого нёба с продольным соединением раны у больных с ВРН, дефект полностью устранен. У всех больных заживление шло первичным натяжением. Рецидивов ротоносового соустья и дефектов твёрдого и мягкого нёба не отмечалось.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения детей с врожденными расщелинами нёба с последующим наблюдением в течение 4-8 лет после операции, следует оценить как положительный и перспективный. Влияние разработанного способа уранопластики на развитие верхней челюсти и на качество речи будет представлено в следующих публикациях.

Список литературы

1. Бессонов С.Н. Хирургическое лечение врожденных и вторичных деформаций лица при расщелинах верхней губы и неба: дис. ... д-ра мед.наук.– Смоленск, 2007. - 270 с.
2. Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. – Тверь: РИО ТГМА, 2000. - С.160-167.
3. Мамедов Ад. А. Клинико-анатомическая классификация врожденной расщелины верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С.155 – 157.
4. Мкртумян Э.С., Шахматова Е.В., Лопатин А.В., Ясонов С.А. Небно-глоточная недостаточность и совершенствование методов по ее устранению // Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения.– Москва, 2002.– С. 162-163.
5. Ходжамуратов Г.М., Шаймонов А.Х., Тухтаев Ф.М. Восстановление нормальной анатомии мышц мягкого неба при его врожденной расщелине // Вестник Авиценны. – 2015. - №3 (64). – С.28-31.
6. Чуйкин С.В., Персин Л.С., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – Москва: Медицинское информационное агенство, 2008. – 368 с.
7. Le Т.М. Aesthetic rehabilitation involving a cleft lip and palate // Dent. Today. - 2008. – Vol. 27, N 10. – Pp. 124,126, 128.
8. Ommerlad В.С. A technique for Cleft Palate Repair // Plast Reconstr Sur, 2003. - Vol. 112(6).– Pp. 1542-1548.
9. Wyszynski D.F. Cleft lip and palate – from origin to treatment. – Oxford university press, 2002. - Pp. 326-331.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хушвакова Нилуфар Журакуловна,
Давронова Гулрух Бахтиёровна
Самаркандский Государственный
медицинский институт, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-10>

РЕЗЮМЕ

Применение цитофлавина является эффективным в лечении больных с ХСНТ для превентивной терапии с целью поддержания стабильности слуховых порогов при отсутствии мутации A1555G митохондриального гена, наличие которой является фактором прогрессирования тугоухости, что требует проведения электроакустической коррекции с планированием в будущем кохлеарной имплантации. В группе со стандартным лечением выраженных статистически значимых изменений не выявлено, однако стоит учесть, что монотерапия является предпочтительной как с экономической позиции, так и медицинской позиции, когда применение нескольких препаратов является затратным и трудоемким процессом, не всегда влекущим положительный результат. В результате исследования показало, что комплексное лечение с препаратом цитофлавин приводит к улучшению мозгового кровообращения и коронарного кровотока, активизирует метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует более выраженному регрессу неврологической симптоматики в основной группе в 2 - 3 раза по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: Сенсоневральная тугоухость, молекулярно-генетические методы, митохондриальная приобретенная мутация, традиционное лечение, цитофлавин.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна,
Давронова Гулрух Бахтиёровна,
Самарканд давлат тиббиёт
институту, Ўзбекистан

ОРТИРИЛГАН НЕЙРОСЕНСОР ЭШИТИШ ПАСАЙИШИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

АННОТАЦИЯ

A1555 G митохондриал генининг мутацияси бўлмаган тақдирда эшитиш бўсағасининг барқарорлигини таъминлаш учун профилактика мақсадиди цитофлавиндан фойдаланиш сенсоневрал эшитиш пасайиши бўлган беморларни даволашда самаралидир, унинг мавжудлиги эшитиш йўқолиши ривожланишида омил бўлиб, келажакда кохлеар имплантация режаси билан электроакустик тузатишни талаб этади. Анъанавий усулда даволанган гуруҳда статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар топилмади, аммо шуни эътиборга олиш керакки монотерапия ҳам иқтисодий нуқтаи назардан, ҳам тиббий нуқтаи назардан афзалроқдир. Бир неча дориларни қўллаш қиммат ва вақт талаб қиладиган жараён бўлиб, ҳар доим ҳам ижобий натижага олиб келмайди. Тадқиқот натижасида цитофлавин билан комплекс даволаш мия кон айланишини ва коронар кон оқшининг яхшиланишига олиб келади, марказий асаб тизимидаги метаболит жараёнларни фаоллаштиради ва асосий гуруҳдаги беморларда неврологик симптомларни назорат гуруҳидаги беморлари билан таққослаганда 2-3 баровар қўпайганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: Сенсоневрал эшитиш пасайиши, молекуляр-генетик усуллар, ортирилган митохондриал мутация, анъанавий даво, цитофлавин.

Hushvakova Nilufar Jurakulovna,
Davronova Gulrukh Bakhtiyorovna
Samarkand State Medical institute, Uzbekistan

A MODERN VIEW ON DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE PURCHASED NEUROSENSITIVE DEAF**SUMMARY**

The use of citoflavin is effective in the treatment of patients with CHF for preventive therapy in order to maintain the stability of auditory thresholds in the absence of a mutation of the A1555 G mitochondrial gene, the presence of which is a factor in the progression of hearing loss, which requires electroacoustic correction with a plan for future cochlear implantation. In the group with standard treatment, no statistically significant changes were found, however, it should be noted that monotherapy is preferable both from an economic point of view and a medical position, when the use of several drugs is an expensive and time-consuming process that does not always entail a positive result. As a result of the research, it was shown that complex treatment with the preparation of cytoflavin leads to an improvement in cerebral circulation and coronary blood flow, activates metabolic processes in the central nervous system, contributes to a more pronounced regression of neurological symptoms in the main group 2 to 3 times compared to the control group.

Key words: sensorineural hearing loss, molecular-genetic methods, mitochondrial acquired mutation, traditional treatment, citoflavin

Одним из наиболее актуальных вопросов современной оториноларингологии является совершенствование методов ранней диагностики и прогнозирования нейросенсорной тугоухости. Успехи в этом направлении определяют своевременность постановки диагноза, что в свою очередь будет определять тактику ведения таких больных [1, 12]. Это особенно актуально для нашей республики, где в силу национальных обычаев и традиции, социально-экономических причин, а также географических условий, инбредные браки у коренного народа являются довольно частым явлением [10,13].

С каждым годом число больных, страдающих этой патологией, неуклонно растет. По данным Всемирной организации здравоохранения 4-7% населения страдает нарушениями слуховой функции (у взрослых - 17,6 случаев на 1000, у детей 1,2 случая на 1000) [2,3,6].

Под инвалидизирующей потерей слуха понимается потеря слуха в слышащем лучше ухе, превышающая 40 дБ у взрослых людей и 30 дБ у детей. (ВОЗ,2016). Определенную роль в увеличении частоты НСТ приобретают заболевания и нарушения нервной системы (как центральной, так и периферической), факторы, поражающие звуковоспринимающий анализатор (инфекционные, аутоиммунные болезни), а также травматические, метаболические, сосудистые, ототоксические причины.

Прогресс в исследовании проблемы НСТ связан с активным внедрением генетической биологии в исследования патологии слуха у человека, благодаря чему были открыты гены глухоты отвечающие за развитие патологии слуха [10, 14]. Для изучения генетики человека разработаны и успешно используются комплексные методы, включающие клинко-генеалогический (метод родословных), популяционно-статистический, близнецовый, дерматоглифики и пальмоскопии, цитогенетический, молекулярно-цитогенетические: биохимические, молекулярно-генетические методы и метод генетики соматических клеток. На основании совокупности методов основана пренатальная диагностика наследственных заболеваний.

В последнем десятилетии научный прогресс в исследовании проблемы НСТ обязан разработке и внедрению в медицинскую практику биотехнологических методов молекулярной биологии [15]. Благодаря им стало возможным открытие молекулярно-генетических факторов, определяющих наследственную природу нарушения слуха, понимание молекулярной патофизиологии тугоухости, а также разработка принципиально новых методов ее лечения и стратегии профилактики [4,7,9].

Исследования наследственного фактора НСТ достаточно широки и это актуально не только для sporadic НСТ, но и для приобретенной НСТ, когда причиной являются экзогенные факторы при наличии митохондриальных приобретенных мутаций. Поэтому исследования в этом направлении - решение задачи первичной профилактики вариантов НСТ при конституционально-детерминированной повышенной чувствительности к шумовому и ототоксическому (аминогликозидные антибиотики, цисплатин) повреждению, а также развитию пресбиакузиса [5,8,11].

Таким образом, исследования клинко-этиопатогенетических данных нейросенсорной тугоухости, приобретенной в различные возрастные периоды, представляется своевременной и актуальной и является перспективным направлением современной оториноларингологии.

В настоящее время накапливаются сведения о важной роли генетических факторов формировании НСТ, так как исследование генетической стороны этого вопроса дает возможность выявить тугоухость до функциональных нарушений органа слуха.

Цель исследования: повышение эффективности ранней диагностики, установлении роли этиопатогенетических факторов приобретенной нейросенсорной тугоухости.

Материалы и методы: Нами обследовали 89 больных, из них 32 дети в возрасте от 12 лет до 18 лет, 57 взрослые в возрасте от 18 лет до 45 лет в ЛОР отделении ОМДМЦ Самаркандской области и клиники СамМИ №1.

Хроническая СНТ выявлена у 63 больных, при этом 32 больных (50,8%) дети и 31 больной (49,2%) – взрослые.

Всего у 63 больных с ХСНТ выявлено поражение 114 ушей, как одностороннего так и двухстороннего характера. Поражение слуха одностороннее у 12 больных (19%) и двухстороннее – 51 больного (81%), что совпадает с данными литературы о превалировании двухстороннего поражения слухового анализатора сенсоневрального типа. Возрастное распределение выявило не выявило преобладаний, как в детской, так и во взрослой группе, при этом доля одностороннего поражения была в 2 раза меньше, чем двухстороннего: 17,5% и 33,3% соответственно. Во взрослой же группе в основном встречалось двухстороннее поражение – 47,6%.

Сроки первичного обращения с проведением исследования больных с хронической СНТ были более года, при этом детский контингент не мог определить длительность и начало заболевания.

Исследование причинно-следственных данных при хронической СНТ имело некоторые сложности, основной из которых являлось развитие заболевания постепенно без выраженных острых моментов в связи с чем выявленные факторы явились факторами, предрасполагающими и возможно спровоцировавшими развитие СНТ, однако определенно выявить прямую связь с данными факторами не удалось. Чаще всего больные упоминали связь с перенесенными инфекционными заболеваниями, однако точно указать, что именно после данной инфекции отмечено развитие данного заболевания так же не удалось, а также прием ототоксических препаратов – однако больными и в этих случаях отмечали ухудшение слуха, но не резкую потерю слуха. Таким образом, можно констатировать что в отличии от острой СНТ при которой в большинстве удается установить причинные факторы её развития, при хронической СНТ мы лишь можем предполагать и выявлять факторы не причины а предрасположения к развитию СНТ (табл. 1).

Таблица 1

Причинные и предрасполагающие факторы, влияющие на развитие хронической СНТ

Фактор	Кол-во больных (n/%)	
	дети	взрослые
Анте-, пери- и неонатальные причины в анамнезе	5/7,9	-
Ототоксические препараты	11/17,5	7/11,1
Инфекционные заболевания	9/14,3	2/3,2
Черепно-мозговая травма	-	5/7,9
Нарушения слуха у родственников, сопровождающиеся поражением слухового анализатора	5/7,9	4/6,3
Производственные факторы (шумы, вибрация и т.д.)	-	4/6,3
Наличие дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника	1/1,6	2/3,2
Заболевания сопровождающиеся изменениями в сердечно-сосудистой системе, включая изменения реологических свойств крови	-	7/11,1
Отсутствие фактора	6/9,5	7/11,1

При обследовании больные предъявляли два вида жалоб снижение слуха и шум в ушах, при этом в детской группе – шум в ушах больные отрицали. Среди взрослого контингента шум в ушах предъявляли 12 больных (38,7%) при этом характер шума был от интенсивного до незначительного, по 10 бальной шкале ВАШ больные оценивали свой шум от 3 баллов до 7 баллов, при этом в интенсивный навязчивый шум встречался при двухсторонних поражениях (таб. 2).

Таблица 2

Жалобы больных в момент обследования

Жалобы больных	дети	взрослые
----------------	------	----------

	N=32	%	N=31	%
Снижение слуха	32	100	31	100
Шум у шах	-	0	12	38,7
головокружение	-	0	-	-

Из камертональных проб была проведена проба Вебера, которая была оценена у всех больных, при этом при односторонних поражениях в 3 случаях больные не смогли определить латерализация, что мы связываем с возрастом больных (детский контингент) в остальных 14,3% (9 больных) латерелизация была правильной – в сторону здорового уха. При двухсторонних поражениях правильная латерализация в лучше слышащее ухо в 24 случаях (38,1%) взрослого контингента, среди детского возраста больные не смогли определить сторону лучше слышащего уха.

Аудиологические исследования проведены у 63 больных, всего обследовано 114 ушей, справа – 59 ушей, слева 55 ушей.

При этом выявлено, что 3 степени СНТ было фиксировано у 53 ушей, 4 степени фиксировано в 61 ухе (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных с ХСНТ по группам поражения и порогам слуха

Сторона поражения	2-х стороннее поражение n=51		Одностороннее поражение n=12		всего
	AD n=51	AS n=51	AD n=8	AS n=4	
2 степень	-	-	-	-	-
3 степень	29	18	5	1	53
4 степень	22	33	3	3	61
	51	51	8	4	114

Импедансометрия проведенная у больных выявила два типа кривых тип А в 88 ушах (77,2%) и тип As в остальных 26 случаях (41,2%), при этом тип кривой был с более низкой амплитудой и закруглённым пиком, так же значения интратимпанального давления оставались в пределах нормальных значений, что является признаком отсутствия каких-либо воспалительных или иных процессов в среднем ухе.

Более информативным является измерение акустического рефлекса, которая выявила отсутствие акустического рефлекса в большинстве исследований, при этом в 13 случаях фиксировался акустический рефлекс на низких частотах с низкой амплитудой кривой.

Таким образом, анализ данных импедансометрии показал изменения при хронической СНТ характеризующееся отсутствием или низкими показателями акустического рефлекса, что подтверждало потерю восприятия звуков сенсоневрального характера.

Больные с хронической СНТ для определения эффективности лечения поделены на три группы:

1 группа – группа сравнения (n=12) – сюда вошли больные только с односторонними поражениями, лечение проводится по стандартной методике – применение препаратов следующего характера: нейропротекторы; антигипоксанты; нейротрофические средства; препараты, влияющие на процессы тканевого и клеточного обмена, а

также на процессы регенерации нервной ткани.

2 группа – больные получавшие рекомендованный комплекс ведения ХСНТ с использованием в виде монотерапии цитофлавина и слухопротезированием, вошли все больные с двухсторонними поражениями (n=51). Данная группа была подразделена на 2 подгруппа – в первую вошли больные с отрицательным скринингом, во вторую – больные у которых выявлено наличие мутации по гетеплазмии митохондриального гена A1555G. Хроническая СНТ выявлена у 63 больных, при этом 32 больных (50,8%) дети и 31 больной (49,2%) – взрослые (табл. 4).

Таблица 4
Распределение больных с хронической СНТ по группам с характеристикой степени тяжести СНТ

Сторона поражения	2-х стороннее поражение n=51				Одностороннее поражение n=12/%		всего
	Группа без A1555G N=40/%		Группа с A1555G N=11/%		AD n=8	AS n=4	
	AD n=4	AS n=4	AD n=1	AS n=1			
До лечения							
1 степень	-	-	-	-	-	-	-
2 степень	-	-	-	-	-	-	-
3 степень	24/60	14/35	5/45,4	4/36,4	5/62,5	1/2,5	53/46,5
4 степень	16/40	26/65	6/54,6	7/63,6	3/37,5	3/7,5	61/53,5
всего	40	40	11	11	8	4	114
После лечения 10 дней							
2 степень	-	-	-	-	-	-	-
3 степень	24/60	14/35	5/45,4	4/36,4	5/62,5	1/2,5	53/46,5
4 степень	16/40	26/65	6/54,6	7/63,6	3/37,5	3/7,5	61/53,5
всего	40	40	11	11	8	4	114
После лечения через 6 месяцев							
2 степень	-	-	-	-	-	-	-
3 степень	24/60	14/35	3/37,5	3/37,5	4/50	1/2,5	49/43
4 степень	16/40	26/65	8/72,7	8/72,7	4/50	3/7,5	65/57
всего	40	40	11	11	8	4	114
После лечения через 12 месяцев							
2	-	-	-	-	-	-	-

степень							
3 степень	24/60	14/35	2/18,2	3/37,5	1/12,5	1/2,5	45/39,5
4 степень	16/40	26/65	9/81,8	8/72,7	7/87,5	3/7,5	69/60,5
всего	40	40	11	11	8	4	114
p							

В группе сравнения было 12 больных, 12 ушей, справа – 8 ушей, слева – 4 уха. Во второй группе исследования всего было 51 больной, 102 ушей, из них в подгруппе с A1555G - 11 больных, 22 уха, в группе без A1555G – 40 больных, 80 ушей.

Анализ рекомендованного лечения больных с ХСНТ проведен в сроки 10 дней, 6 месяцев и 12 месяцев.

Через 10 дней после лечения по жалобам отмечено снижение интенсивности шума в ушах, субъективно улучшение слуха больные не отмечали, лишь в некоторых случаях отмечено улучшение разборчивости речи без значимой разницы по группам исследования. Аудиометрические данные через 10 дней после лечения во всех группах не выявили никаких сдвигов порогов слуха. Через 6 месяцев после второго курса лечения стабильные пороги слуха в группе исследования без наличия мутации A1555G. В группе с мутацией по гену A1555G отмечена ухудшение порогов слуха на 10-30дБ 18,1% ушах, в то время как в группе сравнения ухудшение отмечено в 12,5% ушах.

Исследования порогов слуха через 12 месяцев после третьего курса лечения выявили следующие изменения: в группе исследования при наличии A1555G мутации ухудшение порогов слуха по сравнению с показателями 6 месяцев в 9,1% ушах и по сравнению с начальными показателями в 27,2% ушах; в группе сравнения ухудшение порогов слуха по сравнению с показателями 6 месяцев в 37,5% ушах и по сравнению с начальными показателями в 50% ушах, в группе же исследования без A1555G мутации пороги слуха оставались стабильными без их снижения.

Таким образом можно резюмировать что применение цитофлавина является эффективным в лечении больных с ХСНТ для превентивной терапии с целью поддержания стабильности слуховых порогов при отсутствии мутации A1555G митохондриального гена, наличие которой является факторов прогрессирования тугоухости, что требует проведения электроакустической коррекции с планированием в будущем кохлеарной имплантации. В группе со стандартным лечением выраженных статистически значимых изменений не выявлено, однако стоит учесть, что монотерапия является предпочтительной как с экономической позиции, так и медицинской позиции, когда применение нескольких препаратов является затратным и трудоемким процессом, не всегда влекущим положительный результат.

Литература

1. Абдулкеримов Х. Т., Карташова К. И. Состояние свёртывающей системы крови у пациентов с сенсоневральной тугоухостью // Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб, 2011. – № 2. – С. 3–7.
2. Арифов С. С. Значение регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов в комплексной оценке состояния слуха у детей // Стоматология. 2010. № 3-4. С. 43-44. Ўзбекистон оториноларингологларнинг 1 конгресси материаллари.

3. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология. СПб. : Гиппократ, 2016, 728с.
4. Косяков С. Я., Атанесян А. Г., Цаголова К. С. Нейротропная терапия в лечении острой сенсоневральной тугоухости после перенесенной вирусной инфекции // Вестник оториноларингологии. 2014. №1. С. 55-57.
5. Маткулиев Х. М., Маткулиев К. Х. Нарушение слуха при расстройствах церебральной гемодинамики // Республика илмий-амалий конференция-си тезислар туплами «Болалар оториноларингологиясининг долзарб муаммолари». 28-29 сентябрь, 2006. Тошкент, 2006. С. 18-19.
6. Пальчун В.Т. Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости / В.Т. Пальчун, И.В. Иванец // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей / 1-ая ГКБ им. Н.И. Пирогова. - М., 2012. - С. 159-160.
7. Хакимов А. М., Арифов С. С., Туляганов А. А. Эффективность комплексного лечения приобретенной сенсоневральной тугоухости по данным коротколатентных слуховых вызванных потенциалов // Stomatologia. Т., 2010. №3-4. С. 72-73.
8. Хушвакова Н.Ж., Давронова Г.Б. Оптимизация лечения приобретенной нейросенсорной тугоухости// Новые технологии в оториноларингологии. Омск, 2014. №2 .С. 118-124.
9. Хушвакова Н.Ж., Давронова Г.Б . Усовершенствование методов лечения приобретенной сенсоневральной тугоухости// Российская оториноларингология № 4 (77) 2015. С . 102-105.
10. Хушвакова Н.Ж., Давронова Г.Б. Усовершенствование методов лечения наследственно обусловленных форм приобретенной нейросенсорной тугоухости// «Sciences of Europe» №27(27) vol 2, 2018y. С. 27-30 .
11. Capaccio P., Ottaviani F., Cuccarini V. Methylenetetrahydrofolate reductase gene mutations as risk factors for sudden hearing loss // Am. J Otolaryngol. 2005. Vol.26. P. 383-387.
12. Guidelines for the early audiological assessment and management of babies referred from the newborn hearing screening programme. NHSP Clinical Group. Version 3.1, July 2013. Available at <http://hearing.screening.nhs.uk/audiologyprotocols>
13. Morzaria S., Westerberg D., Kozak F.K.. Evidence-based algorithm for the evaluation of a child with bilateral sensorineural hearing loss // J Otolaryngol. 2005. Vol.34. P. 297 -303.
14. Roush, P.A., Frymakr, T., Venediktov, R. et al. Audiologic management of auditory neuropathy spectrum disorder in children: A systematic review of the literature// Am J Audiol. – 2011. - V.20. – P. 159-170.
15. Sampaio AL, Araujo MF, Oliveira CA. New criteria of indication and selection of patients to cochlear implant. International journal of otolaryngology 2011;2011:573968.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ризаев Жасур Алимджанович
Шамсиев Жамшид Азаматович
Шамсиев Равшан Азаматович
Зайниев Сухроб Сабирович
Самаркандского государственного
медицинского института, Узбекистан

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-11>

АННОТАЦИЯ

На базе 2-клиники Самаркандского государственного медицинского института проведен анализ лечения 122 пациентов с различными видами врожденных расщелин верхней губы и неба. В результате проведенных исследований выявлено, что врожденные расщелины верхней губы и неба встречаются в сочетании с аномалиями развития других органов. Основными из них были- короткая уздечка губ и языка у 76 пациентов, низкий индекс массы тела у 97, деформация позвоночника у 6, косолапость у 19, врожденное плоскостопие у 5, врожденная дисплазия тазобедренного сустава у 2, дефекты развития мочевыделительной системы у 19, пренатальная энцефалопатия у 46, врожденная мышечная недостаточность у 15 детей. Анализ проведенного исследования показал, что для достижения высокого уровня медицинской помощи детям с данной патологией требуется четкая и единая, взаимосвязанная тактика всех специалистов, участвующих в лечении ребенка с врожденной расщелиной губы и неба.

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и неба, пороки развития, лечение, дети.

Rizaev Jasur Alimjanovich
Shamsiev Jamshid Azamatovich
Shamsiev Ravshan Azamatovich
Zainiev Sukhrob Sabirovich
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

ACCOMPANYING DEFECTS OF DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF LIP AND PALATE

ABSTRACT

An analysis of the treatment of 122 patients with various types of congenital clefts of the upper lip and palate was performed on the basis of the 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute. As a result of our studies, it was found that congenital clefts of the upper lip and palate are found in combination with developmental abnormalities of other organs. The main ones were short frenulum of lips and tongue in 76 patients, low body mass index in 97, vertebral deformity in 6, clubfoot in 19, congenital flat feet in 5, congenital dysplasia of the hip joint in 2, defects in the development of the urinary system in 19, prenatal encephalopathy in 46, congenital muscle failure in 15 children. Analysis of the study showed that to achieve a high level of medical care for children with this pathology, a clear and uniform, interconnected tactics of all specialists involved in the treatment of a child with congenital cleft lip and palate is required.

Keywords: congenital clefts of the upper lip and palate, malformations, treatment, children.

Ризаев Жасур Алимджанович
Шамсиев Жамшид Азаматович
Шамсиев Равшан Азаматович
Зайниев Сухроб Сабирович

**БОЛАЛАРДА ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ТУҒМА ЁРИҚЛАРИ БИЛАН РИВОЖЛАНАДИГАН БИРГАЛИКДАГИ
НУҚСОНЛАР****АННОТАЦИЯ**

Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 2-клиникасида юқори лаб ва танглай туғма кемтикли 122 нафар беморни даволаш таҳлили ўтказилди. Олиб борилган тадқиқотлар натижасида юқори лаб ва танглайнинг туғма битмаслиги бошқа аъзолар ривожланишининг аномалиялари билан биргаликда кечиши аниқланган. 76 беморда тил ва лаб тутқичининг туғма калталиги, 97 беморда тана вазнининг пастлиги, 6 ҳолатда умуртка поғонаси деформацияси, 19 ҳолатда туғма маймоқлик, ясси оёқлик -5, чанок-сон бўғимининг дисплазияси-2, сийдик чиқариш тизимининг ривожланиш нуқсонлари-19, перенатал энцефалопатия-46 ва мушакларнинг туғма этишмовчилиги-15 ҳолатда кузатилди. Тадқиқот таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу патологияга эга бўлган болаларга юқори даражадаги тиббий ёрдам кўрсатиш учун касалликни даволашда иштирок этадиган барча мутахассисларнинг аниқ ва ягона, ўзаро боғланган тактикаси талаб этилади.

Калит сўзлар: клиникасида юқори лаб ва танглай туғма кемтиклари, туғма нуқсонлар, даволаш, боолалар.

To the most widespread of congenital defects of development refers congenital cleft of upper lip and palate. The birth rate of children with the fact of defect is composed of about 86% anomalies of jaw-facial area and 20-30% defects of development of man [9]. Basically, clefts of lip and palate are considered polygenic multifactorial diseases. They may occur as isolated defect of development and was been one of the symptoms of congenital syndromes (syndrome Van-der-Vud, Pier Robin and others). Besides, in majority of sick children with congenital clefts of lip and palate are occurred accompanying congenital defects of development of other organs and system (heart, lungs, kidneys and others), and it is also important to take into consideration in forming plan of treatment.

Immediately, after birth of a child with these anomalies of development in maternity hospital is established exact clinic-anatomical diagnosis and determined the plan of surgical and conservative treatment. In case of need child is moved to the surgical department of newborns where is carried out examination, revealed congenital defects of development of other organs and system, diagnosed accompanying somatic and nervous diseases [1,7,8]. In the presence of accompanying defects of development, severe somatic diseases, diseases of central nervous system the time of surgical treatment are separated. Surgical rehabilitation must be finished not later 5-6 years with that estimation that the child can go to ordinary school [1,7]. Children with Daun, Little, children cerebral paralysis and other rough pathology of organism on contraindications may be operated in later estimations [1,2,5]. Therefore, in the period new birth is composed of individual plan of preparation of patient to the surgical operation with taking into consideration of gravity of defect of development in the maxillary-facial area accompanying defects and somatic status condition of the child [4,6,7,10].

Aim: To reveal accompanying defects of development (ADD) in children with congenital cleft of lip and palate.

Materials and methods: For the examination and correction 122 patients from them with congenital cleft of lip – 68(55.74%), palate- 13(10.66%), one-sided- 96 (88.07%), two-sided- 13 (11.93%) patients, girls- 47(43.12%) and boys accordingly-62 (56.88%) were in the clinic № 2 of SamMI during 2004-2014. 54 patients from them complete cleft of palate -52 (96.30%), with incomplete- 2 (3.70%), girls-19 (35.19%), boys – 35 (64.81%) were with non closure palate. In primary referencing these children was carried out complete clinic-laboratory examination including clinical, laboratory and instrumental examinations of patients with examination of

qualified specialists such as jaw-facial surgeon, INT doctor, geneticist, orthopedist, pediatrician in necessarily neurologist, hematologist and orthopedist-traumatologist.

Carried out research was showed that the children with congenital cleft of upper lip and palate accompanying defects of development were registered in the area of head, neck, extremities and trunk and were often combined [3,5].

The main of them were short frenum of lip and tongue in 76 patients, low index of body weight in 97, deformation of vertebra in 6, club-foot in 19, congenital flat-foot in 5, congenital dysplasia of hip joint in 2, defects of development of urinary system in 19, prenatal encephalopathy in 46, congenital muscular wryneck in 15 children.

In the process of research the functions of kidneys were established pyuria in 19 children with congenital cleft of upper lip and palate. These patients were carried out special urological examination in which was revealed congenital stricture of prerenal (8) and pelvic area of urethra (6) was carried out ultrasound examination of urinary system. On evidence of excretion urography in 14 patients were revealed pyelctasis, in 8 hydronephrolic transformation from the direction of urethra obstruction. Cystic-urethral reflux II degree as manifestation of congenital dysplasia stoma of urethra was established in 5 children.

In combination of pathology the child was examined by particular specialists (neurologist, endocrinologist, cardiologist and others), were carried out suitable recommendations, in the case of need was carried out treatment. The children with accompanying defects of development of extremities and congenital muscular wryneck after training features of nursing and feeding, examination of orthodontist and making of obturator for closing of palate defects during feeding were directed for treatment to the orthopedist-traumatologist before cheilorhinoplasty that is till three-four months of age.

Psychoneurologist carried out medico-pedagogical rehabilitating measures with parents and then with patients about medicamental corrective therapy, psychotherapy. All children without exception were examined by neurologist; in the case of need they were taken electroencephalographically examination. Children with encephalopathy got adequate treatment till I stage of operation and further was carried out prophylaxy, observation and the treatment of the specialist [6,7,10]. After made diagnosis and type of hereditary transmission(in the presence of the same) by geneticist were prognosticated the degree of birth risk in proband or members of his family of other children with CCL and P.

It was carried out by the orthodontist ensuring full feeding of child (obturators, disjunctive plastics and etc.), pre- and post-orthodontic treatment, notice and treatment of secondary deformation of tooth-jaw system, restoration of tooth set. Periods of active observations by doctor-orthodontist are: new born period, before and after operation, changeable bite period, and further systematically observation till complete formation of permanent bite [6,7,10,13]. Logopedist carried out logopedic treatment before and after uranoplastics, training of muscular structure of soft palate, pharynx wall, the development of speech respiration, pre- and post-operative logopedic treatment, development of phonemic hearing, formation of connected speech. Periods of active observation of logopedist are periods in 1-2 years, 4-5 years and further 7-13 years. It has been carried out estimation of somatic status by the pediatrician individually chosen type of feeding and volume of nutrition, evaluated micro flora of oral cavity, immune status, carried out prophylaxy and in the case of need anemic treatment, rickets and hypotrophy, realized preparation for surgical treatment during the first year. These children were actively observed prophylaxy by ENT doctor taking into consideration that the possibility of hit of food from oral cavity to nasal and pharyngonasal cavity may result in to the development of chronic rhinitis, eustachitis, otitis and as consequence to the reduce of hearing.

Even in the absence of evident complaints to the function of cardiovascular system, once-only electrocardiographically research in 74 (60.66%) children with congenital cleft of lip and palate was revealed disturbance of automatism function, myocardial, because of which the patients were examined by cardiologist and got preoperative corrections of disturbances.

Success of surgical treatment in majority of patients depended on timely conduction of complex preparation in conditions of dispensary observation [7,12,14]. Surgical treatment began from 3 months in satisfactory somatic and neurological status.

Heading and coordinating the work of doctors-consultants the surgeon-dentist determined data and volume of surgical treatment, controlled timeliness referral children to the consultation of particular specialists and carrying out prophylactic treatment, together with them determined absolute

and relative contraindication to the operation. It shouldn't forget in decision of question operation dates and higher responsibility of pediatrician giving permission to the surgical treatment. His conclusion about contraindication or indication to the operation of a child having accompanying CDD or somatic diseases, the pediatrician confirmed conclusions of particular specialists (cardiologist, nephrologist, urologist, neurologist, pulmonologist, endocrinologist and others).

Absolute contraindication to the operation is insufficiency of blood circulation IA and IIB degrees.

Relative contraindications are: sharp evident dystrophic changes in myocardium, acute somatic and infectious diseases and not earlier 2 months after recovery hypotrophy I-III degrees, rickets I-III degrees in fastigium period, atopic dermatitis in the stage of recrudescence, anemia with containing of erythrocytes less $3.5 \times 10^{12}/l$, hemoglobin less 120g/l, colored finding less 0.75, chronic diseases during 6 months after recrudescence, chronic nephritis with manifestations of renal insufficiency, dermatitis and eczema in the facial area, affection of mucosa. Children with relative contraindications were carried out specific treatment accompanying pathology (in the out-patient or profile departments) and on favorable dynamic was allowed operative treatment [7,10]. But in consideration of earlier address to the specialized medical aid from the first days of the life and timely diagnostics of accompanying defects of development, primary cheilorhinoplasty were carried out at the age of 2-3 months, but qualified surgical treatment of children with congenital cleft of upper lip and palate was finished during 12-16 months of life.

Conclusions: Detected in children with cleft of upper lip and palate external stigma of disembryogenesis- congenital defects of development of extremities, kidneys and other changes of organs have systemic character, progress which is conditioned with dysplasia of connective tissue. For extension of complex aid and provision complete rehabilitation of patients with congenital cleft of lip and palate is necessary synchronic work of specialists: geneticist, logopedist, hematologist, otorhinolaryngologist, orthodontist, pediatrician, psychiatrist, orthopedist, surgeon, for timely detection of accompanying defects of development and diseases with the purpose of conduction of full, active preoperative preparation and qualified staged correction of all defects of development.

Bibliography:

1. Bulgakova E.A., Tyo I.A., Akhupkin S.M. Complex rehabilitation of patients with cleft of lip and palate in conditions of Kemerov centre of prophylaxy and treatment of children with congenital pathologies in the jaw-facial area.// Kemerov State Medical Academy// Kazan medical jornal,-2012., - Tome 93,-№ 6
2. Chuykin S.V., Davletshin N.A., Andrianov Y.V. Clinic-anatomical characteristics, birth and somatic sickness rate of children with with congenital cleft of pil and palate, living in the Republic of Boshkordistan // Institute of Stomatology.-2007- № 4 (37). – C. 26.
3. Andreeva O.A. “Staged rehabilitation of children with congenital cleft of upper lip and palate” //Bulletin of Chuvash University-2012. -№3. -C. 269-275.
4. Belyakova S.V., Frolova L.E. Congenital defects of development of face and jaws, sick rate, mortality, factors of risk. // Stomatology. -1995. -№5. -p.34-38.
5. Vodolatskiy M.P., Vodolatskiy V.M. Clinic-embryological parallels of congenital defects of development of the face. – Stavropol, -2004. -80 p.
6. Vodolatskiy V.M., Chumakov P.I., Baladina A.V., Rekvava Z.A., Pavlenko I.B. Character of accompanying defects of development in children with congenital cleft of upper lip and palate //Bulletin of medical technologies. -2009 – T.XVI, -№4, - p.195.
7. Davidov B.N., Lavrikov V.G., Zernov A.V. and others. Basic principles of complex approach in the treatment of patients congenital clefts // Stomatology in children's age and prophylaxy. -2009. -№3-4. -pp.18-20.

8. Kulikov A.M., Medvedov V.P. Dysplasia of congenital tissue in teenagers and their discrimination // Family doctor -№4. -2000. -pp.37–51.
9. Chuykin S.V. Clinic-anatomical forms of congenital cleft of upper lip and palate.// Ural Medical Journal. – 2014. – №5 (119). – pp.85-87.
10. Chuykin S.V., Davletshin N.A., Rehabilitating algorithm of children with congenital cleft of upper lip and palate, living in the Republic of Boshkordistan.// Stomatology in children's age and prophylaxy – 2008. – № 2 (25). – T VII. – p. 43.
11. Chuykin S.V., Persin L.S, Davletshin N.A. Congenital cleft of upper lip and plate – M., -2008. – p.195.
12. Epker B.N. Secondary surgery to correct CLP nasal deformity // 3 th Biennial World Congress International Cleft Lip and Palate Foundation. Halifax. -2004. -P. 66.
13. Kawauchi M., Sugawara J, Asano T. et al. Evaluation for psychosocial problems in patients who have possibility to undergo orthognathic surgery after completion of jaw growth. //Seeking a consensus for Class III treatment. – Osaka: Tokyo RinshoShuppan, -2002. – P. 368-375.
14. Lilius G. Clefts with associated anomalies and syndroms in Finland // Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery. -1992. -Vol. 26, -№2. -P.185–196.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шукуров Шерзод Шухратович
Арзикулова Муниса Шухратовна
Санакулов Мусурмон Абдусаидович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистан

ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИ НОКАРИОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИНИ БАҲОЛАШ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-12>

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада тиш қаттиқ тўқималарининг нокариоз зарарланишининг тарқалиши ва уларнинг катта ёшдаги одамларда ҳамроҳ касалликлари билан алоқаси баҳоланган. Тиш қаттиқ тўқималари нокариоз зарарланишлари келиб чиқишида сабабчи омилни баҳолаш врач-стоматологларнинг олдида бироз қийинчилик туғдирмоқда. Тадқиқотимиз врач-стоматологлар ҳамда улар томонидан қайд қилинган беморлар касаллик тарихлари бўлди. Тадқиқотда одамларнинг нокариоз тиш зарарланишлари ўртача 94,98 %ида соматик касалликларнинг айрим турлари мавжудлиги аниқланди. Шу сабабли, тишларнинг нокариоз зарарланишларининг деярли барча нозологик шаклларида ҳамроҳ патологияларнинг ролини ҳисобга олиш керак.

Калит сўзлар: нокариоз зарарланиш, понасимон нуқсон, патологик едирилиш, эрозия, ҳамроҳ касалликлар

Шукуров Шерзод Шухратович
Арзикулова Муниса Шухратовна
Санакулов Мусурмон Абдусаидович

Самарқандский государственный медицинский институт, Узбекистан

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

АННОТАЦИЯ

В данной статье оценивается распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов и их связь с сопутствующими заболеваниями у взрослых. Оценка причинного фактора возникновения некариозных поражений твердых тканей зубов представляет определенные трудности для врач-стоматологов. Наше исследование проводилось врачами-стоматологами, а также записанными ими пациентами с анамнезом заболевания. Исследование показало, что в среднем 94,98% некариозных поражений зубов у людей имели соматические заболевания. Поэтому следует учитывать роль сопутствующих патологий практически во всех нозологических формах некариозных поражений зубов.

Ключевые слова: некариозные поражения, патологическая стираемость, клиновидные дефекты, эрозии, сопутствующие заболевания

Shukurov Sherzod Shuxratovich,
Arzikulova Munisa Shuxratovna,
Sanakulov Musurmov Abdusaidovich
Samarkand state medical institute, Uzbekistan

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF NON-CARIOUS LESIONS AND THEIR RELATIONSHIP WITH CONCOMITANT DISEASES

ANNOTATION

This article assesses the prevalence of non-carious lesions of hard tooth tissues and their relationship with concomitant diseases in adults. Evaluation of the causative factor of the occurrence of non-carious lesions of hard tooth tissues presents certain difficulties for dentists. Dentists conducted our research, as well as patients recorded by them with a medical history did. The study showed that on average 94.98% of non-carious dental lesions in humans had somatic diseases. Therefore, the role of concomitant pathologies in almost all nosological forms of non-carious lesions of the teeth should be taken into account.

Keywords: not carious defeats, pathological erasability, wedge-shaped defects, erosion, concomitant disease

Тишларнинг қаттиқ тўқималари касалликлари Ўзбекистон ва дунёнинг бошқа мамлакатлари аҳолиси орасида кенг тарқалган. Тиш қаттиқ тўқималарининг нокариоз зарарланишлари тиш қаттиқ тўқималари патологиясининг кенг тарқалган гуруҳидир, шу жумладан ташқи кўриниши ва этиологияси ўхшаш кўплаб нозологик шакллари ўз ичига олади.

Мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, 1987-1988-йилгача тишларнинг нокариоз зарарланишлари тарқалиши паст кўрсаткичда ва 10-16% ни ташкил этган, фақат айрим касб-хунар соҳаларида юқори бўлган. Бу кўпинча ишлаб чиқариш муҳитининг кимёвий, махсус ва стресс омилларининг таъсири ва иш шароитлари билан изоҳланади [1, 3, 5, 7, 13].

Олимлар [7] томонидан олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, нокариоз зарарланишлар 1000 нафар 16-60 ёшли Россия аҳолиси орасида 10% ни ташкил этган. ЖССТ (1999) маълумотларига кўра еса, 12 яшар болаларнинг 43,5% ва 15 яшар болаларнинг 41,7% нокариоз зарарланишлар аниқланган. Муаллифлар [14] томонидан ўтказилган тадқиқот кўрсатадики Фарбий Австралияда истиқомат қилувчи болаларнинг 50% ида болалар флюороз учраган. Бундан ташқари тиш рангининг ўзгаришига антибиотик олиш ҳам сабаб бўлиши мумкин [4,9]. Адабиёт таҳлили натижаларига кўра тишлар чиққандан кейин юзага келадиган нокариоз зарарланишларнинг тарқалиши сўнгги йилларда сезиларли даражада ошганлигини кўрсатади [2, 6, 10, 12]. Маълумотга кўра, беморларнинг турли гуруҳларида гиперэстезия (60% гача) рўйхатга олинган Шундай қилиб, 74% беморларда нокариоз зарарланишлар аниқланган бўлиб: эмал эрозияси 47,2 %, понасимон нуқсон – 19,3 %, патологик едирилиш – 21,8 %, гиперэстезия – 67,3% ни ташкил этган [8, 11].

ТАДҚИҚОТНИНГ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ:

Самарқанд вилоятининг аҳолиси орасида қаттиқ тиш тўқималарининг нокариоз зарарланиши тарқалишини аниқлаш.

Ушбу мақсадга еришиш учун вазифалар белгилаб олинди:

1. Турли ёш гуруҳларидаги шахсларда тиш қаттиқ тўқималари зарарланиши хусусиятини баҳолаш;
2. Самарқанд вилоятининг аҳолиси орасида тиш қаттиқ тўқималари нокариоз зарарланишларининг тарқалганлигини аниқлаш;
3. Нокариоз зарарланишлари мавжуд беморларда зарарланишларнинг ҳамроҳ касалликлари билан алоқасини баҳолаш.

ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ ВА ОБЪЕКТЛАРИ:

Тадқиқот дастурини тузишда ижтимоий-гигиеник тадқиқотларнинг классик ва замонавий усулларида фойдаланилди, кейинчалик олинган маълумотлар статистик таҳлил қилинди.

Белгиланган вазифаларга мувофиқ 2016-2019 йиллар мобайнида Самарқанд вилоят стоматология поликлиникасида 16 – 60 ёшгача бўлган 574 нафар

стоматолог тиббий кўриқидан ўтган беморларнинг тиббий картаси ўрганиб чиқилди.

Тадқиқотда қуйидаги усуллардан фойдаланилди: статистик, ахборот-таҳлилий ва қиёсий таҳлил.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ:

Тиббий картаси текширилган жами беморларнинг 419 тасида (73 %), шу жумладан 69 эркак ва 350 аёлларда нокариоз тиш зарарланиши аниқланган. Иккинчи гуруҳнинг, яъни тишлар чиққандан кейин содир бўлган нокариоз зарарланишлари кўпроқ ташхис қўйилди: эмал эрозияси 47 % ҳолатда учраган бўлса, понасимон нуқсонлар (20%) ва патологик едирилиш (22%) сезиларли даражада кам учради. Шу билан бирга биринчи марта аниқланган биргаликда қўшилиб келган тиш зарарланиш шакллари аниқланди (6.7 %). Гиперэстезия ҳолати жами 352 (61 %) кишида аниқланган. Биринчи гуруҳ, яъни тишлар чиққунча содир бўлган нокариоз зарарланиш камдан-кам (5%) ҳолатда учради. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, нокариоз зарарланишларнинг умумий сони сўнгги йилларда бир неча марта кўпайган.

Шундай қилиб, эмал эрозияси тарқалиши 33,3% дан, сўровнинг охириг босқичида 54% га ошди. Понасимон нуқсон ва тишларнинг патологик едирилиши сони паст даражада ўзгарди. Шу билан бирга зарарланишларнинг янги шакллари пайдо бўлди, масалан, кашандалар тиш некрози, компютерда ҳосил бўладиган тиш некрози ва илгари учрамаган бошқа патология (7,7 %). Шу билан бир қаторда, биринчи гуруҳнинг нокариоз зарарланишларида, жумладан, эмал гипоплазия, тиш флюорози, медикаментоз ва токсик, шунингдек, тиш ривожланишининг ирсий бузилишларида сезиларли даражада ўсиш мавжудлигини таъкидлаш керак. Уларнинг ҳар бирининг тарқалиши ўртача 7-8% га ошган.

Нокариоз тиш зарарланишлари мавжуд одамларнинг ўртача 94,98 %ида соматик касалликларнинг айрим турлари мавжудлиги аниқланди. (1-жадвал). Тишларнинг нокариоз зарарланишининг алоҳида нозологик шаклларига нисбатан ҳамроҳ касалликларини таҳлил қилиш алоҳида қизиқиш уйғотади.

Касаллик тарихи варақалари маълумотларни таҳлил қилинганда, тиббиёт ходимларини текширишда олинган натижаларни тасдиқлади. Шундай қилиб, оғиз бўшлиғида нокариоз зарарланишлар мавжуд бўлганда уларнинг 93% ида турли ҳамроҳ касалликлари борлиги аниқланди.

1-жадвал

Тиббиёт мутахассислари тоонидан текшириш вақтида аниқланган фон касалликлари ҳақида

маълумот (%)				
Тишларнинг нокариоз	Касалликлар ва функцияларнинг бузилиши	Умумий сома	Кўпчилиги	Умумий ҳам

	Қалқон-симон без	Бошқа эндокрин безлар			
Понасимон нуқсон	28,05	24,39	26,83	10,97	90,24
Патологик едирилиш	24,44	17,78	25,56	15,56	83,34
Эрозия	37,88	33,34	19,19	20,71	100
Кўшма шикастланишлар	20,71	25,00	25,71	21,43	92,85
Нокариоз зарарланишлари мавжуд бўлмаган шахслар	6,72	10,92	23,29	20,40	61,33

Кейинчалик маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, тишлар чиққандан кейин ривожланган нокариоз шикастланишларнинг деярли барча нозологик шакллари умумий соматик касалликлар билан боғлиқ, чунки эндокрин касалликлари ва бузилишлари олдинги гуруҳда текширилган беморларда кўпинча аниқланган. Шу жумладан понасимон нуқсонлари учун улар 39% ни, патологик едирилиш учун 48% ни, эрозиялар учун – 65% ни ва кўшма зарарланишлар учун – 78% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, аҳоли гуруҳлари сўровидан олинган маълумотлар, шунингдек, тиббий маслаҳат сўраган беморларнинг касалланишини таҳлил қилиш, сўнгги беш йил ичида нокариоз зарарланишларининг сезиларли даражада кўпайганини кўрсатди. Шу билан бирга, сўров бўйича нокариоз зарарланишларининг тарқалиши 73% ни

Фойдаланилган адабиётлар

1. Абдазимов А.Д. Профилактика и лечение стоматологических заболеваний рабочих, подвергавшихся комбинированному воздействию полиметаллической пыли и токсических веществ: автореферат : дис. – Л. : автореф. дис. докт. мед. наук, 1990.
2. Бондарик Е. А., Шумакова Е. В., Третьякович А. Г. Болезни зубов некариозного происхождения. учеб.-метод. пособие – Минск : БГМУ, 2010. – 48 с.
3. Борисова Э.Г., Лепехина Л.И., Кумирова О.А. и др. Некариозные поражения тканей зуба // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 3. – С. 149–150.
4. Гольдштейн Р. Эстетическая стоматология //Второе издание].–Канада. – 2003.
5. Грошиков М. И. Некариозные поражения тканей зуба //М.: Медицина. – 1985. – Т. 176. – С. 12.
6. Дмитриенко С.В., Чижикова Т.С., Соломатина Е.С. и др. Оптимизация методов диспансеризации студентов с патологией твердых тканей зубов и заболеваниями пародонта //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 73–75.
7. Кобелева В. И. Распространенность некоторых некариозных поражений зубов у взрослого городского населения //Основные стоматологические заболевания. – 1981. – С. 70-72.
8. Коваленко И.П. Эффективность лечения гиперестезии твердых тканей зубов методом реминерализации // Современная стоматология. – 2013. – № 2. – С. 85–88.
9. Крихели Н. И. Современные методы отбеливания зубов и микроабразии эмали в эстетической стоматологии //М.: Практическая медицина. – 2008. – С. 54-58.
10. Оскольский Г.И., Ушинский И.Д., Загородняя Е.Б. и др. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона // Эндодонтия Today. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
11. Петриченко О.В. Обоснование применения профилактических средств при повышенной чувствительности зубов. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2004.
12. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Соломатина Е.С. и др. Характеристика диспансерных групп студентов с основными стоматологическими заболеваниями // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – № 3. – С. 64–66.
13. Шустова Е. Н. Значение функции щитовидной железы в развитии некоторых некариозных поражений зубов : дис. – Л. : автореф. дис.. канд. мед. наук, 1989.
14. Do L. G., Spencer A. J. Decline in the prevalence of dental fluorosis among South Australian children //Community dentistry and oral epidemiology. – 2007. – Т. 35. – №. 4. – С. 282-291.

ташкил этди, бу 1987-1988 йилгача бўлган адабиёт манбаларидан бир неча баробар кўпдир.

Бундан ташқари, олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, 41-45% ҳолларда энг кўп учрайдиган бу тишларнинг нокариоз зарарланиши нисбатан ёш (31 – 40 ёш) одамларда аниқланган. Бу эндокрин патология билан нокариоз зарарланишларининг яқин муносабати ҳақида қуйидаги маълумотларни тушунтиради. Тадқиқотнинг жуда муҳим натижаси – нокариоз зарарланишлари ва ҳамроҳ касалликлари ривожланиши ўртасидаги яқин муносабатдир. Жуда муҳим фактга эътибор бериш керакки – эндокрин касалликлари ва бузилишлари репродуктив ёшдаги (45 – 40 йил) ёшларда кўпроқ (31% дан ортиқ) аниқланди. Шу билан бирга, аёлларда эркакларга нисбатан 2-3 баробар кўп. Қалқонсимон ва жинсий безларнинг энг кўп кузатиладиган зарарланиши: тугунли бўқоқ 39% ҳолларда, аутоиммун тиреоидит – 46 %, кисталар – 6.1 %, тиреотоксикоз фақат 3% ҳолларда аниқланган.

Биринчи гуруҳнинг нокариоз зарарланишига келсак, хусусан тизимли эмал гипоплазияси текширилаётган беморларнинг 94,0% ҳаётнинг биринчи йилларида оғир болалик инфекциялари, дискинезия, аллергия реакциялар, рахит ва бошқалар умумий соматик касалликлар билан касалланганлик тарихига эга эканлиги аниқланди.

Гипервитаминоз Д синдроми сўнгги йилларда кўпроқ яъни, кўриқдан ўтган беморларнинг ўртача 8-12% ида топилган. Бу бола ҳаётининг дастлабки икки йилида Д витамини истеъмол миқдорининг оширилгани билан боғлиқ. Шу сабабли, тишларнинг нокариоз зарарланишларининг деярли барча нозологик шаклларида ҳамроҳ патологияларнинг ролини ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азиз Мухаммаджонович Азимов
Иброхим Мухаммаджонович Азимов
Ташкентский Государственный
стоматологический институт, Узбекистан

ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-13>

АННОТАЦИЯ

Тепловизионное исследование применено в комплексном обследовании 28 детей и 7 взрослых больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюстей на термографе «М-1» фирмы Барнес (США) При остром остеомиелите зона повышенного инфракрасного излучения зависела от степени распространенности патологического процесса в челюстно – лицевой области и его локализации и возраста больного Температурный перепад над гнойным очагом и симметричной здоровой стороной лица составлял до $2,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$ Чем младше возраст ребенка, тем более резче был перепад температуры. В подострой стадии остеомиелита челюстно-лицевой области на термограммах, проведенных через 10-12 дней после вскрытия околочелюстных гнойников и медикаментозной терапии, в динамике отмечено уменьшение площади и интенсивности инфракрасного излучения.

Ключевые слова - термография, термовизиография, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

Aziz Muhammadjanovich. Azimov
Ibrohim Muhammadjanovich Azimov
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

THERMOGRAPHIC PICTURE OF ACUTE ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS OF JAWS OF CHILDREN AND ADULTS

ABSTRACT

The thermal imaging study was used in a comprehensive examination of 28 children and 7 adult patients with acute odontogenic lower jaw osteomyelitis on an M-1 thermograph from Barnes (USA) In acute osteomyelitis, the zone of increased infrared radiation depended on the prevalence of the pathological process and its localization and the patient's age The temperature drop over the purulent focus and the symmetrical healthy side of the face was up to $2.8 + 0.1^\circ\text{C}$. The younger the child's age, the sharper the temperature drop. In the subacute stage of osteomyelitis, thermograms taken 10-12 days after opening the maxillary abscesses and drug therapy showed a decrease in the area and intensity of infrared radiation in dynamics.

Keywords: thermography, thermovisography, inflammatory diseases of the maxillofacial region.

Aziz Muxammadjonovich Azimov
Ibroxim Muxammadjonovich Azimov
Tashkent davlat stomatologiya institute, O'zbekistan

BOLALAR VA KATTALARDAGI O'TKIR ODONTOGENIK JAG' OSTEOMIELITLI BEMORLARNING YUZINI TERMAL TASVIRIY O'RGANISH

ANNOTATSIYA

Infraqizil termografiyadan diagnostika, differentsial tashxis qo'yish va jag'-jag' mintaqasining turli kasalliklarida prognostik tadqiqotlar o'tkazish uchun foydalanish mumkin. Tarqalgan flegmonali osteomielitda bir necha anatomik bo'shliqlarda keskin ko'tarilgan issiqlik radiatsiyasi kuzatiladi. Issiqlik tasvirlash bo'yicha tadqiqot Barnes (AQSh) dan M-1 termografida 28 nafar bola va 7 kattalardagi bemorlarda o'tkir odontogenik osteomiyitni keng qamrovli tekshirishda ishlatilgan. O'tkir osteomielitda infraqizil nurlanishning kuchayishi yuz-tomirlar mintaqasidagi patologik jarayonning tarqalishiga va uning joylashishiga bog'liq edi. va bemorning yoshi. Bolaning yoshi qanchalik kichik bo'lsa, harorat farqi shunchalik yuqori bo'ladi. Maksillofasiyal membrananing osteomielitining subakut bosqichida, maxillalar xoppozlar ochilganidan 10-12 kun o'tgach olingan termogrammlar va dori

terapiyasi dinamikada infraqizil nurlanishning intensivligi va maydoni pasayganligini ko'rsatdi.

Kalit suzlar: termografiya, termoviziografiya, yuzjag soxasi yalliglanish jaraenlari.

Анализ литературы показал, что в диагностике и лечении одонтогенных воспалительных заболеваний за последние 10 лет достигнуты определенные успехи. Значительное число исследований направлено на изучение биохимических и иммунологических сдвигов, имеющих диагностическое значение, а также позволяющих прогнозировать течение одонтогенной инфекции и планировать лечение. Но вместе с этим недостаточно внимания удалено применению таких неинвазивных, абсолютно безвредных и информативных методов как термовизиография, Термография является достаточно информативным диагностическим методом при острых и обострении хронических воспалительных процессов мягких тканей и костей лица. Необходимо отметить, что диагностическая ценность этого метода в выявлении одонтогенных гайморитов и воспалительных заболеваний костей лица, заключается в том, что он позволяет определить наличие патологического процесса уже в начальных стадиях развития воспалительных изменений, тогда как проведенное параллельно рентгенологическое обследование может дать еще негативный ответ. Также с помощью термографии выявляется распространенность процесса, а субъективные данные и объективный клинический анализ часто не дают правильных представлений. Диагностические возможности термографии не ограничиваются воспалительными процессами. Тепловизионный метод исследования находит свое место при онкологических заболеваниях челюстно-лицевой области. Так, при термографическом обследовании возможно проведение дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными новообразованиями, а также топическая диагностика опухолевых очагов (оценка степени распространенности патологического процесса). [1,2,3,4,5]

Цель исследования - изучить термографическую картину острого одонтогенного остеомиелита челюстей у детей и взрослых.

Материалы и методы Тепловизионное исследование применено нами в комплексном обследовании 28 детей и 7 взрослых больных острым одонтогенным остеомиелом нижней челюстей. Дистанционное термографические исследования осуществляли на термографе «М-1» фирмы Барнес (США). Площадь комнаты для проведения исследований была 30 м², в комнате поддерживался оптимальный температурный режим 21-23°С и влажность - 40-70%, двери и окна экранировались, исключалась возможность сквозняков и дополнительных источников ПК излучения. Постоянство температурного режима поддерживалось с помощью кондиционера.

С целью адаптации больного и исследуемой области до начала исследований обнажали шею, снималась повязкой, удалялись дренажи. После 5-10 мин. пребывания в помещении больного усаживали на стоматологическое кресло в удобном положении, позволяющем расслабить мышцы. Любое беспокойное поведение больного может отразиться на качестве термограмм.

Как правило, при первом исследовании дети (особенно младших возрастов) бывают несколько насторожены, проявляют негативное отношение к обследованию. Для убеждения детей младшего возраста в безболезненности

исследования в их присутствии обследовались другие больные, чаще всего дети, которые ранее подвергались такому исследованию. Только после убеждения беспокойных детей в безболезненности и безопасности исследования приступали к термографии. Для получения термограмм подчелюстной области и передней поверхности шеи исследование проводилось с запрокинутой назад головой. Поворотом головы влево и вправо проводилась термография в боковых проекциях. Необходимое положение головы удерживалось подголовником кресла.

Результаты и обсуждение

При остром остеомиелите зона повышенного инфракрасного излучения зависела от степени распространенности патологического процесса и его локализации (табл. 1).

При остеомиелите нижней челюсти термографическая картина также была представлена появлением зоны повышенной температурной активности. Площадь ее зависела от распространенности воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях. При остеомиелите нижней челюсти осложненной флегмоной в околочелюстных тканях зона повышенной температурной активности была более различной.

Частота термографических признаков острого одонтогенного остеомиелитан нижней челюсти

Таблица 1

Термографические признаки	Возрастные группы					
	Дети (лет)				Взрослые	
	3-7 (n=15)		8-14(n=13)		(n=7)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Изотермия						
Гипертермия	15	100	13	100	7	100
Распространенность гипертермии						
- локальная			2	15,4	2	28,6
- разлитая	15	100	11	84,6	5	71,4
Интенсивность						
- незначительная						
- умеренная			2	15,4	3	42,8
- выраженная	15	100	11	84,6	4	57,2
Структура гипертермии						
- однородная	14	93,3	12	92,3	5	71,4
- неоднородная	1	6,7	1	7,7	2	28,6
Границы гипертермии						
- четкие	11	73,3	11	84,6	6	85,7
- нечеткие	4	26,7	2	15,4	1	14,3
Площадь гипертермии						
- превышает гнойную полость	15	100	10	76,9	3	42,8
- соответствует гнойной полости			3	23,1	4	57,2
Гипертермия в зоне регионарных лимфоузлов						
- гипертермия	12	80	3	23,0	1	14,3
- гипотермия	3	20	10	77,0	6	85,7

Разница температуры между патологическим очагом и

симметричным участком в среднем равнялась 1,9±0,5°C. Чем младше возраст ребенка, тем более резко был перепад температуры. Площадь и интенсивность тепловой радиации определялись распространенностью и локализацией воспалительного процесса. Высокий перепад температуры наблюдали при локализации патологического процесса на наружной поверхности челюсти в развитии абсцессов и флегмон в подчелюстной, щечной, околоушно-жевательной областях. У больных остеомиелитом с одонтогенными флегмонами даже при локализации гнойного очага в одной анатомической области на термограммах наблюдали обширную зону тепловой радиации и чем младше возраст ребенка, эта тенденция имела более стойкую картину.

Частота термографических признаков остеомиелита в подострой фазе

Таблица 2

Термографические признаки	Возрастные группы больных					
	Дети (лет)				Взрослые	
	3-7 (n = 16)		8-14 (n=15) (n = 15)		(n=8)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Изотермия	10	62.5	7	60	5	60
Гипертермия	6	37.5	6	40	3	40
Распространенность гипертермии						
- локальная	8	62.5	8	62.5	8	100
- разлитая	6	37.5	6	37.5		
Интенсивность						
- незначительная	7	43.75	9	60,0	5	62,5
- умеренная	51	31.25	3	20,0	3	37,5
- выраженная	4	25	2	20,0	0	
Структура гипертермии						
- однородная	15	93.75	15	100	8	100
- неоднородная	1	6.25				

Список литературы:

1. Бровкина А.Ф. Борисова З.Л. Возможности инфракрасной термографии в диагностике некоторых мягкотканых опухолей орбиты. Российская педиатрическая офтальмология. 2008. -№ 3.-С.11-13.
2. Борисова З.Л. Инфракрасная дистанционная термография при отечном экзофтальме / Материалы докладов УП Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Федоровские чтения».-2009.- С.363-364.
3. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Тимофеева А.А. 2002 год. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
4. Диагностические возможности инфракрасной термографии в обследовании больных с заболеваниями челюстно-лицевой области - Дурново Е.А. Потехина Ю.П. Марочкина М.С. Янова Н.А. Саакян М.Ю. Рыжевский Д.В. Нижегородская Государственная Медицинская Академия.– 2014 Том-6, 61-65
5. Bichinbo G.L, Garba MA, Sanches Iu. A computer tool for the fusion and visualization of thermal and magnetic resonance images. Digit Imaging 2009; 22(5)527-53
6. Аникина, И.Д. Тепловизионное обследование жилых зданий / И.Д. Аникина, В.В. Сергеев // XXXIX неделя науки СПбГПУ: Матер. междунар. научно-практ. конф. Ч. 111 — СПб.: Изд-во Политехи, ун-та, 2010.
7. Ливчак, В.И. Тепловизионное обследование не может заменить тепловые испытания зданий / В.И. Ливчак // Энергосбережение. — 2006,- №5.

Границы гипертермии						
- четкие	16	100	15	100	8	100
- нечеткие			1			
Площадь гипертермии						
- превышает гнойную полость	2	12.25	13	86.6		62.5
- соответствует гнойной полости	14	87,5	2	13.4	8	100
Гипертермия в зоне регионарных лимфа узлов						
- гипертермия						
- изотермия	16	100	15	100	8	100

В подострой стадии остеомиелита на термограммах, проведенных через 10-12 дней после вскрытия окологлазничных гнойников, наблюдали уменьшение площади и интенсивности инфракрасного излучения, а также температурного перепада между патологически очагом и симметричным здоровым участком. Операционная рана или свищевой ход были представлены зоной гипотермии (табл. 18).

Выводы. Инфракрасная термография может быть использована для диагностики, дифференциальной диагностики и прогностических исследований при различных заболеваниях челюстно-лицевой области. При остеомиелите с разлитыми флегмонах наблюдается зону резко повышенной тепловой радиации над несколькими анатомическими пространствами. Температурный перепад над гнойным очагом и симметричной здоровой стороной лица составлял до 2,8±0,1°C Чем младше возраст ребенка, тем более резко был перепад температуры. Инфракрасная термография является надежным, высокоинформативным, неинвазивным и безопасным методом В подострой стадии остеомиелита на термограммах, проведенных через 10-12 дней после вскрытия окологлазничных гнойников, можно наблюдать в динамике уменьшение площади и интенсивности инфракрасного излучения, и судить о выздоровлении.

8. Аникина, И.Д. Сравнительный анализ эффективности применения современных теплоизоляционных материалов в жилых домах [Текст] / И.Д. Аникина, А.А. Калютик // XXXVIII неделя науки СПбГПУ: матер, междунар. научно-практ. конф. Ч. 111 — СПб.: Изд-во Политехи, ун-та, 2009.
9. Воловик М.Г., Водопьянов К.А. Тепловизионный контроль качества продленной проводниковой анестезии у детей. Российский нейрохирургический журнал им. А.Л. Поленова 2011; 3(спец. вып.): 18–21.
10. Парк С. Местные и региональные кожные лоскуты. В кн.: Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Под ред. Пейпла А.Д. М: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2007; с. 565–585.
11. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю. Хирургическая тактика лечения больных с последствиями ожогов лица. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 2012; 4: 10–17.
12. Дурново Е.А., Потехина Ю.П., Марочкина М.С., Мочалова Д.А. Разработка и анализ особенностей термографических карт челюстно-лицевой области в зависимости от пола и возраста. Российский стоматологический журнал 2013; 3: 4-9.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Искакова Марьям Козбаевна,
Акжигитов Асет Аликенұлы

Казахстанско-Российский медицинский университет, Казахстан

АМИЛОИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-14>

АННОТАЦИЯ

в статье приведены результаты диагностики амилоидоза слизистой оболочки полости рта. Ряд авторов отмечают, что именно гистопатологическое исследование амилоида имеет важное значение для диагностики и классификации амилоидоза. Проведенные нами исследования показали, что нет достоверных статистических данных по распространенности амилоидоза. В практической стоматологии подчеркивается ценность рутинного обследования полости рта и биопсии слизистой оболочки полости рта как безопасного и простого метода выявления амилоидоза легких цепей.

Ключевые слова: диагностика, амилоидоз, слизистая оболочка, полость рта, метод.

Iskakova Maryam Kozbaevna,
Akzhigitov Aset Alikenuli

Kazakh-Russian Medical University, Kazakhstan

AMYLOIDOSIS OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY

ANNOTATION

the article presents the results of diagnosis of amyloidosis of the oral mucosa. A number of authors note that it is the histopathological examination of amyloid that is important for the diagnosis and classification of amyloidosis. Our studies have shown that there are no reliable statistical data on the prevalence of amyloidosis. Practical dentistry emphasizes the value of routine oral examinations and biopsies of the oral mucosa as a safe and simple method for detecting light chain amyloidosis.

Keywords: diagnostics, amyloidosis, mucous membrane, oral cavity, method.

Искакова Марьям Козбаевна,
Акжигитов Асет Аликенұлы

Қозоқ-Россия тиббиёт университети, Қозоқистон

ОГИЗ БУШЛИГИ ШИЛЛИК КАВАТ АМЕЛАИДОЗИ

АННОТАЦИЯ

Мақолада оғиз бұшлиғи шиллик қаватининг амилоидози диагностикаси нәтижелари келтирилган. Бир қатор муаллифлар буни таъкидлашади бу диагностика ва таснифлаш учун зарур бўлган амилоидни гистопатологик текшириш амилоидоз. Бизнинг тадқиқотларимиз аниқ статистик маълумотлар йўқлигини кўрсатди.

Амилоидознинг тарқалиши. Амалий стоматология мунтазам бұшлиқни текширишнинг аҳамиятини таъкидлайди енгил ва занжирли амилоидозни аниқлашнинг хавфсиз ва оддий усули сифатида оғиз ва оғиз бұшлиғи шиллик қаватининг биопсияси.

Калит сўзлар: диагностика, амилоидоз, шиллик қават, оғиз бұшлиғи, усул.

В стоматологической практике использование сложных методов диагностики является актуальной проблемой. Для решения проблемы необходимо наличие высокотехнологичной лаборатории, которая позволит поставить более точный диагноз, определить тактику и установить достоверность эффективности лечения.

Заболевания тканей пародонта, наиболее распространенная патология, может протекать у пациентов не только на фоне сопутствующих заболеваний, но и на фоне амилоидоза. В настоящее время амилоидоз диагностировать, дифференцировать и типировать амилоид можно только

методами иммуногистохимии с применением биоптатов, что определяет актуальность данного исследования.

Амилоидоз - редкое заболевание различной этиологии, при котором отложения аномально свернутых белков с фибриллярной ультраструктурой проникают во внеклеточные пространства пораженных органов. В настоящее время известно, что >32 различных белков участвуют в патогенезе амилоидоза, и в этот список постоянно добавляются дополнительные типы белков [1]. Международное общество амилоидоза (The International Society of Amyloidosis) инициировало разработку современной номенклатуры амилоидозов, которая основана на типе вовлеченного белка. Подтипы амилоидоза в настоящее время классифицируются на основе конкретного депонированного белка с использованием префикса А для амилоида, за которым следуют одна или несколько букв, обозначающих название белка [2]. AL и AA амилоидоз являются наиболее распространенными и известными подтипами. Последняя версия номенклатуры была опубликована в 2014 году [3], наиболее частые системные амилоидозы описаны в таблице 1. AL амилоидоз (легкая цепь; ранее также называемый первичным амилоидозом)

представляет собой системное заболевание, характеризующееся процессом отложения амилоида, затрагивающее многие органы, и которое все еще имеет неблагоприятный прогноз выживаемости. Моноклональные легкие цепи каппа (κ) или лямбда (λ) или их фрагменты образуют фибриллы, которые откладываются и накапливаются в разных тканях и в конечном итоге вызывают функциональные нарушения. С учетом последних достижений в лечении важность ранней диагностики амилоидоза и правильной оценки его типа высока. Гистологическое подтверждение амилоидоза основано на конго-красном обнаружении отложений амилоида в тканях, но AL-амилоидоз также следует отличать от других системных форм амилоидозов с поражением почек, таких как амилоидоз AA, амилоидоз с отложением тяжелых цепей, фибриноген Aα или ALECT2 (хемотаксический фактор 2 лейкоцитов).

Таблица 1
Наиболее частые формы системных амилоидозов (номенклатура, фибриллярные белки и предшественники)

Амилоидный белок	Предшественник	Системная (S) или локализованная (L) форма	Синдром или пораженные органы
AL	Моноклональные легкие цепи иммуноглобулина	S (L)	Первичный амилоидоз (ассоциированный с плазменной дискразией)
AH	Моноклональные тяжелые цепи иммуноглобулина	S	Системный амилоидоз (ассоциированный с плазменной дискразией)
AA	Сывороточный амилоид А	S	Вторичный (реактивный) амилоидоз
ATTR	Транстиретин - дикий тип	S	Сенильный системный амилоидоз с выраженным поражением сердца
ATTR	Генетические варианты транстиретина	S	Семейная амилоидная полинейропатия или наследственная амилоидная кардиомиопатия
Aβ ₂ M	β ₂ -микроглобулин	S	Диализ ассоциированный
ACys	Цистатин С	S	Церебральная амилоидная ангиопатия
AApoAI	Аполипопротеин AI	S	Семейный (с висцеральным поражением)
		L	Аорта
AApoAII	Аполипопротеин AII	S	Семейный (почка, сердце)
AApoAIV	Аполипопротеин AIV - дикий тип	S	Спорадический системный амилоидоз, ассоциированный со старением
AGel	Gelsolin	S	Семейный (Финский тип)
ALys	Лизоцим	S	Семейный (почки, печень, селезенка)
AFib	Фибриноген Aα-цепь	S	Семейный (с преимущественным поражением почек)

AL амилоидоз является результатом клонального расстройства плазматических клеток с частотой ~ 10 человек на миллион в год [4]. Заболевание вызвано, как правило, небольшим и слабо пролиферирующим клоном плазматических клеток костного мозга (нередко В-клеточным клоном), секретирующим нестабильную амилоидогенную легкую цепь иммуноглобулина [5]. Вероятность возникновения AL-амилоидоза значительно возрастает с возрастом, и люди старше 65 лет подвергаются наибольшему риску. Это самая распространенная и

наиболее тяжелая форма системного амилоидоза. Моноклональные легкие цепи каппа (κ) или лямбда (λ) или их фрагменты образуют фибриллы, которые откладываются и накапливаются в разных тканях и в конечном итоге вызывают их дисфункцию и разрушение. Глюкозаминогликаны, в основном гепарансульфат и дерматансульфат, являются вторыми основными компонентами амилоидных отложений. Амилоидный компонент P (AP) представляет собой небольшую, но очень важную часть амилоидных отложений с нефибриллярной

структурой гликопротеина. Аполипопротеины Е и J и фактор, усиливающий амилоид, дополняют список компонентов, образующих амилоидные отложения.

Клиническая картина: Наиболее часто поражаемыми органами являются почки (74%), сердце (60%), желудочно-кишечный тракт (10–20%), печень (27%) и автономная нервная система (18%). На момент постановки диагноза у 69% пациентов было более одного пораженного органа [6]. Нет сомнений в том, что поражение сердца является основной прогностической детерминантой при AL-амилоидозе и основной причиной смерти у большинства пациентов, если диагностируется поздно и не отвечает на терапию [7]. Локализованные амилоидные отложения образуют опухолеподобные массы и могут быть обнаружены на конъюнктиве, языке, глотке, дыхательных путях и мочевом пузыре. Мужчины чаще страдают, и наибольшая заболеваемость приходится на шестое десятилетие жизни. Наиболее часто встречающиеся характерные признаки локализованного орального амилоидоза проявляются в виде множественных мягких узелков языка, губ и щек. После постановки диагноза орального амилоидоза крайне важно исключить системное вовлечение. Фактически, у 25% пациентов с системным амилоидозом наблюдается макроглоссия. В этом состоянии язык теряет подвижность, и пациент может потерять способность втягивать его за губы. Дифференциальный диагноз со злокачественным новообразованием должен быть сделан с учетом отсутствия изъязвлений, боли, кровотечений и аденопатии. Кроме того, в случаях карциномы консистенция языка является более жесткой [8]. Петехии, папулы и язвы могут также появиться на слизистой оболочке полости рта, а поражение слюнных желез может вызвать ксеростомию и кровотечение [9]. Поражение сосудов может вызвать ангиопатию и кровотечение [10]. Кроме того, оральный амилоидоз может проявляться как разрушение пародонта, а поражение может усугубляться воспалением периодонта [11]. Также была описана связь между амилоидозом и кальцифицирующей одонтогенной опухолью [12]. Пациенты с метаболическим синдромом и заболеваниями пародонта могут иметь местный оральный амилоидоз [13].

Прогноз орального амилоидоза, связанного с системным поражением, обычно плохой, но гораздо более благоприятный в локализованных случаях.

Средняя продолжительность жизни пациентов, страдающих системными формами, составляет от 5 до 15 месяцев, в зависимости от того, какие органы поражены. Смерть обычно вызывается почечной недостаточностью или аритмическими эпизодами [14].

Диагностика: Гистопатологическое исследование амилоида имеет важное значение для диагностики и классификации амилоидоза [15,16]. Чувствительность и специфичность гистопатологического диагноза зависят от места биопсии и адекватности образца ткани. Десна, язык, слизистая оболочка щеки и ткани малой слюнной железы были отмечены как потенциальные места для биопсии. Для выявления амилоидоза биопсия клинически пораженного органа является наиболее чувствительным методом. Однако биопсия почки или сердца является инвазивным методом и может быть связана с риском кровотечения. Если клинически подозревают амилоидоз, желательна проводить менее инвазивную процедуру, например, биопсия подкожно-жировой клетчатки, биопсия слизистой оболочки

прямой кишки или желудка или биопсия слюнных желез [17]. Хотя эти методы могут быть безопасными, дешевыми и быстрыми, многие патоморфологи столкнулись с неоптимальными результатами из-за технически плохих срезов ткани; неверная интерпретация конго-красных пятен из-за автофлуоресценции коллагена при поляризационной микроскопии также не редкость [18]. Протеомный анализ на основе лазерной микродиссекции и масс-спектрометрии является точным и полезным инструментом в тех случаях, когда обычные иммунофлуоресценция (IF) и/или иммуногистохимические исследования не могут окончательно определить амилоидные отложения [19]. Оптимальное ведение пациентов с AL-амилоидозом требует ранней диагностики, правильной оценки типа амилоида, эффективного лечения с поддерживающей терапией и очень тщательного наблюдения.

Лечение: Всем пациентам с системным амилоидным синдромом требуется терапия для предотвращения отложения амилоида в других органах и предотвращения прогрессирующей недостаточности органов.

Лечение локализованного амилоидоза зависит от пораженного органа и степени функционального нарушения, и в большинстве случаев симптоматическое. Последующее наблюдение всегда требуется для выявления системного прогрессирования [20,21]. Оральный локализованный амилоидоз обычно не связан с системным амилоидозом и обычно не прогрессирует до системных форм [22]. Выживаемость пациентов, отвечающих на лечение, все еще увеличивается, но ранние случаи смерти из-за выраженной сердечной дисфункции в настоящее время все еще являются большой проблемой. Медиана выживаемости нелеченных пациентов с выраженным поражением сердца составляет 3–6 месяцев и практически не изменяется при любом лечении [23]. Пересадка стволовых клеток является предпочтительной, но только 20% пациентов имеют показания для этой процедуры. Стандартное лечение мелфаланом и преднизолоном или циклофоспамидом и дексаметазоном было заменено более новыми препаратами, применяемыми для лечения множественной миеломы – бортезомибом, карфилзомибом и иксазомибом или талидомидом, леналидомидом и помалидомидом. Высокие дозы мелфалана, поддерживаемые трансплантацией аутологичных стволовых клеток, остаются терапевтическим вариантом для пациентов с низким уровнем риска. Эти новые варианты лечения продлевают выживаемость от месяцев до лет и улучшают прогноз у большинства пациентов.

1. Ингибиторы протеасомы. Бортезомиб вызывает быстрое снижение концентрации свободных легких цепей в сыворотке у пациентов с множественной миеломой, а также очень активен у пациентов с AL-амилоидозом. Его эффективность в достижении как гематологического, так и органного ответа является причиной, по которой бортезомиб в настоящее время является передовой терапией при амилоидозе AL [24]. Он также может быть использован у пациентов с тяжелой сердечной и почечной недостаточностью, выживаемость которых крайне мала, но может быть нейротоксичной, и его следует избегать у пациентов с тяжелой периферической невропатией.

Другие новые ингибиторы протеасом, которые в настоящее время проходят испытания, включают иксазомиб (испытанный на пациентах с рецидивирующим / рефрактерным заболеванием) и карфилзомиб, который, по-

видимому, обладает более низкой нейротоксичностью, но более высокой кардиотоксичностью, чем бортезомиб, и его безопасность у пациентов с AL-амилоидозом все еще нуждается в подтверждении.

2. Иммуномодулирующие препараты.

3. Аутологичная трансплантация стволовых клеток.

Новые методы лечения, предназначенные для устранения отложений амилоида, находятся в стадии разработки, а сама проблема является актуальной в плане диагностики, лечения и профилактики.

Цель: доказать эффективность иммуногистохимических методов в диагностике амилоидоза слизистой оболочки полости рта.

Задачи:

1. Провести стандартное первичное гистологическое исследование;
2. Доказать наличие амилоида с использованием специфических красителей;
3. Доказать эффективность иммуногистохимии в типировании амилоида слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования:

При проведении методов исследования был использован нижеследующий алгоритм:

1. Пациенты, постановка диагноза;
2. Взятие биоптата со слизистой оболочки щеки;
3. Предварительная обработка тканей слизистой оболочки щеки;
4. Получение из ткани тонких срезов;
5. Окрашивание срезов.

Биопсию проводили с внутренней поверхности щеки, на преаналитическом этапе биоптаты фиксировали в 10% забуференном формалине 24 часа, далее промывали в проточной водопроводной воде 20 мин. Обезвоживали образцы ткани в этиловом спирте возрастающей концентрации:

1. 50% этанол (20 мин.);
2. 70% этанол (20 мин.);
3. 96% этанол (две смены по 20 мин.);
4. 96% этанол (оставили на 12 ч) абсолютный этанол: ксилол (1:1; 20 мин.);
5. Ксилол (три смены по 20 мин.) - 3 смена при $t = 56^{\circ}\text{C}$;
6. Смесь ксилол: парафин 1:1 (20-25 мин. при температуре 56°C);
7. Парафин 1 при температуре 56°C (1 ч.);
8. Парафин 2 при температуре 56°C (1 ч.);
9. Парафин 3 при температуре 56°C (1 ч.).

Гистологический материал заливали на парафиновой заливочной станции с блоком охлаждения при температуре 60°C , парафин использовался «ГИСТОМИКС» с коммерческими пластиковыми кассетами. Из парафиновых блоков готовили срезы толщиной 4-5 мкм на ротационном микротоме «Thermo scientific», срезы расправляли на водяной бане и монтировали на предметные стекла с положительным зарядом, сушили на открытом воздухе 24 часа, далее в термостате 2 часа.

Для обнаружения амилоида на гистологическом препарате слизистой оболочки щеки окрашивали гематоксилин - эозином, амилоид определяли окрашиванием на гликопротеин набором P.A.S. «Bio-Optica». Типирование проводили во время выполнения иммуногистохимического исследования на парафиновых срезах. Определяется наличием положительной реакции с анти- λ или анти- κ антителами.

Иммуногистохимические исследования проведены с использованием моноклональных антител к лямбда-легким цепям (1:160 000) и каппа-легким цепям (1:160 000). Для иммунной окраски использовали систему Bench Mark XT и набор визуализации Ultraview universal dab detection kit («Vetana Medical Systems», Tucson/AZ, США).

Результаты исследования и обсуждение: Работа проводилась на кафедре терапевтической и детской стоматологии, АО «Центральная клиническая больница», г. Алматы, отделение кардиологии и лаборатории «Консультант Биотех». С целью подтверждения у пациента диагноза «Системный амилоидоз», а также для скринингового обследования пациентов предложено проводить биопсию тканей полости рта даже при отсутствии клинических признаков амилоидоза в полости рта. В качестве наглядного примера приводим случай диагностики амилоидоза: обследована пациентка 63 лет, с диагнозом: Хроническая сердечная недостаточность. Биопсию проводили на внутренней поверхности щеки, на преаналитическом этапе биоптаты фиксировали в 10% забуференном формалине 24 часа, далее промывали в проточной водопроводной воде 20 мин., обезвоживали образцы ткани в этиловом спирте возрастающей концентрации, для обнаружения амилоида на гистологическом препарате слизистой оболочки щеки окрашивали гематоксилин -эозином, амилоид определяли окрашиванием на гликопротеин набором P.A.S. «Bio-Optica». Гистологическое исследование показало, что субэпителиальное нодулярное скопление аморфного и фибриллярного вещества, которое имеет гомогенный розовый цвет при окраске гематоксилин-эозином (рисунки 5,6).

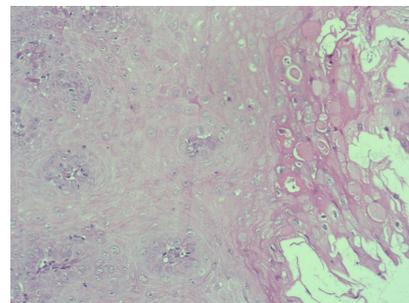


Рисунок 5 - Гомогенное розовое отложение амилоида в субэпителиальном пространстве, дистрофические изменения в эпителии, акантоз ($\times 20$, гематоксилин-эозин). Пациентка 63 года. Д-з: Хроническая сердечная недостаточность, биопсию проводили на внутренней поверхности щеки.

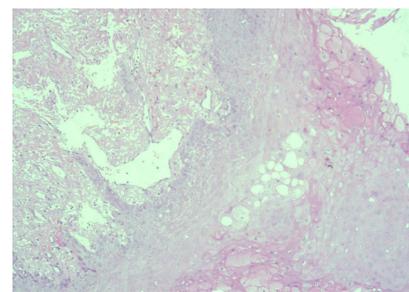


Рисунок 6 - Гомогенное розовое отложение амилоида в субэпителиальном пространстве, дистрофические

изменения в эпителии, гиалиноз коллагеновых волокон в собственной пластинке слизистой оболочки щеки ($\times 10$, гематоксилин-эозин). Пациентка 63 года. Д-з: Хроническая сердечная недостаточность, биопсию проводили на внутренней поверхности щеки.

Аморфное вещество имеет положительное окрашивание на P.A.S и показывает красноватый цвет при световой микроскопии (рисунок 7).

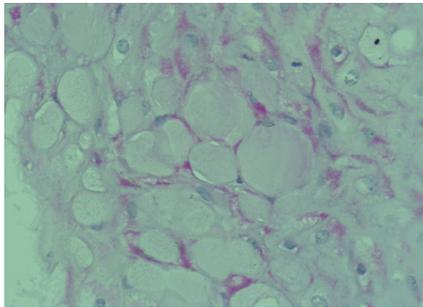


Рисунок 7 - P.A.S положительный амилоид в субэпителиальном пространстве. Пациентка 63 года. Д-з: Хроническая сердечная недостаточность, биопсию проводили на внутренней поверхности щеки.

Иммуногистохимическое исследование с использованием специфических моноклональных антител позволило обнаружить амилоидный компонент легких цепей ламбда и каппа (AL) (рисунки 8,9).

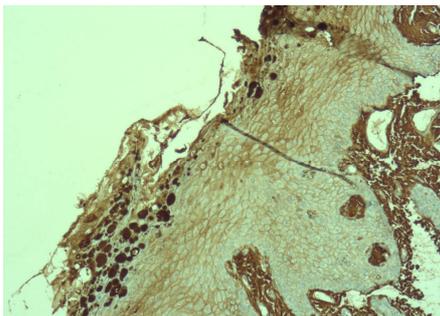


Рисунок 8 - Иммуногистохимическая окраска с использованием моноклонального анти-лямбда легких цепей, положительная реакция амилоида в субэпителиальном пространстве, собственной пластинке слизистой оболочки и вокруг кровеносных сосудов. Пациентка 63 года. Д-з: Хроническая сердечная недостаточность, биопсию проводили на внутренней поверхности щеки.

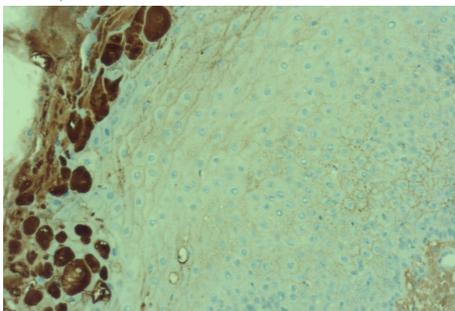


Рисунок 9 - Иммуногистохимическая окраска с использованием моноклонального анти-каппа легких цепей, положительная реакция амилоида в субэпителиальном пространстве и собственной пластинке слизистой оболочки.

Пациентка 63 года. Д-з: Хроническая сердечная недостаточность, биопсию проводили на внутренней поверхности щеки.

Таким образом, амилоидоз – редкое заболевание, которое поражает ряд органов и систем: сердце, почки, кожу, слизистые оболочки, в том числе и слизистую оболочку полости рта. Причина развития амилоидоза, до настоящего времени, не изучена. Амилоидоз имеет скудную клиническую картину и трудно диагностируется. Проведенные нами исследования показали, что нет достоверных статистических данных по распространенности этой патологии. В статье подчеркивается ценность рутинного обследования полости рта и биопсии слизистой оболочки полости рта как безопасного и простого метода выявления амилоидоза легких цепей. Поскольку AL-амилоидоз является наиболее распространенным типом приобретенного амилоидоза с неудовлетворительным прогнозом. Только раннее выявление заболевания и агрессивное лечение могут привести к полной ремиссии. Новые методы лечения, включая новые гематологические препараты и иммунотерапию, представляют многообещающую перспективу с надеждой на лучшую выживаемость для этого ранее неизлечимого заболевания. Стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, врачи общей практики должны иметь возможность сотрудничать для диагностики, лечения и последующего наблюдения, т.е. использовать междисциплинарный принцип ведения больного. Одним из первых шагов диагностики является гистологическое исследование, при котором должны применять иммуногистохимические тесты.

При постановке диагноза локализованного амилоидоза обязательным условием является взятие на анализ кровь, биопсию костного мозга, проведение эхокардиографии и эндоскопии пищеварительной системы, чтобы не пропустить системный амилоидоз или любое другое гематологическое / иммунологическое расстройство или дисфункцию органа. Нет единого мнения по поводу лечения местного амилоидоза. Хирургическое лечение локализованных форм доказало, что для уменьшения функциональных нарушений, вызванных объемной массой, например, прогрессирующее увеличение языка может привести к закупорке ротоглотки с обструкцией верхних дыхательных путей.

Как показывают исследования, у 50 % пациентов с заболеваниями пародонта в десне обнаруживаются амилоидные отложения. Даже во внешне неизменной десне с помощью гистологического исследования можно выявить амилоид. Для гистологического исследования можно забирать слизистую оболочку щеки, неба, десны, дна полости рта, губы с участком слюнных желез и кусочек языка. При взятии биопсии десны необходимо учитывать пародонтологический статус больного. Пародонтологический статус больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), вероятно, может рассматриваться как немаловажный фактор, стимулирующий локальный амилоидогенез. Однако описанные изменения в ротовой полости больных ХСН, вероятно, многокомпонентны, что предполагает существование других этиологических факторов отложения амилоида, которые требуют дальнейшего изучения. Современная морфологическая диагностика амилоидоза предусматривает не только обнаружение, но и обязательное

типирование амилоида, поскольку тип амилоида определяет терапевтическую тактику, которая будет способствовать уменьшению осложнений и созданию ремиссии.

Список литературы:

1. Romana Ryšavá: AL Amyloidosis: Advances in Diagnostics and Treatment. *Nephrol Dial Transplant*. 2019;34(9):1460-1466.
2. Mollee P, Renaut P, Gottlieb D, Goodman H: How to diagnose amyloidosis. *Intern Med J*. 2014, 44 (1): 7-17. 10.1111/imj.12288.
3. Sipe JD, Benson MD, Buxbaum JN. Nomenclature 2014: amyloid fibril proteins and clinical classification of the amyloidosis. *Amyloid* 2014; 21: 221–224
4. Kyle RA, Linos A, Mary Beard C., et al. Incidence and natural history of primary systemic amyloidosis (AL) in Olmsted Country, Minnesota: 1950–1989. *Blood* 1992; 79: 1817–1822
5. Merlini G, Stone MJ. Dangerous small B-cell clones. *Blood* 2006; 108: 2520–2530
6. Obici L, Perfetti V, Palladini G., et al. Clinical aspects of systemic amyloid diseases. *Biochem Biophys Acta* 2005; 1753: 11–22
7. Palladini G, Milani P, Merlini G. Novel strategies for the diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2015; 13: 1195–1211
8. Favia G, Lacaíta MG, Laforgia PD: Oromaxillary amyloidosis. Classification, etiopathogenesis and clinical immunopathological and histochemical study. *Minerva Stomatol*. 1984, 33 (2): 223-230.
9. Fahrner KS, Black CC, Gosselin BJ: Localized amyloidosis of the tongue: a review. *Am J Otolaryngol*. 2004, 25: 186-189. 10.1016/j.amjoto.2004.01.007.
10. Kokong DD, Ibekwe TS, Okolo CA, Kodiya AM, Fasunla JA, Nwaorgu OG, Akang EE: Amyloid angiopathy of the floor of the mouth: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2007, 1: 117-10.1186/1752-1947-1-117.
11. Cengiz M, Wang HL, Yıldız L: Oral involvement in a case of AA amyloidosis: a case report. *J Med Case Rep*. 2010, 4: 200-10.1186/1752-1947-4-200.
12. Smith A, Speculand B: Amyloidosis with oral involvement. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1985, 23 (6): 435-444. 10.1016/0266-4356(85)90028-2.
13. Rybakova MG, Kuznetsova IA, Semernin EN, Gudkova Ala, Barmasheva AA: The informative value of oral mucosal biopsy for the diagnosis of systemic amyloidosis. *Arkh Patol*. 2013 Sep-Oct;75(5):3-7.
14. Bucci, T., Bucci, E., Rullan, A.M.P. et al. Localized amyloidosis of the upper gingiva: a case report. *J Med Case Reports* 8, 198 (2014). <https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-198>
15. Gertz MA, Lacy MQ, Dispenzieri A: Amyloidosis, recognition, confirmation, prognosis, and therapy. *Mayo Clin Proc*. 1999, 74: 490-494. 10.4065/74.5.490.
16. Hazenberg BPC, Grond J, van den Top D, Bijzet J, Limburg PC, Van Rijswijk MH: Immunohistochemical detection of amyloid AA in formaline-fixed paraffin-embedded rectal biopsies with the monoclonal anti-human SAA antibody. Edited by: Natving JB, Forre O, Husby G, et al. 1991, Dordrecht the Netherlands: Kluwer Academic, 809-812. Rev. 86.2 in *Amyloid and amyloidosis 1990*
17. Van Gameren II, Hazenberg BP, Bijzet J., et al. Diagnostic accuracy of subcutaneous abdominal fat tissue aspiration for detecting systemic amyloidosis, and its utility in clinical practice. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 2015–2021
18. Picken MM. Amyloidosis—where are we now and where are we heading? *Arch Pathol Lab Med* 2010; 134: 545–551
19. Said SM, Sethi S, Valeri AM et al. Renal amyloidosis: origin and clinicopathologic correlation of 474 recent cases. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8: 1515–1523
20. Monroe AT, Walia R, Zlotnicki RA, Jantz MA: Tracheobronchial amyloidosis: a case report of successful treatment with external beam radiation therapy. *Chest*. 2004, 125 (2): 784-789. 10.1378/chest.125.2.784.
21. Bartels H, Dikkers FG, van der Wal JE, Lokhorst HM, Hazenberg BP: Laryngeal amyloidosis: localized versus systemic disease and update on diagnosis and therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2004, 113 (9): 741-748.
22. Stoor P, Suuronen R, Lindqvist C, Hietanen J, Laine P: Local primary (AL) amyloidosis in the palate. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004, 33: 402-403. 10.1016/j.ijom.2003.08.010.
23. Nienhuis HL, Bijzet J, Hazenberg BP. The prevalence and management of systemic amyloidosis in western countries. *Kidney Dis (Basel)* 2016; 2: 10–19
24. Mahmood S, Palladini G, Sancherawala V., et al. Update on treatment of light chain amyloidosis. *Haematologica* 2014; 99: 209–221



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Карабаев Хуррам Эсанкулович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРА СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-15>

РЕЗЮМЕ

При аудиометрическом исследовании 44 больных хроническим мезотимпанитом, которые перед тимпанопластикой жаловались на шум в ушах, установлен различный характер шума: низкочастотный (у14), высокочастотный (у11), «белый» (у 6) и «диффузный» (у13). Сила ушного шума колебалась от 0 до 40 дБ. Наличие высокочастотного, «белого» или «диффузного» шума часто сочеталось с нарушением внутреннего уха. Наиболее благоприятным в прогностическом отношении является низкочастотный шум в ушах: исчезновение или уменьшение интенсивности его после тимпаноластики отмечено более чем у $\frac{3}{4}$ оперированных. Менее благоприятен для прогноза высокочастотный и «диффузный» ушной шум: он исчез или уменьшился менее чем у половины больных.

Ключевые слова: мезотимпанит, тимпанопластика, высокочастотный шум.

Насретдинова Махзуна Тахсиновна

Самарканд давлат медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси

Карабаев Хуррам Эсанкулович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Ўзбекистон Республикаси

СУРУНКАЛИ МЕЗОТИМПАНИТДАГИ ҚУЛОҚ СУБЪЕКТИВ ШОВҚИННИНГ ДИАГНОСТИК ВА ПРОГНОСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ СПЕКТРЛАРИ

РЕЗЮМЕ

Тимпаноластика қилишдан олдин қулоқдаги шовқинга шикоят қилган 44та сурункали мезотимпанитга чалинган беморларнинг аудиометрик текширувида турли белгиларга эга шовқин аниқлади: паст частотали (14та), юқори частотали (11та), "ок" (6та) ва "диффуз" (13та). Қулоқ шовқинининг кучи 0 дан 40 дБ гача частотада эканлиги ва "ок" ёки "тарқоқ" шовқинларнинг ички қулоқнинг патологияси билан боғлиқлиги аниқланган. Прогностик нуктаи назардан паст частотали шовқин энг қулай ҳисобланади: оператсия қилинган беморларнинг $\frac{3}{4}$ тасида тимпаноластикадан кейин унинг йўқолиши ёки интенсивлигининг пасайиши кузатилган. Юқори частотали ва "диффуз" шовқинлар прогностик жихаттан унчалик қулай эмас: беморларнинг ярмидан камида йўқолади ёки камаяди.

Калит сўзлар: мезотимпанит, тимпаноластика, юқори частотали шовқин

Nasretdinova Maxzuna Taxsinovna

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Qoraboyev Xurram Esankulovich

Tashkent Pediatric Institute, Uzbekistan

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF THE SPECTRUM OF SUBJECTIVE EAR NOISE AT CHRONIC MESOTIMPANITIS**SUMMARY**

In an audiometric study of 44 patients with chronic mesotympanitis who, before tympanoplasty complained of tinnitus, various types of noise were established: low-frequency (y14), high-frequency (y11), "white" (y6) and "diffuse" (y13). The strength of the ear noise ranged from 0 to 40 dB. The presence of high-frequency, "white" or "diffuse" noise was often combined with a violation of the inner ear. The most favorable in prognostic terms is low-frequency tinnitus: the disappearance or "Diffuse" noise was often combined with a violation of the inner ear. The most favorable in prognostic terms is low-frequency tinnitus: the disappearance or decrease in intensity after tympanoplasty was noted in more than $\frac{3}{4}$ operated. The high-frequency and "diffuse" ear noise is less favorable for prognosis: it disappeared or decreased in less than half of patients.

Key words: mesotympanite, tympanoplasty, high-frequency noise

Хронический гнойный средний отит — это длительно протекающее гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся наличием стойкой перфорации (дефекта, отверстия) барабанной перепонки, периодическими или постоянными выделениями из уха, как правило, слизисто-гнойного характера и постепенным прогрессирующим снижением слуха [1,3]. Хронический средний отит является весьма распространенным заболеванием. В настоящее время им болеют около 1% населения и частота данного заболевания не имеет тенденции к снижению. Встречается как у взрослых, так и у детей; более половины отитов формируются в детском возрасте. Основная причина возникновения хронического воспаления среднего уха — перенесенные пациентом острые гнойные отиты, которые подвергались неправильному лечению, или не лечились вообще. Хочется особо подчеркнуть, что возникновению воспаления в среднем ухе и переходу его в хроническую форму часто способствуют проблемы в полости носа [2,5]. При затрудненном носовом дыхании происходит нарушение функции слуховой трубы (канал, соединяющий среднее ухо с носом), и, соответственно, вентиляции среднего уха [2,5,9]. При этом среднее ухо не может правильно функционировать, воспаление зачастую становится хроническим. При мезотимпаните в воспалительный процесс вовлекается только слизистая оболочка среднего уха — это наиболее благоприятная форма хронического среднего отита. Сведения о субъективном ушном шуме при хроническом отите опубликованы лишь в некоторых работах [3,5,7]. Диагностическое и прогностическое значение спектра субъективных ушных шумов при хроническом отите до сих пор не изучено.

Целью исследования явилось определить значение спектра субъективного ушного шума при хроническом мезотимпаните.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 44 больных с диагнозом хронический гнойный средний отит мезотимпанит, находящиеся на стационарном лечении клиники №1 самаркандского медицинского института в возрасте от 18-40 лет. Эти больные с диагнозом хронический гнойный средний отит мезотимпанит жаловались на шум в ушах.

Ушные шумы регистрировали с помощью аудиометра. Частотную характеристику определяли телефоном воздушной проводимости: пода. вали тоны частоты от 125 до 10 000 Гц и выясняли, какой из тонов соответствует субъективному ушному шуму больного. Для определения силы шума усиливали звучание тона, совпавшего с субъективным, и выясняли момент, когда больной отмечал исчезновение собственного ушного шума. В случаях, когда шум состоял из нескольких тонов, определяли силу шума

для каждого тона в отдельности. Если шум не был похож ни на один из предлагаемых тонов, но имел сходство с "белым" шумом, то его силу находили путем перекрытия «белым» шумом аудиометра и такой шум условно называли «белым». Если же субъективный шум в ушах не был похож и на «белый» шум (мы его условно называем «диффузным») то уровень его определяли интенсивностью «белого» шума аудиометра, который заглушал собственный ушной шум больного. Исследовав 15 больных хроническим гнойным средним отитом мезотимпанитом мы выявили различный характер шума: низкочастотный (у 9), высокочастотный (у 4) и меняющийся по частоте (у 2 больных).

Результаты исследования. При анализе спектрограмм в зависимости от частотной характеристики шумов мы выделили больных с низкочастотным (шумы соответствуют тонам 125-2000 Гц) спектром шума в у14 наблюдений), с высокочастотным (шумы соответствуют тонам 3000-8000 Гц) спектром шума (11 наблюдений), с «белым» шумом (6 наблюдений) и больных с «диффузным» шумом (13 наблюдений). Более чем в половине наблюдений (23) шум соответствовал одной частоте. Лишь у 2 больных он совпадал с двумя тонами аудиометра. Трехчастотного шума мы не наблюдали. Интенсивность ушного шума колебалась от 0 до 40 Дб. В большинстве наблюдений (30) она была сравнительно невелика - до 15 Дб. В 8 случаях для заглушения шума интенсивность звука пришлось повысить от 16 до 40 Дб.

Сила шума увеличивалась по мере повышения тональности и расширения его спектра. Так, сила шума более 15 Дб зарегистрирована только у больных с высокочастотным спектром шума и у лиц с «белым» и «диффузным» шумами 1. У лиц же с низкочастотным шумом его интенсивность изменялась от 5 до 15 Дб.

Кроме того, у 6 больных шумы были настолько слабыми, что в точке тонограммы шум перекрывался. Такое состояние зарегистрировано у 2 лиц с «белым» шумом и у 4 с «диффузным».

Определенной зависимости между интенсивностью ушного шума и уровнем слуха по воздушной проводимости мы не отмечали. Установлена определенная взаимосвязь между характером ушного шума и видом аудиометрических кривых по воздушной проводимости. Так, у 9 из 14 больных с низкочастотным шумом регистрировались восходящие и горизонтальные кривые. Что же касается больных с высокочастотными, «белыми» и «диффузными» шумами, то у них преобладали тональные аудиограммы с нисходящими или обрывистыми типами кривых. В группе лиц с высокочастотным шумом такие аудиограммы были констатированы в 6 из 11 наблюдений, у больных с «белым» шумом в 4 из 6 и у лиц с «диффузным» шумом - в 7 из 13 наблюдений.

Четко выраженной взаимосвязи между уровнем слуха по костной проводимости и характером субъективных шумов нам не удалось установить. Тем не менее низкочастотные шумы чаще встречались при сохраненном слухе по костной проводимости, в то как у больных со значительным понижением слуха по костной проводимости преобладают широкополосные, «диффузные» шумы.

Пороги дифференциации ниже 0,8 Дб выявлены у 7 из 11 больных с высокочастотным шумом и у 8 из 13 больных с «диффузным» шумом. Что же касается больных с «белым» шумом, то у них пороги дифференциации оказались пониженными. У лиц с низкочастотным спектром ушного шума низкие пороги дифференциации найдены в половине наблюдений. Следовательно, высокочастотные или «диффузные» шумы сочетаются с нарушением функции улитки чаще, чем низкочастотные.

Данные речевой аудиометрии указывают на сохранение 100% разборчивости речи у большинства больных с низкочастотным спектром шума в ушах. У лиц с «белым» и «диффузным» шумом, а также у больных с высокочастотным шумом отмечалось отсутствие 100 % разборчивости речи.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что интенсивность и ширина спектра шума у больных хроническим мезотимпанитом увеличиваются по мере вовлечения внутреннего уха в процесс.

Полученные нами результаты позволяют допустить, что высокочастотный и «диффузный» шумы у больных хроническим мезотимпанитом указывают на смешанную форму тугоухости с вовлечением в процесс внутреннего уха. Наличие субъективного ушного шума низкочастотного характера, чаще свидетельствует о поражении звукопроводения. У 11 из 14 пациентов с низкочастотным шумом последний исчез или его сила уменьшилась после

оперативного вмешательства. У больных с высокочастотным характером ушного шума и у лиц с «диффузным» шумом положительное влияние операции на этот симптом было выражено в меньшей степени (соответственно у 5 из 11 и у 6 из 13 оперированных). У лиц с «белым» шумом исчезновение или уменьшение его силы отмечено в половине наблюдений.

Такое различное влияние хирургического вмешательства на субъективный ушной шум в зависимости от дооперационной характеристики, по-видимому, можно объяснить различным механизмом возникновения шума при хроническом мезотимпаните. Низкочастотный шум, который зарегистрирован преимущественно при поражении звукопроводения, по-видимому, обусловлен самовыслушиванием соматических звуков организма в результате нарушения соотношения между воздушным и костным звукопроводением, приводящего к некоторому повышению возбудимости слухового анализатора.

С этих позиций можно объяснить большую частоту положительного влияния тимпаноластики на шум у больных с низкочастотным спектром. У таких лиц при успешном восстановлении целостности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек восстанавливался маскирующий уровень окружающей среды, что в свою очередь приводило к исчезновению или уменьшению шума в ушах.

Выводы. По-видимому, изменения в звуковоспринимающем аппарате внутреннего уха при хроническом отите бывают как функциональные, так и органические. При устранении причинных факторов ушной шум может или исчезнуть или уменьшиться. Отсутствие изменений шума или его усиление после восстановления функции звукопроводения позволяет предположить более глубокие изменения в звуковоспринимающем аппарате уха.

Список литературы.

1. Левин О.С. Сенсоневральная тугоухость: от патогенеза к лечению // Трудный пациент. —2010. —Т. 8, №4. —С. 8-15.
2. Морозова С.В. Диагностика и лечение головокружения. // Фарматека. —2009. —№ 15. —С. 36-42.
3. Andersson G, Carey JP, Della Santina CC. Disorders of balance and vestibular function in US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004. // Arch Intern Med. -2009. -Vol. 169, №10. -P.938—944
4. Bloom D, Hultcrantz M., Vestibular morphology in relation to age and circling behavior // Acta Otolaryngol. —2014. -Vol. 114, №4. —P.387-392.
5. Balance disorders in the elderly. // Acta Otorhinolaryngol Ital. —2002.-Vol. 22, №5. —P.263-267.
6. Hansen S, Ninn-Pedersen M, Caye-Thomasen P. An oto-neurological approach to the acutely dizzy patient // Ugeskr Laeger. —2011. -Vol. 17, №40. - P.2497-2503.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. —2013. -Vol. 33, №9. —P.629-808
8. Nasretdinova M. T., Karabaev H. E., Sharafova I. A. Application of methodologies of diagnostics for patients with dizziness //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 29-33.
9. Nasretdinova M. T., Karabaev H. E. Vestibular neuronitis-the problem of systemic dizziness //European science review. – 2019. – Т. 2. – №. 1-2.
10. Singh R.K., Singh M. Otorhinolaryngology Clitics: An International Journal. 2012. Vol. 4(2). P. 81–85.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Xushvakova Nilufar Jurakulovna,
Ochilov Toir Murodovich,
Xamrakulova Nargiza Orzuevna
Samarqand davlat tibbiyot instituti. O'zbekiston

SURUNKALI ODONTOGEN GAYMORIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY BAHOLASH

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-16>

ANNOTATSIYA

Odontogenik sinusit (OG) - bu yuqori jag'ning tishlarining patologiyasi yoki tish aralashuvining asoratlari tufayli maxillarar sinus (shilliq qavat) shilliq qavatining yallig'lanishi bilan tavsiflangan kasallik. Maksiller sinus ko'plab muhim anatomik sohalar bilan chegaradosh bo'lib, bu og'ir asoratlar, jumladan pansinusit, periostit, yuqori jag'ning osteomielit va teri oqmalari rivojlanishiga olib keladi. Ko'z rozetkasi xo'ppozi yoki flegmonasi, meningoensefalit, miya xo'ppozi, yuz tomirlari va dura materining sinuslari, rinogen sepsisning rivojlanishi mumkin. So'nggi yillarda odontogen gaymorit bilan kasallangan bemorlarni davolash natijalarini tahlil qilish, kasallikning zamonaviy tashxisini aniqlash, tuzilishini va xususiyatlarini aniqlash, jarrohlik yo'li bilan davolashda tanlangan yondoshuvlar samaradorligini baholash va kasallikning shakliga qarab bemorlarni davolashni maqbul, patogenetik asosli usullarini belgilash imkonini berdi

Kalit so'zlar: odontogen gaymorit, oroantral perforatsiya, endoskopik davo, mikro-gaymorotomiya, operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish, gaymor bo'shlig'ini tabiiy chiqqarish kanali.

Хушвакова Нилуфар Жўракуловна,
Очилов Тоир Муродович,
Хамракулова Наргиза Орзуевна
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИСУСИТОМ

АННОТАЦИЯ

Одонтогенный гайморит (ОГ) - заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) вследствие патологии зубов верхней челюсти или осложнений стоматологических вмешательств. Верхнечелюстной синус граничит со многими важнейшими анатомическими областями, что обуславливает развитие тяжелых осложнений, включая пансинусит, периостит, остеомиелит верхней челюсти, кожные свищи. Возможно также развитие абсцесса или флегмоны глазницы, менингоэнцефалита, абсцесса мозга, тромбофлебита вен лица и синусов твердой мозговой оболочки, риногенного сепсиса. Произведенный анализ результатов лечения больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами за последний период позволил определить частоту, структуру, особенности современной диагностики заболевания, оценить эффективность выбранных подходов в оперативном лечении и установить оптимальную, патогенетически обоснованную тактику ведения больных в зависимости от формы заболевания.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, oroантральная перфорация, эндоскопическая лечение, микрогайморотомия, профилактика послеоперационных осложнений, естественное соустье верхнечелюстной пазухи.

Khushvakova Nilufar Jurakulovna,
Ochilov Toir Murodovich,
Khamrakulova Nargiza Orzuevna
Samarqand state medical institute, Uzbekistan

COMPARATIVE EVALUATION OF RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ODONTOGENEOUS MAXILLARY SINUSITIS

ANNOTATION

Odontogenic sinusitis (OG) is a disease characterized by inflammation of the mucous membrane of the maxillary sinus (ICP) due to pathology of the teeth of the upper jaw or complications of dental interventions. The maxillary sinus borders on many important anatomical areas, which leads to the development of severe complications, including pansinusitis, periostitis, osteomyelitis of the upper jaw, and skin fistulas. It is also possible the development of an abscess or phlegmon of the eye socket, meningoencephalitis, brain abscess, thrombophlebitis of the veins of the face and sinuses of the dura mater, rhinogenic sepsis. There was made analysis of medical treatment of patients with odontic maxillitis for the last periods, therefore frequency, structure and peculiarity of modern diagnosis was defined, efficacy of surgical treatment methods was estimated and most advantageous approach of treatment in dependence of disease form was prepared.

Key words: odontic maxillitis, causative tooth, orosinus perforation, endoscopic treatment, micromaxillotomies, prophylaxis of postoperative complications, own ostium of maxillary sinus.

Hozirgi vaqtda surunkali odontogen gaymorit(SOG) - bu yuz-jag' sohasining keng tarqalgan yallig'lanish kasalliklaridan biri bo'lib, jiddiy umumiy tibbiy va iqtisodiy muammodir, chunki bemorlarning asosiy qismi yosh va o'rta yoshdagi odamlar, ya'ni mehnatga layoqatli aholi hisoblanadi [4]. Yuqori jag' bo'shlig'ining anatomik va topografik joylashuvi ulardagi yallig'lanish jarayonlari va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlari qanday bo'lishini belgilab beradi [6].

Surunkali yuqori jag' bo'shlig'i patologiyalarni o'rganishga qiziqish bugungi kunda kupaymoqda, bu esa bizning mamlakatimizda ham, chet elda ham ko'plab ilmiy ishlar qilinyotganidan dalolat beradi. Sinusitlar muammosini o'rganishning dolzarbligi, bu bugungi kunda mikro-endoskopik jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirishga imkon beradigan tobora rivojlanib borayotgan uskunalarining paydo bo'lishi bilan bog'liq. Yangi uskunalarining paydo bo'lishi jarrohlik yuli bilan davolashning ilg'or usullarini ishlab chiqishni o'z ichiga oladi, bu esa operatsiyadan keying davrda erta hamda kechki asoratlarpaydo bo'lishi foizini kamaytirishga imkon beradi [5].

Yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishida odontogen shakli alohida o'rin tutadi, uning uchrashi 13-40% ni tashkil qiladi (2, 3, 8). Yangi dori-darmonlar, tibbiy va diagnostika uskunalarini paydo bo'lishiga qaramay, surunkali odontogen sinusitning tarqalishi yallig'lanish kasalliklari orasida 70-yillardagi 4-4,2 % 90-yillarda 7,6 % o'sdi [1,4,7]. Surunkali odontogen gaymorit bilan kasallan barcha bemorlarning ixtisoslashgan yordamga murojaat qilganlarining aksariyati (41-89,7%) yuqori jag'ning tishlarini ekstraksiya qilish paytida doimiy oro-antral aloqani hosil qilganidan keyin yallig'lanish jarayoni paydo bo'lgan yoki yomonlashgan odamlardir.[5].

Natijalarning yaxshi natija bermaganligi va ora-antral aloqa bo'lgan yoki bo'lmagan hollarda surunkali odontogen gaymoritni jarrohlik yo'li bilan davolashda ishonchli va fiziologik usullarni izlash tufayli, so'nggi o'n yillikda yuqori jag' bo'shlig'ini davolash va og'iz bo'shlig'ini sinus bilan aloqasini bartaraf qilishga qaratilgan juda ko'p miqdordagi jarrohlik amaliyotlari taklif qilingan,[3, 4, 6, 8]. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, jarrohlik usullari yordamida davolashning taklif etilayotgan ko'plab usullariga qaramay, bunday bemorlarni davolash usullarini tanlash adabiyotlarda hali ham etarli darajada yoritilmagan, bu esa endoskopik diagnostika usullari va jarrohlik yuli bilan davolanish natijalarini tahlil qilish kerak ekanligini bildiradi. Zamonaviy sharoitlarda odontogen gaymorit bilan kasallangan bemorlarga diagnostik yondashuv usullarini va jarrohlik yuli bilan davolash usulini tanlash zarurati ushbu tadqiqotlarning dolzarbligini belgilab beradi.

Tadqiqot maqsadi

Zamonaviy sharoitlarda davolanish natijalarini har tomonlama tahlil qilish asosida konservativ va jarrohlik yuli

bilan davolashning zaruriy mezonlari, ko'rsatkichlari va mos yondashuvlarini aniqlash orqali odontogenik genezli yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati yallig'langan bemorlarni diagnostika va davolash sifati va samaradorligini oshirish.

Tekshirish usullariva materiallari

SamMI №1 klinikasining LOR bo'limida va Samarqand shahar shifoxonasining yuz-jag' jarrohligi bo'limida davolangan surunkali odontogen gaymorit bilan og'rigan bemorlarning 32 ta holati 2018 yildan 2019 yilgacha bo'lgan davrda tahlil qilindi. Surunkali odontogen gaymorit bilan kasallangan bemorlarning tarqalishi yillar davomida yuz-jag' sohasining barcha yallig'lanish kasalliklari orasida ko'paygan. Tadqiqotlar natijasi kasallangan erkaklar ulushi 62,5% (20 kishi), kasallangan ayollar 37,5% (12 kishi) ekanligini kursatdi.

Shikoyatlar, anamnez va ob'ektiv ma'lumotlar, qo'shimcha tadqiqotlar natijalari va konservativ va jarrohlik davolash usullari barcha tanlangan kasallik tarixlari bo'yicha tahlil qilindi, natijada bemorlarning aksariyati og'riqni bir tomonlama yuqori jag' bo'shlig'ing sohasida bo'lishidan shikoyat qilgan (48%). Bemor zararlanishida yuqori jag' sinusida sohasida og'riq hissi va burun oqishi mavjudligi - 14 holat (43,7%), og'iz bo'shlig'i va burun bo'shlig'i o'rtasida aloqa yulimavjudligi (65,1%), burun bitishi (32,9%) kabi muhim tashxisiy ma'lumotlar aniqlandi. Orqa fonda esa tish og'rig'i (19,5%), bosh og'rig'i (25,6%) va 4 bemorda subfebril tana haroratining mavjudligi (12,5%) kabi shikoyatlar qayd etildi.

Yuqori jag' bo'shlig'i sohasida aniqlangan og'riq va og'irlik hissi ko'pincha shilliq qavatning shishishi, tabiiy chiqarish kanalining yopilishi, ikkilamchi trigeminal nevrologiya va buzilgan sinus barofunksiyasi bilan bog'liq.

Bemorlar anamnezidan shuni ta'kidlash kerakki, ko'pchilik bemorlarda kasallik birinchi marta (64%) yuzaga kelgan, 8 kishi (25%) surunkali odontogen gaymorit bilan bir yilda bir marta kasallangan, 7 ta bemorda (21,9%) yiliga ikki yoki undan ortiq darajada surunkali odontogen gaymorit qayd etilgan. Faqat 26 kishi (81%) kasallikning boshlanishini avval o'tkazgan terapevtik yoki jarrohlik stomatologik davo natijasi bilan bog'lashdi, bu esa odontogen gaymorit ustida chuqur etiologik qidiruv olib borish va rinogen yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishi bilan differentsial diagnostika qilish kerakligini anglatadi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, 4 kishi (12,5%) kasalxonaga yotqizilishidan oldin, ambulator yoki statsionar sharoitda LOR shifokorida davolanishda bo'lgan va kasallikning odontogen xususiyatini tasdiqlaganidan keyin ixtisoslashtirilgan tibbiy muassasaga yuborilgan. Bu haqiqatdan ham LOR mutaxassisi surunkali odontogen gaymoritga tez-tez duch kelishini ko'rsatadi.

Ob'ektiv ma'lumotlarga ko'ra, 9 ta bemorda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishli osteoplaziyasi

kuzatilgan (29%), 6 ta odamda (19%) yuqori jag' bo'shlig'i sohasida yumshoq to'qima shishi tufayli yuz assimetriyasi, tish karieslari asoratlari va radikulyar kistalar mos ravishda 4 (12%) va 7 (22%) bemorlarda topilgan va oroantral oqma 14ta holatda qayt etilib, 44% ni tashkil etgan.

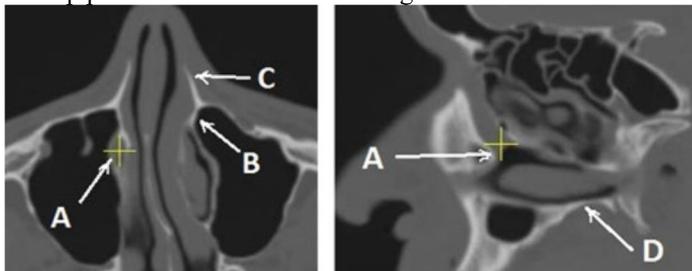
Qo'zg'atuvchisi tish kasalliklari ekanligi barcha bemorlarda aniqlangan, boshqa hollarda ilgari mavjud bo'lgan yoki oldin olib tashlangan birinchi molyar tishlar ko'pincha 22 bemorda (69%), ikkinchi molyar tishlar ikkinchi o'rinni egallagan holda, 11 ta holatda (34%) qo'zg'atuvchi ekanligi aniqlangan.

Olib borilgan tekshiruvlarga ko'ra, 19 bemorga surunkali odontogen gaymorit tashxisi qo'yilgan, boshqa hollarda bemorning ahvoli o'tkir yokisurunkali jarayonning og'irlashishi sifatida baxolangan. Sinusitning chap tomonlama lokalizatsiyasi ko'pincha o'ng tomonga qaraganda ko'proq uchraydi va mos ravishda –10ta (31%) 7 ta (22%) ni tashkil qilgan.

Asosan burun yondosh bo'shliqlari ortopantomografiyasi va rentgenografiyasini o'z ichiga olgan qo'shimcha tadqiqotlar jarayoni natijasida kasallikning aniq shakli aniqlangan.

Yuqoridagi ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, odontogen gaymoritda parietal giperplastik, yiringli va kistoz shikastlanish shakllari ustunlik qiladi.

Surunkali odontogen gaymoritda davolash taktikasi kasallikning klinik ko'rinishiga qarab aniqlandi. Surunkali gaymoritning qaytalangan ekssudativ shakllari (kataral, seroz, yiringli), qoida ko'ra konservativ usulda davolandi. Bunday holda, o'tkir sinusitni davolashda ishlatiladigan bazi bir vositalar va davolash usullari qo'llaniladi. Surunkali odontogen gaymoritning bazi shakllari (polipli, kistozli va boshqalar) operativ usulda samarali davolandi. Odontogen sinusitni jarrohlik yuli orqali davolashning asosiy maqsadi shikastlangan tishlarni olib tashlash va zararlangan yuqori jag' bo'shlig'ining normal funksiyasini tiklashdan iboratdir. Shilliq qavatining funksional ahamiyati (hilpillovchi epiteliyning transport funksiyasi) haqidagi zamonaviy g'oyalar to'qimalarning maksimal darajada saqlanishini aniqlashga yordam beradi. Shu sababli bilan, ba'zi mualliflar surunkali sinusitlarni operatsiya paytida sinus shilliq qavatini qirib olinishi bronxitda bronx shilliq qavatni olib tashlash bilan teng deb baxolashadi.



1-rasm. O'rganilayotgan anatomik soha belgilangan burun bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi.

A – kanalis nasalacimalis ni distal uchi; B – yuqori jag' suyagining crista conchalis si; C – burunning teshigi suyak qirrasasi; D – burun bo'shlig'ining pastki qismi. Vazifalarni izchil hal etish uchun barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi:

- 1-guruh (burun strukturasi buzilishi bilan) burun va burun yondosh bo'shliqlari patologiyasini aniqlashtirish uchun LOR bo'limida va yuz-jag' jarrohligi bo'limida KT tekshiruvdan o'tgan 20 bemorni o'z ichiga oldi. Ushbu guruhga rengenalogik tekshiruvda gaymor bo'shlig'ida yallig'lanish belgilari bor hamda burun tusig'i qiysayeshi va pastki burun chig'anog'i gipertrofiyasi bo'lgan bemorlar kiritildi.

- 2-guruhga (burun strukturasi buzilishi yuq) LOR bo'limida va yuz-jag' jarrohligida bo'limida yotqizilgan, gaymor bo'shlig'ida retinasion kistasi bo'lgan 12 nafar bemor kiritildi. Ushbu guruhga qo'shilishning asosiy mezonini sifatidagaymor bo'shlig'ining bir tomonlama retinasion kistasi bo'lgan, u burun to'sig'i to'g'ri va burun chig'anoqlarida uzgarishlar yuq bo'lgan bemorlar kiritildi.

1-asosiy guruhdagi bemorlarda burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlari KT da anatomiyasining vektorli tahlilini o'tkazish bilan biz ko'z yosh kanalining distal uchining pastki burun chig'anog'i va burun bo'shlig'ining pastki qismiga nisbatan sintopiyasini o'rganib chiqdik; Pastki burun chig'anog'i burchagi (crista conchalis) ning yuqori jag' bo'shlig'i va ko'z yosh kanalining distal uchi darajasiga nisbatan topografik nisbati (1-rasm) ko'rsatilgan. Keyinchalik olingan ma'lumotlar mutaxassislar tomonidan 2-(nazorat) guruhdagi bemorlarni jarrohlik usuli yordamida davolashda burun bo'shlig'idan pastki chig'anoq qirrasasi orqali gaymor bo'shlig'iga endonazal kirishning asl texnikasini ishlab chiqishda ishlatilgan.

2-(nazorat) guruhidagi bemorlarda ishlab chiqilgan endonazal goymorotomiya usulining samaradorligi va xavfsizligini baholash uchun biz operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyingi 3-kun davomidaburun yondosh bo'shliqlari KT dan foydalandik. Shunita'kidlash kerakki, kompyuter tomografiyasini tekshirish paytida biz antrostomiyaning vektor yo'nalishini, uning diametri va ko'z yosh kanalining distal uchiga nisbatan aniqladik.

Natijalarni muhokama qilish

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, ekstranasal-endonazal usul yordamida operatsiyadan keyin 7 kun o'tgach, burun bo'shlig'i va yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatitikanishi 90 foizga sezilarli darajada yaxshilanadi.

Shunday qilib, bizning fikrimizcha, jarrohlik davolashning tavsiya etilgan usuli - bu avaylovchi jarrohlik aralashuv bo'lib, uning davomidazarlangan burun boshliqlarini tubdan sonatsiyalash, suyak skeletini tiklash amalga oshiriladi, ular birgalikda operatsiyadan keyingi davrga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va jarrohlik davolash natijalariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Adabiyotlar

1. Азимов М., Ермакова Ф. Б. Роль очаговой одонтогенной инфекции в патогенезе гайморита // *Стоматология*. -2012. – т. 57, № 1. – 11-14.
2. Бернадский Ю. И., Заславский Н. И. *Одонтогенные гаймориты*. – М.: Медицина, 2014.-85с.
3. Богатов А. И. Профилактика одонтогенного гайморита. *Актуальн. вопр. стоматологии: сб. научн. тр.* – Самара, 2016. – С. 34-36.
4. Богатов А. И. Особенности диагностики, лечения и профилактики одонтогенного верхнечелюстного синусита в условиях стоматологической поликлиники. – Самара, 2015. – 22 с.

5. Козлов В. А. Кочубей Н.М. Некачалов В. В. Динамика морфологических изменений тканей верхнечелюстной пазухи при экспериментальном синусите// *Стоматология* т.61.-№1. – С.49-52.
6. Хушвакова Н.Ж., Болтаев А.И. Жалолова Ш.С. Насретдинова М.Т. Современный взгляд консервативное лечение риносинуситов. *Проблема биологии и медицины* №4 (71)2012 стр.25-27.
7. Хамракулова Ф.Г., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И. Комплексное лечение больных с полипозным этмоидитом. *Проблема биологии и медицины* №1.(77) 2014.стр.59-62
8. Хушвакова Н.Ж.,Истамова Н.О. Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей сахарным диабетом 1 тип. *Российская оториноларингология.* № 1 (69) 2014. стр. 104-106.
9. Хайтов А.А., Хушвакова Н. Ж., Салимова Ш.С. Клинико-иммунологические особенности и комбинированная антимикотическая терапия хронических синуситов, осложненных кандидозной инфекцией. *Интер-медикал* №18(98) 2015 г. С. 66-70.
10. Исхакова Ф.Ш., Хамракулова Н.О.,Хушвакова Н.Ж. Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита. Прорывные научные исследования как двигатель науки, Сборник статей,Часть 2. Тюмень, Россия, 2018г.199-202стр.
11. Давронова Г.Б., Давронов У. Ф., Хушвакова Н.Ж. Усовершенствование методов лечение хронических ринитов и синуситов у больных с дакриоциститом. *Общество науки и творчества январь 2019 г. Казань* стр. 43-47.
12. Хамракулова Н.О., Очилев Т., Хушвакова Н.Ж. Анализ результатов лечения больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстными синуситами. *Научный обозреватель. Научно-аналитический журнал* 8(104) - 2019,33-36.
13. Хушвакова Н.Ж., Хайитов А.А., Исломов И.К. Комбинированная противогрибковая терапия хронических экссудативных синуситов. *Биология ва тиббиёт муаммолари Самарканд, Узбекистан* №3.1 (112) 2019г.90-стр.



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Наталья Владимировна Храмова
Алишер Ахмедович Махмудов
Юлдуз Баходировна Хусанова
Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

ЭКВИВАЛЕНТЫ КОЖИ: ЗА И ПРОТИВ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-17>

АННОТАЦИЯ

Проведен сравнительный анализ существующих дермальных эквивалентов, как коммерческих, так и находящихся на стадии доклинических исследований, проанализированы особенности их строения и возможности использования для решения экспериментальных и клинических задач. Рассмотрены характеристики трех основных вариантов кожных эквивалентов. Описаны преимущества и недостатки популярных на сегодняшний день заменителей кожи.

Ключевые слова: регенеративная медицина; тканевая инженерия; заживление ран; раневые покрытия, эквиваленты кожи, фибробласты.

Natalya Vladimirovna Khramova
Alisher Ahmedovich Makhmudov
Yulduz Bahodirova Husanova
Tashkent state dental Institute, Uzbekistan

SKIN EQUIVALENTS: PRO AND CONS

ANNOTATION

A comparative analysis of existing dermal equivalents, both commercial and at the stage of preclinical studies, has been conducted, the features of their structure and the possibility of using them to solve experimental and clinical problems have been analyzed. The characteristics of the three main variants of skin equivalents are considered. The advantages and disadvantages of today's popular skin substitutes are described.

Key words: regenerative medicine; tissue engineering; wound treatment; ligation, skin equivalents, fibroblasts.

Natalya Vladimirovna Xramova
Alisher Ahmadovich Mahmudov
Yulduz Bahodirova Husanova
Toshkent davlat stomatologiyasi instituti, O'zbekiston.

DERMAL EKIVALENTLAR: HA VA QARSHI

ANNOTATSIYA

Tijoratda ham, klinikadan oldingi tadqiqotlar bosqichida mavjud bo'lgan dermal ekvivalentlarining qiyosiy tahlili o'tkazildi, ularning tuzilish xususiyatlari va eksperimental va klinik muammolarni echishda ulardan foydalanish imkoniyatlari tahlil qilindi. Teri ekvivalentining uchta asosiy variantining xususiyatlari ko'rib chiqiladi. Bugungi kunda mashhur teri almashtirish vositalarining afzalliklari va kamchiliklari tasvirlangan.

Kalit so'zlar: regenerativ tibbiyot; to'qima muhandisligi; yarani davolash; yara bog'lash, teriga ekvivalentlar, fibroblastlar.

Актуальность. В Республике Узбекистан, достаточно высок уровень пострадавших после дорожно-транспортных происшествий, механических и комбинированных травм на производстве и в быту [1,с.57]. Часто это приводит, к появлению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, которые влекут за собой психологические и социальные проблемы у пациентов (Рис.1.а). Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи ттаете могут привести к появлению дефектов «минус ткани» (Рис.1.б)



Рис.1.а. Дефект мягких тканей лобной области после автоаварии, **1 б** дефект мягких тканей лица, после обширной флегмоны челюстно-лицевой области и шеи.

В последнее время, достаточно успешно развивается регенеративная медицина, направленная на восстановление пораженной болезнью или поврежденной (травмированной) ткани с помощью активации эндогенных стволовых клеток или с помощью трансплантации клеток (клеточной терапии). Она сформировалась на стыке биологии, медицины и инженерии и открывает новые возможности для эстетической и челюстно-лицевой хирургии. Следует особо отметить, что в Концепции развития здравоохранения в Республике Узбекистан на 2020-2025 гг., одним из приоритетных направлений является развитие регенеративной медицины, основанной на клеточных технологиях.

Целью нашего исследования является изучение рынка современных эквивалентов кожи созданных путем клеточных технология и их сравнительный анализ. Кожные эквиваленты человека являются биоинженерными конструкциями [7,с.199].

На сегодняшний день существуют два вида биотехнологических раневых покрытий это бесклеточные-содержат в своем составе только биологически активные макромолекулы и клеточные, имеют в своем составе живые клетки разного типа (кератиноциты, фибробласты). Также они различаются как формирующиеся в ране и готовые к применению. Понятие «живой эквивалент кожи или дермальный эквивалент» это коллагеновый гель с инокулированными в его состав живыми фибробластами, на поверхности которого культивируются клетки эпидермиса (Рис.2). Коллаген является основным белком внеклеточного матрикса дермального слоя. Существует три основных формы коллагена, которые используют при создании эквивалентов кожи: гидрогель, губка и решетка [7,с.204,12,с.410].

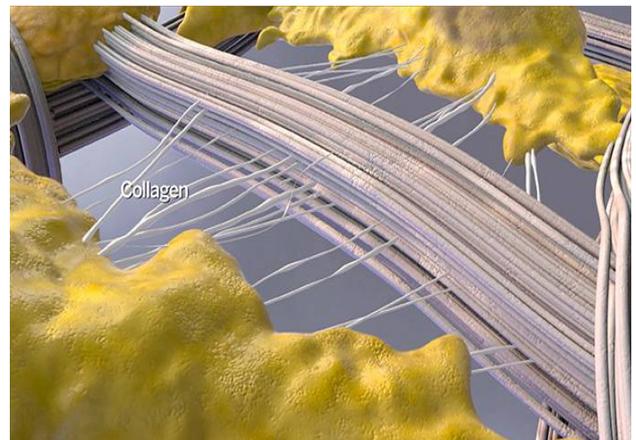
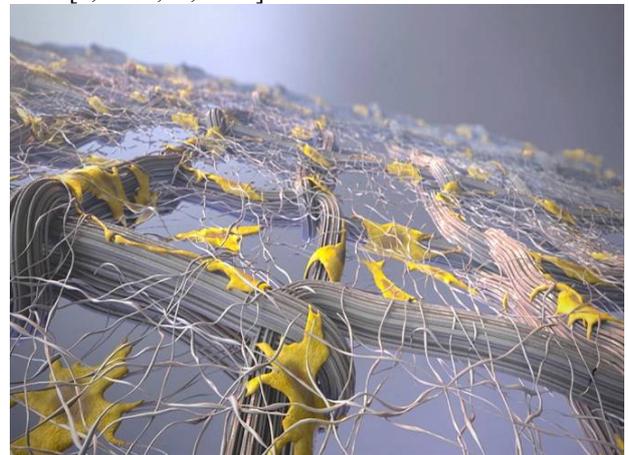


Рис.2. Схема производства дермального эквивалента, фибробласты культивируется на биоразлагаемой подложке.

Также различают «культивируемые заместители кожи», в них используются аллогенные фибробласты («Фибродермис», «Фибропор»), они занимают промежуточное положение между двумя первыми группами. Создание данных материалов представляет собой трудоемкий процесс, выполняемый в специальных лабораториях, требует разработки технологии забора и культивирования клеток, создания банка культур клеток, а также внедрения системы контроля качества [2,с.15]. По анатомической структуре кожные эквиваленты

(заменители) подразделяются на эпидермальные, дермальные и дермоэпидермальные [3, с.27,4, с.232,5, с.394]. Существует «золотой стандарт» раневого покрытия это аллогенная кожа человека (трупная или полученная от живого донора), она берется от трупов с небольшими сроками, то есть не более 6 часов после биологической смерти. Однако аллогенная кожа вызывает сенсибилизацию организма и может дать аллергическую реакцию. Кроме того, во многих странах мира имеются законодательные ограничения использования аллокожи. В таких случаях хорошей альтернативой является ксенокожа (торговые названия - (Ксидерм, Ксенодерм, Свидерм, Аллоаск Д, и т.п.), чаще всего донором выступает свиная кожа. При ее производстве срезают слой свиной кожи толщиной 0,3—0,4 мм, консервируют в азоте, высушивают и фасуют в стерильные пакеты по 100, 200 или 300 см². Срок хранения составляет до 3 лет [2, с.8]. Несмотря на низкую себестоимость изготовления ксенокожи, у некоторых пациентов может наблюдаться выраженная аллергическая реакция. Количество бесклеточных заменителей кожи больше, так как получить лицензию на их производство легче. Они могут быть основаны на аллогенных, ксеногенных или синтетических материалах. Среди них наиболее известные это AlloDerm, Karoderm, SureDerm, GraftJacket, содержащие ацеллюлярные продукты

дермального человеческого матрикса, а также такие продукты, как OASIS Wound Matrix, EZ Derm, Integra Dermal Regeneration Template, Terudermis, Pelnac StandardType/Pelnac, Fortified With Mesh Type, Biobrane, Biobrane-L, TransCyte, Dermagraft



Hyalomatrix PA, Hyalograft 3D (рис.3.а, б) [4, с.234,8, с.513].



Рис.2а Аллографт, 2б Дермаграфт

Существует также класс заменителей кожи с использованием синтетических материалов. Бум развития этого направления в 90-е года прошлого столетия, в настоящее время их применение уменьшилось. Это TransCyte-аллогенные фибробласты неонатальной крайней плоти человека, связанных с кремниевой мембраной и выращенные на свином коллагене, покрывающем нейлоновую сетку. Dermagraft, состоящий из криоконсервированных аллогенных фибробластов человека, которые получают из кожи крайней плоти новорожденных, выращенных на биodeградируемой сетке из полиглактина (викрила) [9, с.321, 10, с.139, 11, с.328].

Закключение. Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что на сегодняшний день не существует идеального дермального эквивалента. Однако огромный коммерческий интерес к биоинженерным конструкциям и большие инвестиции в подобные проекты поможет получить в ближайшее время оптимальные эквиваленты кожи.

Список литературы

1. Храмова Н.В., Холматова М.А., Мунгиев М.З. К вопросу использования раневых покрытий и клеточных технологий для оптимизации регенерации кожи. «Stomatologiya», Ташкент, №4, (73), 2018 год, С.57-59, DOI: 10.26739/2091-5845-2018-1-29.
2. Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Петерсен Е.В. Искусственная кожа: виды, области применения. Клиническая дерматология и венерология, 6, 2017 год, С.7-15, doi.org/10.17116/klinderma20171667-15
3. Зорин В.Л., Зорина А.И., Петракова О.С., Черкасов В.Р. Дермальные фибробласты для лечения дефектов кожи. Гены и клетки. 2009; Zorin VL, Zorina AI, Petrakova OS, Cherkasov VR. Dermal fibroblasts for the treatment of skin defects. Genes and cells. 2009;4. (In Russ.). http://cyberleninka.ru/article/n/dermalnye-fibroblasty-dlya-lecheniya-defektov-
4. Shevchenko RV, et al. A review of tissue-engineered skin bioconstructs available for skin reconstruction. Journal of the royal Society Interface. 2010;7:229-258.kozhi
5. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Дробушевская А.И., и др. Клеточные технологии и тканевая инженерия в лечении длительно не заживающих ран. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011;4:2:392-397. [Vinnik YuS, Salmina AB, Drobusevskaya AI, et al. The cell technologies and the tissue engineering are for healing chronic wounds. Vestnik of experimental and clinical surgery 2011; 4:2:392-397. (In Russ.).]
6. Hansbrough JF. The promises of excisional therapy of burn wounds: have they been achieved? J Intensive Care Med. 1994 Jan;9(1):1-3. https://dermagraft.com/why-choose-dermagraft/#living-fibroblasts-to-build-granulation-tissue
7. Мелешина А.В., Быстрова А.С., Роговая О.С., Воротеляк Е.А., Васильев А.В., Загайнова Е.В. Тканеинженерные конструкты кожи и использование стволовых клеток для создания кожных эквивалентов (обзор) http://www.stm-journal.ru/ Том 9, номер 1 (2017)
8. Burra P., Tomat S., Conconi M.T., Macchi C., Russo F.P., Parnigotto P.P., Naccarato R., Nussdorfer G.G. Acellular liver matrix improves the survival and functions of isolated rat hepatocytes cultured in vitro. Int J Mol Med 2004; 14(4): 511-515, https://doi.org/10.3892/ijmm.14.4.511
9. van der Veen V.C., van der Wal M.B., van Leeuwen M.C., Ulrich M.M., Middelkoop E. Biological background of dermal substitutes. Burns 2010; 36(3): 305-321, https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.07.012.

10. Hart C.E., Loewen-Rodriguez A., Lessem J. Dermagraft: use in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care* 2012; 1(3): 138–141, <https://doi.org/10.1089/wound.2011.0282>
11. Golinski P.A., Zöller N., Kippenberger S., Menke H., Bereiter-Hahn J., Bernd A. Development of an engraftable skin equivalent based on matrigel with human keratinocytes and fibroblasts. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2009; 41(6): 327–332, <https://doi.org/10.1055/s-0029-1234132>.
12. Atiyeh B.S., Costagliola M. Cultured epithelial autograft (CEA) in burn treatment: three decades later. *Burns* 2007; 33(4): 405–413, <https://doi.org/10.1016/j.burns.2006.11.002>.
13. Rizaev, J. A., Maeda, H., & Khramova, N. V. (2019). Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 27(1), 22–23. <https://doi.org/10.4993/acrt.27.22>
14. Dismukhamedov, M. Z., Rizaev, J. A., Dismukhamedov, D. M., A. Khadjimetov, A., & A. Yuldashev, A. (2020). COMPENSATOR-ADAPTIVE REACTIONS OF PATIENTS' ORGANISM WITH GNATHIC FORM OF DENTAL OCCLUSION ANOMALIES. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(02), 2142–2155. <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i4/pr201325>
15. Dismukhamedov, D. M., Rizaev, J. A., Dismukhamedov, M. Z., & Yuldashev, A. A. (2020). Characteristics of clinical-morphometric parameters and evaluation of results of surgical treatment of patients with gnathic forms of occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(4), 2156–2169. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326>
16. Rizaev, J., Kubayev, A. (2020) Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognathia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12(1) 1208–1212, <https://doi.org/10.31838/IJPR/2020.12.01.198>

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

НОМЕР 1, ВЫПУСК 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 1, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000