

Impact Factor: 4.917

ISSN: 2181-0966

DOI: 10.26739/2181-0966

www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF

ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Informing scientific practices around the world through research and development

inScience
through time and space



SAMARKAND
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 3
ISSUE 1

2022

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 3, 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:

Билалов Эркин Назимович

доктор медицинских наук, профессор, Узбекистан

Новиков Вадим Михайлович

доктор медицинских наук, профессор, Украина

Бекжанова Ольга Есеновна

доктор медицинских наук, профессор, Узбекистан

Бахритдинова Фазилат Арифовна

доктор медицинских наук, профессор, Узбекистан

Шомуродов Кахрамон Эркинович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Шамсиев Жахонгир Фазлиддинович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Вахидов Улугбек Нуритдитнович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Муртазаев Саидмуродхон Саидаълоевич

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Шукурова Умида Абдурасуловна

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Хасанова Лола Эмильевна

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Хазратов Алишер Исамиддинович

PhD, Узбекистан

Кубаев Азиз Сайдалимович

ответственный секретарь, PhD, доцент,

Аветиков Давид Саломонович

доктор медицинских наук, профессор, Украина

Амхадова Малкан Абдурашидовна

доктор медицинских наук, профессор, Россия

Копбаева Майра Тайтолеуовна

доктор медицинских наук, профессор, Казахстан

Грудянов Александр Иванович

доктор медицинских наук, профессор, Россия

Лосев Фёдор Фёдорович

доктор медицинских наук, профессор, Россия

Шаковец Наталья Вячеславовна

доктор медицинских наук, профессор, Белоруссия

Jun-Young Paeng

доктор медицинских наук, профессор, Корея

Jinichi Sakamoto

доктор медицинских наук, профессор, Япония

Дустмухамедов Дильшод Махмудович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Ризаев Элёр Алимджанович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Камалова Феруза Рахматиллаевна

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Абдувакилов Жахонгир Убайдулла угли

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Зоиров Тулкин Элназарович

доктор медицинских наук, доцент, 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

Chief Editor:

Jasur A. Rizaev

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

Deputy Chief Editor:

Abduazim A. Yuldashev

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

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Erkin N. Bilalov

Doctor of Medical Sciences, Professor, Uzbekistan

Vadim M. Novikov

Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraina

Olga E. Bekjanova

Doctor of Medical Sciences, Professor, Uzbekistan

Fazilat A. Bahritdinova

Doctor of Medical Sciences, Professor, Uzbekistan

Kakhramon E. Shomurodov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Jahongir F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Saodat H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Ulugbek N. Vakhidov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Saidmurodkhon S. Murtazaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Umida A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Lola E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Alisher I. Khazratov

PhD, Uzbekistan

Aziz S. Kubayev

Executive Secretary, PhD, Associate Professor, Uzbekistan

David S. Avetikov

Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukraine

Malkan A. Amkhadova

Doctor of Medical Sciences, Professor, Russia

Maira T. Kopbaeva

Doctor of Medical Sciences, Professor, Kazakhstan

Alexander I. Grudyanov

Doctor of Medical Sciences, Professor, Russia

Losev Fedor Fedorovich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Russia

Natalya V. Shakovets

Doctor of Medicine, Professor, Belarus

Jun-Young Paeng

Doctor of Medicine, Professor, Korea

Junichi Sakamoto

Doctor of Medicine, Professor, Japan

Dilshod M. Dustmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Rizaev Elyor Alimdjaniyev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Kamalova Feruza Raxmatillaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Jahongir U. Abduvakilov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Uzbekistan

Tulkin E. Zoirov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, 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 Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

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

Тел: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

| | |
|--|----|
| 1. Умарова Одинахон Нумановна, Расулова Махпиратхон Мехмонкуловна ОҒИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ..... | 6 |
| 2. Ризаев Жасур Алимжанович, Бекжанова Ольга Есеновна, Алимова Севара Хаитматовна НУЖДАЕМОСТЬ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА..... | 9 |
| 3. Эронов Ёқуб Қуватович, Мирсалихова Феруза Лукмоновна ИМКОНИЯТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА СУРИНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНЛАРИ..... | 12 |
| 4. Идиев Гайрат Элмурадович МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОТОЛОГИЯМИ ВЫСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА..... | 15 |
| 5. Исакулов Шохрух Раимович, Ризаев Жасур Алимджанович ПЕШОНА БЎШЛИҒИ ДЕВОРЛАРИ СИНИШЛАРИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ..... | 21 |
| 6. Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Абдиев Элбек Муродкосимович, Бахронов Бекзод Шавкатович ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТИННИТУСОМ..... | 24 |
| 7. Jasur Alimjanovich Rizaev, Malika Shavkatovna Axrorova, COVID-19 KLINIK DARAJALARINING KECHISHIGA QARAB OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI O'ZGARISHLARI..... | 27 |
| 8. Шадиев Анвар Эркинович, Насретдинова Махзуна Тахсиновна ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ..... | 32 |
| 9. Нусратов Умид Голибович, Хабилов Нигман Лукмонович 2-ТИПДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ СУРУНКАЛИ БУЙРАК ҲАСТАЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОЛИБ ҚЎЙИЛАДИГАН ПЛАСТИНКАЛИ ПРОТЕЗЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИГА ТАЪСИРИ..... | 35 |
| 10. Камалова Феруза Рахматиллаевна, Саттарова Малика Тахировна ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ..... | 39 |
| 11. Gavhar Nuriddinovna Indiaminova, To'liqin Elnazarovich Zoyirov AQLI ZAIF BOLALARDA DOIMIY TISHLAR KARIESINI OLDINI OLISH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH..... | 43 |
| 12. Камалова Феруза Рахматиллаевна, Джураева Ферангиз Хакимовна БОЛАЛАРДА ЖАҒЛАР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТИНИНГ УЗИГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ..... | 46 |
| 13. Астанов Отабек Миржонович ТИШ ҚАТОРЛАРИ НУҚСОНИ БИЛАН БОҒЛИҚ ЧАККА – ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ ОҒРИҚЛИ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ..... | 49 |
| 14. Камалова Феруза Рахматиллаевна, Эронов Ёқуб Қуватович, Машарипов Азиз Умидович ИМКОНИЯТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ..... | 54 |
| 15. Ахмедов Алибек Баходирович, Камалова Феруза Рахматиллаевна БОЛАЛАРДА ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАСИ ФЛЮОРОЗИ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (Адабиётлар шархи)..... | 57 |
| 16. Жабборова Феруза Узаковна, Иноятов Амрилло Шодиевич, Казакова Нозима Нодировна ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19..... | 62 |
| 17. Rizaev Jasur A., Husanbaeva F.A., Olimjonova Farangiz J. THE USE OF X-RAY METHOD OF RESEARCH FOR THE EVALUATION OF MANDIBULAR OSTEODYSTROPHY IN CKD..... | 68 |

Умарова Одинахон Нумановна
Расулова Махпиратхон Мехмонкуловна
Андижон давлат тиббиёт институти

ОҒИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-1>

АННОТАЦИЯ

Андижон вилоятида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тарқалишини ва унинг тузилишини ўрганиш. Мамлакатда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг юқори тарқалиши ва интенсивлиги муаммоси етарлича аниқланмаган, ва шу билан бирга, Андижон вилоятининг катталар аҳолисида ушбу патология ҳақида ишончли маълумот йўқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: шиллиқ қавати, патология, лейкоплакия, кандидоз

Умарова Одинахон Нумановна
Расулова Махпиратхон Мехмонкуловна
Андижанский государственный медицинский институт

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ИХ ДИАГНОСТИКА

АННОТАЦИЯ

Изучить распространенность и структуру заболеваний слизистой оболочки полости рта в Андижанской области. Проблема высокой распространенности и интенсивности заболеваний слизистой оболочки полости рта в стране недостаточно выявлена, и в то же время выяснено, что достоверных сведений об этой патологии у взрослого населения Андижанской области нет.

Ключевые слова: слизистая оболочка, патология, лейкоплакия, кандидоз.

Odinahon Umarova N.
Mahpirathon Rasulova M.
Andijan State Medical Institute

PREVALENCE OF DISEASES OF THE ORAL MUCOSA AND THEIR DIAGNOSIS

ANNOTATION

To study the prevalence and structure of diseases of the oral mucosa in the Andijan region. The problem of the high prevalence and intensity of diseases of the oral mucosa in the country is not sufficiently identified, and at the same time it was found out that there is no reliable information about this pathology in the adult population of the Andijan region.

Key words: mucosa, pathology, leukoplakia, candidiasis.

Ҳозирги кунда стоматологиянинг асосий замонавий йўналиши оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошияси қаватининг касалликларини ўрганиш ва даволашдан иборатдир[.]. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясига доимо турли-туман ташқи ва ички омилларнинг таъсир этиши билан бирга, у одам организмидаги ҳар-хил ўзгариш белгиларини ўзида акс эттиради[1,10]. Кўп ҳолларда организмдаги турли аъзолар тизимида тегишли патологик ўзгаришлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясида намоён бўлади; бунга стоматолог ва бошқа тиббиёт мутахассислари ҳам кам эътибор қаратишади[1].

Замонавий стоматологиянинг ютуқларини оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги патологик ҳолатлар натижасида юзага келган бирламчи клиник даражаси белгиларини ва шиллиқ қобик қаватидаги ўзгаришларни ўз вақтида кўра билиш ҳамда ўзгаришларга аниқлик киритиш билан баҳоланади.

Шу ўринда таъкидлашимиз жоизки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришлар бир бутун организмдаги айрим аъзо ҳамда аъзолар тизими касалликларида, жумладан қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида, эндокрин без фаолияти бузилишларида, меъда-ичак тизими патологияларида, витаминлар етишмовчилигида ҳам кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги патологик ҳолатларни ўрганиш ва ташхислашда қатор қийинчиликларга; касаллик белгиларининг турли кўринишлари, жойлашган соҳаси, юзага келишидаги клиник белгилари ва бемор ҳис қилаётган нокулайликлар, касаллик белгилари этиопатологияси ҳамда патогенезининг турлича бўлишига дуч келамиз[2,3].

Шу ўринда таъкидлашимиз лозимки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўп-лаб касалликлари ва дерматозларнинг этиологияси ҳамда патогенези охиригача ўрганилмаган. Ҳозирги вақтга келиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари турли патологик

жараёнларнинг юзага келиши ва кечиш жараёнлари, бутун бир организмнинг турли аъзолари касалликлари, модда алмашинуви жараёнларининг бузилиши, асаб тизими фаолияти, иммунитет ҳолати ўзгаришлари билан чамбарчас боғлиқлиги ҳеч кимда шубҳа туғдирмай қўйди[7].

Юқорида таъкидлаганларимиздан ҳам аёнки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати патологиясидаги муаммоларни фақатгина стоматолог, дерматолог, патофизиолог, морфолог ва бош қа мутахассислар биргаликда ёндошиб ҳал қилиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ўрганишга бўлган комплекс ёндошишгина кейинги йилларда ушбу соҳадаги билимларимизни кенгайтиришга имкон бермокда[6].

Замонавий стоматологиянинг долзарб муаммолари орасида оғиз шиллиқ қавати касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш муҳим ўринлардан бирини егаллайди [2]. Этиологияси ва патогенезининг ўзига хос хусусиятлари, релаксацияга мойиллиги, жуда юқори малигнизацияга мойиллиги туфайли оғиз шиллиқ қавати касалликлари стоматологик касалликлар таркибида алоҳида ўрин тутати. Бу ташхис мураккаблиги, балки аҳоли [1, 3, 4] тизимли эпидемиологик сўров орқали, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) тавсияларига кўра, олинishi мумкин. Шундай қилиб, стоматологлар кузатувларига кўра, оғиз шиллиқ қаватининг касалланиш сўнги ўн йил ичида мамалакатда деярли икки ярим учга ошди, лекин уларнинг тарқалиши ҳозирда тўлиқ ўрганилмаган[9].

Тадқиқотнинг мақсади. Андижон вилоятида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тарқалишини ва унинг тузилишини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва манбалари:

Оғиз шиллиқ қаватидаги барча патологик жараёнлар яхши эмаслиги сабабли Ўзбекистон стоматолог ва онколог бош мутахассислари тавсияларига кўра, саратон хушёрлигини ошириш ва ёмон сифатли ўсмаларни хавфини камайтириш учун шиллиқ қават эпителийсида митотик ўзгаришларни эрта кўриш усулларида фойдаланиш керак .

Мақсадга эришиш учун Андижон вилояти ҳудудида яшовчи 21 ёшдан 74 ёшгача бўлган ҳар икки жинс бўлган беморларни оғиз шиллиқ қавати касалликлари билан 128 беморни клиник кўриқдан ўтказиш ва стоматология клиникаларида стоматологик ёрдам кўрсатиш ишлари олиб борилди. Оғиз шиллиқ қавати касалликларининг тарқалиши тахмин қилинади ва унинг тузилиши ёш хусусиятларига қараб белгиланади.

Шу муносабат билан, барча беморлар 4 гуруҳга бўлинди:

- 1-гуруҳ-21-34 ёшдаги ҳар икки жинсдаги беморлар-60 бемор;
- 2-гуруҳ-ҳар икки жинсдаги 35-44 ёшдаги беморлар-50 бемор;
- 3-гуруҳ-45-64 ёшдаги ҳар икки жинсдаги беморлар-10 бемор;
- 4-гуруҳ - ҳар икки жинсдаги 65-74 л. ёшдаги беморлар-8 бемор.

Оғиз шиллиқ қаватини текшируви алгоритми:

- 1. Оғиз бўшлиғини визуал текшириш ва оғиз шиллиқ қаватида патологик жараёнларни аниқлаш.
- 2. Оғиз шиллиқ қаватидаги патологик ўзгаришларни кўриш ва таҳлил қилиш
- 3. Олинган натижаларни таҳлил қилиш.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама

Тадқиқот шуни тасдиқлайдики, Андижон вилояти аҳолиси орасида оғиз шиллиқ қаватининг зарарланиши кенг тарқалган (табл. 1).

Таблица 1

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тарқалиши

| Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари | 21-34 (42) | 35-44 (27) | 45-64 (32) | 65-74 (19) | жами(%) |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Оғиз бўшлиғи ёмон сифатли ўсмалари | 0 | 0 | 8 | 4 | 12(9 %) |
| Қизил ясси темирлатки | 0 | 7 | 6 | 2 | 15(11/7%) |
| Лейкоплакия | 1 | 6 | 8 | 2 | 11(8 %) |
| Оғиз бўшлиғи кандидози | 2 | 2 | 7 | 1 | 11(8 %) |
| Афтоз стоматит | 8 | 8 | 1 | 6 | 23(18 %) |
| Травматик яра | 9 | 4 | 1 | 2 | 16(12.5 %) |
| Патология йўқ | 22 | 6 | 1 | 2 | 31(24 %) |

касалликларнинг тарқалиши, уларнинг ёшига қараб қуйидагича: 21 дан 34 ёшгача-21%; 35 дан 44 ёшгача – 25 %; 65 дан 77 ёшгача – 15%; 21 дан 34 ёшгача – 33.6%.



Расм 1. Бемор М., 42 ёшда, лейкоплакия, текис шакл

Оғиз шиллиқ қаватининг касалланиш тузилиши ёшга қараб ўзгаради: 21 ёшдан 34 ёшгача бўлган ёш гуруҳида қуйидаги касалликлар устунлик қилади: лейкоплакия, оғиз бўшлиғи кандидози, афтоз стоматит, травматик яра. 35 ёшдан 44 ёшгача

бўлган ёш гуруҳида энг кўп учрайдиган касалликлар лейкоплакия (расм 1), Қизил ясси темирлатки унинг турли кўринишларида ва афтоз стоматит. 55 ёшдан ошганда травматик яра, афтоз стоматит ва Таппейнернинг лейкоплакияси устунлик қилади.



Расм 2. Бемор Н., 44 ёшда, Қизил ясси темирлатки типик шакли

Хулоса.

1. Тадқиқот натижаларининг таҳлили: Андижон вилоятининг катта ёшдаги аҳолисида оғиз шиллик қавати касалликлари юқори даражада учрашини, шиллик қават тузилиши ва асосан ёшга боғлиқлиги билан тушунтирилади.

2. Ёш аҳолининг саратон олди касалликларига мойиллиги аниқланди (ёш гуруҳлари 21 дан 34 ёшгача ва 35 дан 44 ёшгача), етук ёшда эса максиллофасиял минтақанинг бузилган трофик тўқималари фониде деструктив мукозал бузилишлар ва соматик патология белгилари устунлик қилади.

Адабиётлар

1. Самойлов К.О., Шкурупий В.А., Верещагина Г.Н. Ультраструктура эндотелиальных клеток кровеносных капилляров десен больных с хроническим катаральным гингивитом на фоне дисплазии соединительной ткани // *Стоматология*, - 2004,- № 4,- С.9-12.
2. Сарап Л.Р., Бутакова Л.Ю., Зенкова Ю.А. и соавт. Профилактика патологии слизистой оболочки рта у пациентов со съёмными зубными протезами // *Клиническая стоматология*.- 2007.- № 1.- С.44-46.
3. Яночкина Н.С. Комплексное применение магнито-лазерной терапии и дентальной адгезивной пасты солкосерила для профилактики и лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита: автореф. дис. . канд. мед. наук,- М., 2006,- 26 с.
4. Ashley R., Waid A., Corey L. Cervical antibodies in patients with oral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infections: local anamnestic responses after genital HSV-2 infections // *J. Virol.*, 1994.- Vol. 68. - №8. - P.5284-5286.
5. Slomiany B.L., Piotrowski J., Slomiany A. Role of endothelin-1 and interleukin-4 in buccal mucosal ulcer healing: effect of chronic alcohol ingestion // *Biochem. Biophys. Res. Commun.*- 1999. - №2. - P.373-377.
6. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Ульянова М.А. Особенности активационного состава иммунокомпетентных клеток крови пародонта при катаральном гингивите // *Стоматология*.- 2003.- № 5.- С.45-47.
7. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Ульянова М.А. Особенности клеточного иммунитета при катаральном гингивите (Сообщение 2) // *Стоматология*.- 2003.- № 3.- С.6-8.
8. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Фролова Т.А. и соавт. Клинико-иммунологические особенности патогенеза катарального гингивита (Сообщение 1) // *Стоматология*.- 2003. - № 3. - С.24-27.
9. Савичук Н.О., Савичук А.В., Пьянкова А.В. Новый фармакотерапевтический подход в лечении хронических стоматитов // *Украинский медицинский журнал*.- 2003.- № 3.- С.34-36.
10. Biagioni P.A., Lamey P.J. Acyclovir cream prevents clinical and thermographic progression of recrudescing herpes labialis beyond the prodromal stage // *Acta. Derm. Venereol.* - 1998.- Vol. 78.- №1.- P.46-47.

Ризаев Жасур Алимжанович
Бекжанова Ольга Есеновна
Алимова Севара Хаитматовна

Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский государственный стоматологический институт

НУЖДАЕМОСТЬ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-2>

АННОТАЦИЯ

Изучалась заболеваемость кариесом зубов пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта по показателям распространенности и интенсивности; оценка нуждаемости в патогенетической терапии кариеса зубов у этой категории больных.

У пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ интенсивность кариеса зубов составляла 11,40 + 0,52 пораженных зуба, то при эрозивной форме интенсивность кариеса была равна уже 14,40 + 0,72 пораженных зуба, разница с НЭФГЭРБ достоверна ($P1 \leq 0,05$); а у пациентов с пищеводом Баррета - составила уже 18,65 + 0,86 пораженных зуба ($P1 \leq 0,05$; $P2 \leq 0,05$). Анализ элементов, составляющих индекс КПУ выявил увеличение интенсивности и удельного веса в структуре индекса КПУ элементов «К» - кариес и «У» - удаленные зубы, синхронизированное с тяжестью поражения.

Изучение интенсивности кариеса в индексной возрастной группе 35-44 года (по критериям ВОЗ) продемонстрировало увеличение распространенности очень высокой и высокой интенсивности кариеса при отсутствии очень низкой и снижении частоты встречаемости низкой и средней интенсивности.

Ключевые слова: кариес зубов, интенсивность кариеса зубов, структура индекса КПУ.

Rizaev Jasur A.

Bekjanova Olga E.

Alimova Sevara Kh.

Samarkand State Medical University

Tashkent State Dental Institute

THE NEED FOR PATHOGENETIC THERAPY OF DENTAL CARIES IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

ANNOTATION

The incidence of dental caries in patients with diseases of the gastrointestinal tract was studied in terms of prevalence and intensity; assessment of the need for pathogenetic therapy of dental caries in this category of patients.

In patients with a non-erosive form of GERD, the intensity of tooth decay was 11.40 + 0.52 affected teeth, then with an erosive form, the intensity of caries was already equal to 14.40 + 0.72 affected teeth, the difference with NEFGERB is reliable ($P1 \leq 0.05$); and in patients with Barrett's oesophagus - was already 18.65 + 0.86 affected teeth ($P1 \leq 0.05$; $P2 \leq 0.05$). Analysis of the elements that make up the KPU index revealed an increase in the intensity and specific gravity in the structure of the KPU index of the elements "K" - caries and "U" - extracted teeth, synchronized with the severity of the lesion.

The study of the intensity of caries in the index age group of 35-44 years (according to WHO criteria) demonstrated an increase in the prevalence of very high and high intensity of caries in the absence of very low and a decrease in the frequency of occurrence of low and medium intensity.

Keywords: tooth decay, the intensity of tooth decay, the structure of the KPU index.

Ризаев Жасур Алимжанович

Бекжанова Ольга Есеновна,

Алимова Севара Хаитматовна.

Самарканд давлат тиббиёт университети

Тошкент давлат стоматология институти

ОШҚОЗОН –ИЧАК ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАРДА ТИШ КАРИЕСИНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШГА БЎЛГАН ЭХТИЁЖИ

АННОТАЦИЯ

Ошкозон-ичак тракти касалликлари билан оғриган беморларда тиш кариесининг кўрсаткичлари тарқалганлик ва интенсивлик бўйича ўрганилган; беморларнинг ушбу тоифасида тиш кариесини патогенетик даволаш зарурлиги баҳоланган.

ГЭРКнинг эрозив бўлмаган шакли бўлган беморларда тиш кариесининг интенсивлиги зарарланган тишларнинг 11,40 + 0,52 ни , эрозив шаклда кариесининг интенсивлиги зарарланган тишларда 14,40 + 0,72 тенг эди, НЭФГЭРК билан фарқ ишончли ($P_1 \leq 0,05$) ташкил килди; Баррет кизилунгачи бўлган беморларда зарарланган тишларнинг 18,65 + 0,86 ташкил килди ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). КПУ индексини ташкил этувчи элементлар таҳлили натижасида зарарланиш оғирлиги билан синхронлаштирилган "К" - кариес ва "У" – олинган тишлар элементларининг КПУ индекси структурасида жадаллашгани ва солиштирма оғирлиги ошгани маълум бўлди.

35-44 ёш гуруҳидаги кариесининг интенсивлигини ўрганиш (ЖССТ мезонларига мувофиқ) жуда паст ва ўрта интенсивлик пайдо бўлиши частотаси пасаймаганда, кариесининг жуда юқори ва юқори интенсивлиги кўпайганини кўрсатди.

Калит сузлар: тиш кариеси, тиш кариеси интенсивлиги, КПУ индексининг тузилиши.

В процессе развития кариозного поражения у больных ГЭРБ участвует множество различных кариесогенных факторов, главными из которых признаны нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта вследствие заброса желудочного содержимого [1,2,5,7].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных изучению состояния твердых тканей зубов у больных ГЭРБ, в доступной нам литературе отсутствуют сведения особенностях течения кариеса зубов при наличии у пациентов ГЭРБ различной тяжести. [3,6,9].

В связи с вышеизложенным, целью настоящих исследований явилось: изучение заболеваемости кариесом зубов пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью по показателям распространенности и интенсивности; оценка нуждаемости в патогенетической терапии кариеса зубов у этого контингента.

Материал и методы:

В этой связи актуальным представлялось изучение характеристик кариозного поражения при различной тяжести ГЭРБ. Количество осмотренных и их распределение по половозрастному признаку представлено в таблице 1.

Таблица 1

Возрастно-половой состав больных с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью

| Возраст, лет | Контроль, n=40 | | с НЭ ГРБ n=66 | | ЭГЭРБ n=74 | | РГЭБР n=78 | | ПБ n=73 | | Всего n=391 | | Всего |
|--------------|----------------|----|---------------|----|------------|----|------------|----|---------|----|-------------|-----|-------|
| | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | |
| 18-20 | 5 | 3 | 6 | 4 | 7 | 4 | 6 | 4 | 5 | 3 | 24 | 15 | 39 |
| 21-30 | 6 | 4 | 5 | 3 | 8 | 5 | 9 | 7 | 12 | 10 | 34 | 25 | 59 |
| 31-40 | 6 | 4 | 10 | 6 | 12 | 7 | 11 | 9 | 10 | 8 | 43 | 30 | 73 |
| 41-50 | 4 | 3 | 12 | 7 | 12 | 8 | 14 | 8 | 9 | 7 | 47 | 30 | 77 |
| 51-60 | 3 | 2 | 5 | 8 | 6 | 5 | 6 | 4 | 5 | 4 | 22 | 21 | 43 |
| Всего | 24 | 16 | 38 | 28 | 45 | 29 | 46 | 32 | 41 | 32 | 170 | 121 | 291 |

Интенсивность кариеса зубов – сумма клинических признаков кариозного поражения (кариозных, пломбированных и удаленных зубов), рассчитанная индивидуально для одного или группы обследованных.

Оценку тяжести кариозного поражения (структура элемента «К») осуществляли по основной: классификации кариеса по ВОЗ (МКБ-10, 1995): кариес зубов (K02), в том числе K02.0 кариес эмали стадия "мелового пятна" (начальный кариес); K02.1 - кариес дентина; K02.2- кариес цемента; K02.3 - приостановившийся кариес зубов[4,8,10].

Результаты и обсуждение:

В наших исследованиях величение тяжести ГЭРБ приводило к достоящему нарастанию интенсивности кариозного поражения. Так, если у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ интенсивность кариеса зубов составляла 11,40 + 0,52 пораженных зуба, то при эрозивной форме интенсивность кариеса была равна уже 14,40 + 0,72 пораженных зуба, разница с НЭФГЭРБ достоверна ($P_1 \leq 0,05$); а у пациентов с пищеводом Баррета - составила уже 18,65 + 0,86 пораженных зуба ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). Анализ элементов, составляющих индекс КПУ выявил увеличение интенсивности и удельного веса в структуре индекса КПУ элементов «К» - кариес и «У» - удаленные зубы, синхронизированное с тяжестью поражения. Так, у пациентов с НЭФГЭРБ интенсивность элемента «К» составила 3, 82 + 0,14; то при ЭФГЭРБ абсолютная величина элемента «К» была равна уже 6,05 + 0,24 ($P_1 \leq 0,05$); а при ПБ уже соответственно 8,53 + 0,41 ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$); соответствующие величины элемента «У» - удаленные зубы были равны 5,23 + 0,21; 6,57 + 0,30 ($P_1 \leq 0,05$) и 8,59 + 0,41 ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$) и ,напротив, обнаружено значительное снижение величины элемента «П» - запломбированные зубы с увеличением тяжести ГЭРБ, составившее соответственно 2,35 + 0,11; 1,78 + 0,06 ($P_1 \leq 0,05$) и 1,53 + 0,07 ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$). О низкой эффективности

существующих способов лечения кариеса у больных ГЭРБ свидетельствует также и незначительный удельный вес в структуре индекса КПУ элемента «П».Так, у больных НЭФГЭРБ удельный вес элемента «П» в структуре индекса был равен 20,61 + 3,13 % ; у пациентов с ЭФГЭРБ - 12,35 + 2,93 % ($P_1 \leq 0,05$); а с ПБ - 8,20 + 2,70 % ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \leq 0,05$).

При всех вариантах течения ГЭРБ в структуре индекса КПУ преобладают кариозные – элемент «К» и удаленные – элемент «У» зубы: у пациентов с НЭФГЭРБ удельный вес элемента «К» составил 33,50 + 4,38% ($P_1 \geq 0,05$); с ЭФГЭРБ – 42,01 + 4,39% и с ПБ - 45,01 + 4,39% ($P_1 \leq 0,05$; $P_2 \geq 0,05$); соответствующие соотношения элемента «У» составили 45,88 + 3,77% ($P_1 \geq 0,05$); 46,63 + 4,44% ($P_1 \geq 0,05$) и 46,06 + 4,91% ($P_1 \geq 0,05$; $P_2 \geq 0,05$). Оценка клинической ситуации в полости рта у определенного контингента пациентов, планирование объёма и направленности лечебно-профилактических мероприятий, разработка рекомендаций, невозможны без оценки тяжести кариозного поражения. Далее мы оценивали тяжесть кариозного поражения у пациентов с ГЭРБ .

У пациентов контрольной группы в структуре элемента «К» - наблюдается равномерное распределение тяжести кариозного поражения: интенсивность начального кариеса K02.0 составляет 0,52 + 0,02 (25,04 + 3,54%); соответствующие величины K02.1 – кариес дентина; K02.2 – кариес цемента и K02.3 приостановившийся кариес составили 0,63 + 0,03 (30,58 + 3,46%); 0,49 + 0,02 (23,79 + 3,48%) и 0,42 + 0,01 (20,39 + 3,32%). При этом у больных с ГЭРБ обнаружено статистически значимое ($P \leq 0,05$) снижение абсолютной величины начального кариеса - 0,23 + 0,01; на фоне резкого увеличения интенсивности кариеса дентина и кариеса цемента соответственно 2,17 + 0,08 ($P \leq 0,05$) и 3,08 + 0,13 ($P \leq 0,05$); а также снижение интенсивности приостановившегося кариеса – 0,24 + 0,01 ($P \leq 0,05$). У больных

ГЭРБ в структуре элемента «К» обнаруживалось значимое увеличение удельного веса кариса цемента – 53,85 + 2,45 % против 23,79 + 3,48% ($P \leq 0,05$) и кариса цемента – 37,94 + 2,41% против 30,58 + 3,46% ($P \geq 0,05$); снижение удельного веса начального – 4,02 + 0,97% против 25,04 + 3,54% ($P \leq 0,05$) и приостановившегося кариса – 4,19 + 0,10 % против 20,39 + 3,32% ($P \leq 0,05$).

Детальный анализ структуры элемента «К» у пациентов с различным клиническим течением ГЭРБ позволил установить связь тяжести кариозного поражения с клиническим течением: с нарастанием тяжести клинических проявлений ГЭРБ снижались абсолютные величины и удельный вес в структуре элемента «К» таких нозологических единиц как начальный и приостановившийся карис на фоне увеличения абсолютных величин и удельного веса кариса дентина и кариса цемента.

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

Для более полной характеристики интенсивности кариса у пациентов, больных ГЭРБ пациентов мы использовали - интегральный показатель интенсивности кариса по ВОЗ в индексной возрастной группе 35 – 44 года.

Изучение количества кариозных зубов в индексной возрастной группе позволило оценить активность кариса зубов в сравнении с общемировыми стандартами его интенсивности.

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

При этом у больных ГЭРБ отсутствуют пациенты с низкой интенсивностью кариса зубов; у 4 (2,35 + 1,16 %) обнаружено от 1,6 до 6,2 кариозных зубов, что позволило отнести их в группу

низкой интенсивности кариса; 43 пациента (25,29 + 3,33 %) имели от 6,3 до 12,7 кариозных зубов - интенсивность кариса оценена как низкая; у 59 пациентов (34,71 + 3,65 %) имелось 12,8 – 16,2 кариозных зуба они составили группу высокой интенсивности кариса и у 64 (37,65 + 3,72 %) пациентов в полости рта обнаружено более 16,3 кариозных зубов – группа очень высокой интенсивности кариса. Необходимо отметить, что прогрессирование гастроэзофагеальной рефлюксной болезни приводило к увеличению частоты встречаемости очень высокой интенсивности кариса и снижению низкой и средней. Наиболее наглядно эта тенденция прослеживается при анализе очень высокой интенсивности кариса. Так, в группе контроля очень высокая распространённость кариса встречалась у 4 (8,065 + 1,98 %) обследованных; соответствующая частота составила при незрозивной форме ГЭРБ - 17 (24,29 + 5,12 %) пациентов ($P 1 \leq 0,05$); при эрозивной форме уже 25 (45,45 + 6,71 %) пациентов ($P 1 \leq 0,05$; $P 2 \leq 0,05$); а с пищеводом Баррета – 27 (60,0 + 6,71 %) пациентов ($P 1 \leq 0,05$; $P 2 \leq 0,05$; ($P 3 \leq 0,05$)

Выводы:

1. Изучение интенсивности кариса в индексной возрастной группе 35-44 года (по критериям ВОЗ) продемонстрировало увеличение распространённости очень высокой и высокой интенсивности кариса при отсутствии очень низкой и снижении частоты встречаемости низкой и средней интенсивности.
2. Детальный анализ интенсивности кариса позволил определить основную стратегию лечения кариозной болезни у пациентов с заболеваниями ЖКТ, заключающуюся в необходимости не только разработки специальных лечебно-профилактических и гигиенических мероприятий, но и поиска новых средств и обоснования специальных методов лечения твердых тканей зубов с учётом высокой тяжести кариса.
3. Прогрессирование заболеваний ЖКТ приводило к увеличению частоты встречаемости очень высокой интенсивности кариса и снижению низкой и средней. Наиболее наглядно эта тенденция прослеживается при анализе очень высокой интенсивности кариса.

Литература:

1. Ахмедханов И.А., Маев И.В., Лукина Г.И. Особенности саливации и состояния полости рта у пациентов с патологией органов эзофагогастроудоденальной зоны. // *Стоматология для всех.* - 2012.- №4.- С. 57-59.
2. Бекжанова О.Е., Иногамов Ш.М. Особенности стоматологической помощи больным гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *«Stomatologiya»* 2017 №1. С.69-73
3. Бекжанова О.Е., Иногамов Ш.М. Частота встречаемости кариса зубов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Материалы III международной конференции «Актуальні проблеми розвитку світової науки» Киев 28 лютого 2017.* С. 58-61.
4. Комаров Ф.И., Осадчук М.А., Осадчук А.М. Практическая гастроэнтерология. Медицинское информационное агентство. Москва, 2010.- 480 с.
5. Копецкий И.С., Меджидов М.Н., Марчук Т.А. Карис. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология». – М., 2013. – 102с.
6. Осадчук, М.А., Свистунов А.А., Осадчук М.М., Николенко Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как мультидисциплинарная патология // *Поликлиника.* – 2013. - №4. – С.88 – 96.
7. Петрова А.Ю., Клименко Е.В., Вавилова А.А., Нигматуллина А.Э., Киреева Э.Ф. Клинические проявления и методы коррекции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта у стоматологических больных // *Вестник Башкирского государственного медицинского университета* - 2013г. №2
8. ICD-DA: International Classification of Diseases, Dental Application, WHO, Geneva, 1995.
9. Jawed M, Shahid S.M. , A. Rehman A. et al. Serum and salivary minerals in dental caries // *J. Dow. University of Health Sciences.* – 2009. – Vol. 3, № 2. – P. 61–65.
10. Preethi, B.P. Evaluation of flow rate, pH, buffering capacity, calcium, total protein and total antioxidant levels of saliva in caries free and caries active children / B.P. Preethi, A. Pyati, R. Dodawad // *Biomed. Research.* – 2010. – Vol. 21, № 3. – P. 289–294.

Эронов Ёқуб Қуватович
Мирсалихова Феруза Лукмоновна
Бухоро давлат тиббиёт институти,
Тошкент Давлат Стоматология институти

ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА СУРИНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНЛАРИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-3>

АННОТАЦИЯ

Имконияти чекланган болаларда сурункали гингивитни даволаш, уни профилактикани мукамаллаштиришда маълум ютуқларга қарамасдан, мазкур патологиянинг юқори даражаси, касалланиш ўсишининг тенденцияси муаммонинг долзарблигига гувоҳлик қилади. Сурункали катарал гингивит билан касалланиш унинг кенг тарқалганлиги билан шартланган (80-98%), клиник кўринишларининг турли-туманлиги эса диагностика, даволаш ва профилактикада қийинчиликлар ҳосил қилади.

Калит сўзлар: Имконияти чекланган болалар, сурункали катарал гингивитлар, пародонт, оғиз бўшлиғи шиллик қавати.

Эронов Ёқуб Қуватович
Мирсалихова Феруза Лукмоновна
Бухарский государственный медицинский институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт

СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА В СУРИНКАЛИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

АННОТАЦИЯ

Несмотря на определенные достижения в лечении хронического гингивита у детей с ограниченными возможностями, улучшение его профиля, высокий уровень этой патологии, тенденция к росту заболевания свидетельствуют об актуальности проблемы. Заболеваемость хроническим катаральным гингивитом обусловлена его распространенностью (80-98%), в то время как разнообразие клинических проявлений затрудняет диагностику, лечение и профилактику.

Ключевые слова: Дети с ограниченными возможностями, катаральный гингивит гортани, пародонтит, слизистая оболочка полости рта.

Ekub Eronov K.
Feruza Mirsalikhova L.
Bukhara State Medical Institute,
Tashkent State Dentistry Institute

MODERN INTERPRETATIONS OF TREATMENT AND PREVENTION OF CATARRHAL GINGIVITIS IN SURINKALI IN CHILDREN WITH DISABILITIES

ANNOTATION

Despite certain achievements in the treatment of chronic gingivitis in children with disabilities, the improvement of its profile, the high level of this pathology, the tendency to increase the disease indicate the urgency of the problem. The incidence of chronic catarrhal gingivitis is due to its prevalence (80-98%), while the variety of clinical manifestations complicates diagnosis, treatment and prevention.

Keywords: Children with disabilities, catarrhal gingivitis of the larynx, periodontitis, oral mucosa.

Имконияти чекланган болаларда гингивит касаллигининг энг кўп учраши сабаблари уларнинг оғиз бўшлиғида гигиенанинг кониқарсиз ҳолати, ота-оналарнинг болада гигиена тарбиясини беришга кониқарсиз муносабати, тиш-жағ аномалиялари, шунингдек оғирлаштирувчи умумий соматик ҳолат мавжудлиги ҳамда маргинал пародонт яллиғланиш касалликлари ривожланишининг умумий ва маҳаллий факторлари уйғунлиги ҳисобланади [3.5.9].

Гингивит – бу милк шиллик қаватининг яллиғланиш касаллиги, кўпинча болаларда ўсмирлик ёшида 98% гача учрайди. Пародонт тўқималари касалликларини даволашнинг энг самарали методларини ишлаб чиқиш, шунингдек амалиётга тадбиқ қилиш, сўнги ўн йилда Ўзбекистон, Россия ва чет эл олим муаллифларининг тадқиқотларида биринчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда. [1.2.3].

Имконияти чекланган болаларда катарал гингивитнинг этиологик омилларини билишнинг ўзига хосликлари касалликнинг

профилактикаси ва даволашда катта рол ўйнайди. Кўпинча умумий факторлар баъзи инсонларнинг пародонт яллиғланиш касалликларига юқори мойиллигини тушунтиради. Улар орасида пубертат ёш, ҳомилдорлик, менопауза каби ҳаётнинг физиологик даврлари; зарарли одатлар (чекиш); касалликлар (қандли диабет, ошқозоннинг яра касаллиги, сурункали гепатит, гипо- ва гипертиреоз, лейкомия, ОИВ-инфекция ва бошқалар); вирус инфекциялари (грипп, ОРВИ); гипо- ва авитаминозлар (цинг, пеллагра); дори воситаларининг қабул қилиниши (цитостатиклар, иммунодепрессантлар, орал гормонал контрацептивлар) бор [3.5].

БСТ илмий гуруҳининг дунёда 53 та мамлакат аҳолисининг текширувига асосланган ҳисоботида пародонт касаллигининг юқори тарқалганлик даражаси ўз ўрнига эга. 5 йилда алоҳида минтакаларда гингивитнинг частотаси 30-40% га етиши мумкин, 15-19 ёшли шахсларда пародонт касалликлари 55-89%, 35-44 ёшда – 65-98% учрайди. Ёшлиқда тишларнинг катта қисмини йўқотиш, сурункали инфекция ўчоқларининг бўлиши, чайнаш-нутқ аппаратининг асосий функцияларини бузилиши, беморларда ҳаёт сифатининг тушиши – пародонт касалликлари келтириб чиқарувчи оқибатларнинг тўлиқ рўйхати эмас, улар мазкур патологияни нафақат тиббий, балки муҳим ижтимоий муаммо сифатида кўриб чиқиш имконини беради [4.5.6].

БСТ маълумотларига кўра, 80% болалар гингивитдан азият чекади. Болаларда пародонт касалликлари ўртасида сурункали катарал гингивит 35-85% ни ташкил этади. Энг катта солиштирма вазн енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги гингивитга тўғри келади. Пародонт тўқималарида ўзгаришлар 7-8 ёш болаларда 50% кузатилади, ёш ўтиши билан гингивитнинг тарқалганлиги жинсий етуклик давригача ортиб боради, 12 ёшдаги 90% болалар гингивитга эга.

Олимларнинг фикрича, гингивит кўпинча оғирқисиз кечади ва кўп йиллар давомида даволанмасдан қолиши мумкин. Яллиғланиш пародонт ичигача ривожланиши билан гингивит бошқа нозологик шакл – пародонтитга ўтади. Сурункали катарал гингивит нафақат пародонтнинг яллиғланиши, балки организмнинг тишларда мавжуд бўлган микробларнинг агрессив таъсирига жавоби сифати кўриб чиқилади, бунинг оқибатида эпителиоцитлар ва микромирларнинг дисметаболик шикастланишига олиб келувчи ўз характери бўйича ихтисослашмаган факторли салбий таъсир ҳосил бўлади [7.8.9].

Имкониёти чекланган болаларда пародонт тўқималарида касаллик патогенезининг замонавий концепциялари, энг аввало ўсмирлар ва ёшларда, пародонт тўқималарида яллиғланиш жараёнларини ҳосил бўлишининг сабаби ҳисобланган пародонтопатоген микрофлора – инфекция-яллиғланиш факторида етакчи ролни ўйнайди. СТКГ га эга болаларда шартли-патоген микрофлоранинг керагидан ортиқ ўсиши ва яллиғланиш жараёнлари шаклланиши туфайли оғиз бўшлиғида микроэкологиянинг бузилиши содир бўлади. Болаларда СТКГ патогенезида шартли-патоген микроорганизмларнинг солиштирма вазини пайдо бўлиш частотасининг ўсиши катта рол ўйнайди: *Str. pneumoniae*, *St. aureus*, *Str. viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Str. beta-haemolyticus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Касалликнинг оғирлик даражасининг ўсиши милк чўнтақларида пародонтопатоген микроорганизмлар, энг аввало СТКГ нинг оғир шаклига эга барча беморларда аниқланган *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* аниқланиш эҳтимолнинг ортиши билан кузатилади. СТКГ клиник оғирлиги ортиши билан пародонтопатоген микроорганизмлар ассоциациясининг шаклланиши содир бўлади. Болаларда СТКГ нинг шаклланиши ва жадаллашуви оғиз бўшлиғида колонизацияли резистентлик бузилиши билан кузатилади. Колонизацияли резистентликнинг бузилиши ва яллиғланиш жараёнлари тузатишни талаб қиладиган СТКГ патогенезининг энг муҳим бўғимлари ҳисобланади [11.12].

Сан-Паулу Университетининг олимлари Висфатинни ўрганишида – бу иммун функцияларида ўсиш фактори, фермент ва яллиғлантирувчи медиатор сифатида муҳим рол ўйнайдиган адипокин. Семириш бўлган, ва бўлмаган, тарқок сурункали пародонтитга эга беморларнинг милк суюқлигида (ГСФ) препаратнинг даражаси аниқланди. Олинган маълумотларда ГФК да

висфатин ва IL-6 даражаси семириш патогенези ва пародонтитга боғлиқлигидан дарак берди. Мазкур тадқиқот доирасида олимлар тизимли соғлом инсонларда липид профил ва пародонтит ўртасида боғлиқлик мавжудлигини тақлиф қилишди.

Украиналик олимлар, кўпинча касаллик экологик ноқулай минтакаларда яшовчи болаларда пайдо бўлади деб ҳисоблашади [10]. Мақолада экологик ифлосланган минтақада яшовчи, сурункали катарал гингивитга эга болаларни шу ташхисга эга экологик тоза минтақада яшовчи болалар билан солиштирилганда цитокин профил ва оғиз бўшлиғи суюқлигида лейкоцитларнинг миқдорини ўрганиш натижалари тақдим этилган. Ўрганилган гуруҳлардаги болаларда сурункали катарал гингивитнинг оғирлик даражасига боғлиқ равишда оғиз суюқлигида лейкоцитларнинг миқдори ва цитокин спектр ўзгаришларининг батафсил таҳлили берилган. Ёши ва яшайдиган жойига боғлиқ равишда, сурункали катарал гингивитга (СКГ) эга болаларнинг оғиз суюқлигида (ОС) лейкоцитлар ва цитокинлар миқдорининг таҳлили шуни кўрсатдики, экологик ифлосланган минтақада (ЭИМ) яшовчи 7 ёшли болаларнинг ОС да лейкоцитлар даражаси ($198,19 \pm 4,11$) $106/л$ ни ташкил этди, бу уларнинг шартли тоза минтақада (ШТМ) яшовчи тенгдошларининг натижаларидан $1,4$ марта юқори, ($141,09 \pm 4,10$) $\cdot 106/л$, ($p < 0,01$). Мазкур ёш гуруҳида цитокин профилнинг таҳлили экологик ноқулай минтақада яшовчи болаларда IL-6 яллиғлантириш цитокиннинг миқдори шартли “тоза” минтақада яшовчи болаларнинг маълумотларига нисбатан $11,22\%$ юқорилигини кўрсатди (мос равишда, $13,78 \pm 0,38$ пг/мл га қарши $12,39 \pm 0,50$ пг/мл, $p < 0,05$).

Украиналик муаллифларнинг бошқа тадқиқотида ноқулай экологик шароитда яшаётган, сурункали катарал гингивитга эга болаларнинг оғиз бўшлиғида иммунитет ҳолати ўрганилган. Экологик юкланиш турли даражада бўлган ҳудудларда яшайдиган, СКГ га эга 178 нафар бола текширилган. Болаларнинг ёши 7, 12, 15 ёшни ташкил қилди. Текширилувчиларнинг оғиз бўшлиғининг суюқлигида (ИЛ) 1β , 4 , бинтерлейкинлар миқдори; Quanticinетизими ёрдамида реактивлар (Россия) ҳамда ўсиш факторини трансформацияловчи $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) воситасида иммуофермент таҳлил методи билан (ФНО- α) ўсимта некрозининг фактори аниқланди.

Имкониёти чекланган болаларда оғиз бўшлиғи аъзоларининг патологик ҳолати ҳамда организмнинг баъзи тизимли касалликлари ўртасида ўзаро боғлиқликни кўрсатувчи катор эпидемиологик тадқиқотлар бажарилган. Болаларда умумий соматик касалликларнинг мавжудлиги жағ-юз соҳасида тузилиш-функция ўзгаришлари ривожланишига сабаб бўлиши, шу жумладан пародонт касалликлари ривожланишининг хавфини ошириши ва бу касалликларнинг кечуви ва прогнозига катта таъсир кўрсатиши мумкин.

Болаларда пародонт тузилишининг функционал ва морфологик етилмаганлиги яллиғланиш жараёни кечувини аниқлаб берувчи омил ҳисобланади [13.14.15].

Шундай қилиб муаллифлар О.А. Лепёхин, А.В. Сущенко томонидан илмий аснода катарал гингивит бўлган болаларда сурункали гастродуоденит фонидо оғиз бўшлиғида маҳаллий иммунитет факторларининг G синф иммуноглобулинлар миқдорининг ортиши, оғиз бўшлиғида секретор A ва A иммуноглобулинлар концентрациясининг пасайиши ва Ksb кўрсаткичининг ортиши, шунингдек оғиз бўшлиғи ва қонда нейтрофилларнинг функционал фаоллиги ортиши кўринишидаги дисбаланс аниқланиши исботланган. Яллиғланиш жараёнига қизилўнгачнинг жалб қилиниши кўп ифодаланадиган иммунологик ўзгаришлар, айнан, сўлакда IgA, sIgA ва лизоцимининг энг кам миқдори, Ksb нинг юқори қиймати ва оғиз бўшлиғи ва қонда нейтрофилларнинг фагоцитлар фаоллиги пасайиши билан кузатилади. Муаллифлар ошқозон-ичак трактининг турли касалликларидан катарал ва гипертрофик гингивит даволанишига резистент ривожланиши билан энг кўп жигар, айниқса узоқ давом этганида гепатохолецистид сабаблигини тасдиқлашади. Сурункали гастрит, колит, ошқозоннинг яра касаллигида катарал гингивитнинг енгил

шаклари кузатилади, улар болаларда камдан-кам ҳолатда пародонтитга ўтади.

Имконияти чекланган болаларда катарал гингивит ривожланишига олиб келувчи маҳаллий омиллар сифатида тишнинг шикастланиши (тожининг синиши, тишнинг чиқиши ва бошқалар), бўйин олди кариес, нотўғри тишлам, тишлар (дистопия, қисилганлик) ва оғиз бўшлиғи юмшоқ тўқималарининг аномалиялари (лабларнинг қисқа уздечкаси, кичик кириш); тишларни қониқарсиз парваришлаш, тиш тоши, пломба, тиш протезлари, эстетик винирлар ёки ортодонтик аппаратларни ўрнатишда нуксонлар ва ҳоказолар [15.16].

Хулоса. Имконияти чекланган болаларда оғиз бўшлиғининг шиллик қавати деярли доим турли касалликлар ва патологик ҳолатларнинг патологик жараёнига жалб қилинади. Бироқ бу ўзгаришларнинг характери этиологияси, организмнинг индивидуал ўзига хосликлари, ёш, жисмоний ҳолат, генетик статус ва бошқаларга боғлиқ равишда жуда турли-туман. Шу сабабдан шиллик қават ўзгаришлари аломатларининг диагностик қиймати, шунингдек шифокорнинг даволаш ва профилактика тактикаси турлича бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Абдуллаев Ж.Р. Ранняя диагностика и лечение хронического катарального гингивита у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Ташкент.- 2009 г.- 24 с.
2. Аванесов А.М., Калантаров Г.К. Влияние антисептиков мирамистин и хлоргексидин на местный иммунитет полости рта при хроническом генерализованном катаральном гингивите // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. -2013.- № 3. - С. 68-72
3. Базарный В.В., Полушина Л.Г., Максимова А.Ю., Светлакова Е.Н., Семенцова Е.А. Цитологическая характеристика процессов пролиферации и апоптоза в буккальном эпителии при хроническом гингивите//Вестник уральской медицинской академической науки, 2019, Том 16, № 1.-С.23-26.
4. Безушко Э.В., Малко Н.В. Особенности цитокинового профиля у детей с хроническим катаральным гингивитом, проживающих на загрязненных территориях и с фтор-, йоддефицитом // Российская стоматология. -2015.-№4.-С.35-38.
5. Беленова И. А., Бондарева Е. С. Повышение эффективности комплексного лечения хронического катарального гингивита в детском возрасте путем применения местных иммунокорректоров // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2013. №1.
6. Березина Н.В., Силантьева Е.Н. К вопросу о местном лечении хронического катарального гингивита у подростков//Научный альманах 2017.-№1-3.-с.168-170.
7. Эронов Ё.К., Жумаева Ш.Б.Болаларда ўткир герпетик стоматитларни даволашга замонавий ёндошув // Tibbiyotda yangi kun – Бухоро, 4 (24) 2018 й. 123-125 б (14.00.00; №22).
8. Эронов Ё.К., Жумаева Ш.Б. Кичик ёшдаги болалар ва ўсмирларда гингивитни даволашнинг замонавий усуллари // Journal of Biomedicine and Practice. 2019 № 3 61-65 б (14.00.00; № 24)
9. Эронов Ё.К., Мирсалихова Ф.Л. Тиш кариесини профилактикаси ва даволашни церебрал фалажли бемор болаларда олиб бориш // Tibbiyotda yangi kun. - Бухоро. 2019 й. №3(27). 181-183 б (14.00.00; №22).
10. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесининг комплекс даволаш усуллари// Tibbiyotda yangi kun. - Бухоро. № 4 (32) 2020 й. 710-715 б (14.00.00; №22).
11. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариеси профилактикаси // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд, 2020. - №6. - 145-150 б (14.00.00; №19).
12. Эронов Ё.К., Ражабов А. А. Мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигининг тарқалиш кўрсаткичларини баҳолаш // Tibbiyotda yangi kun. - Бухоро. №2 (30) 2020. 634-635 б (14.00.00; №22).
13. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда Лошли юшенко красногорский усулида сўлак таркибий хосаларини тахлили аниқлаш// Tibbiyotda yangi kun. - Бухоро. №2 (30) 2020. 272-274 б (14.00.00; №22).
14. Мирсалихова Ф.Л. Минимально инвазивный метод лечения кариеса зубов у детей. // «Стоматология детского возраста и профилактика» Москва. 2018 2-70.С 9-12
15. Мирсалихова Ф.Л. Отстроченное пломбирование при кариесе постоянных зубов у детей с несформированными корнями. // «Клиническая стоматология» Москва, 2018 1/85/ январь-март. С 4-7
16. Мирсалихова Ф.Л. Минимально щадящий подход к лечению кариеса зубов у детей. // Материалы межрегиональной заочной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию профессора В.Ю.Миликевича «Актуальные вопросы стоматологии». Волгоград. 29 апреля 2017 г. С- 238-241.

Идиев Гайрат Элмурадович
Бухарский государственный медицинский институт

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОТОЛОГИЯМИ ВЫСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-4>

АННОТАЦИЯ

Научно-практическом направлении на сегодняшний день в области стоматологии дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) считается актуальной проблемой, что значимость её определяется с большой распространенностью, трудностью в диагностике и лечении, разнообразной и сложной клинической картиной, требующей дифференцированного подхода врачей различного профиля.

Ключевые слова: стоматология, дисфункция височно-нижнечелюстного, диагностике и лечении.

Идиев Гайрат Элмурадович
Бухоро давлат тиббиёт институти

ЧАККА ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ ПАТОЛОГИЯЛАР БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА СОҶАЛАРАРО ЁНДАШУВ

АННОТАЦИЯ

Илмий ва амалий йўналишда бугунги кунда стоматология соҳасида чакка пастки жағ бўғими дисфункцияси долзарб муаммо ҳисобланади, унинг аҳамияти унинг юқори тарқалиши, ташхис қўйиш ва даволашдаги қийинчиликлар, турли мутахассисликлардаги шифокорларнинг дифференциал ёндашувини талаб қилувчи турли ва мураккаб клиник қўриниш билан белгиланади.

Калит сўзлар: стоматология, чакка пастки жағ бўғими дисфункция, ташхис ва даволаш.

Gayrat Idiev E.
Bukhara State Medical Institute

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE MAXILLARY-MANDIBULAR JOINT

ANNOTATION

In the scientific and practical direction, today in the field of dentistry, the dysfunction of the temporomandibular joint (TMJ) is considered an urgent problem, that its significance is determined by its high prevalence, difficulty in diagnosis and treatment, a diverse and complex clinical picture that requires a differentiated approach of doctors of various profiles.

Keywords: dentistry, temporomandibular dysfunction, diagnosis and treatment.

Актуальность. По некоторым литературным данным, этиологическими факторами, патологий ВНЧС предложены концепции и другие теории – это окклюзионно-артикуляционные, миогенные и моноэтиологические [1,2,3, 5, 14]. По мнению представителей миогенной теории, ведущую роль в патогенезе дисфункции ВНЧС отводят жевательным мышцам [4,6,7,8,9,10,11], они считают, что сустав, челюсти и зубы являются пассивными органами, которые выполняют то, что диктуют мышцы. Другие авторы выявили значительный рост функциональных нарушений ВНЧС вследствие эмоциональных расстройств [12,13,14,15, 16.]. Проблема приобретает ещё актуальный характер при отсутствии единого алгоритма о комплексном обследовании больных с патологией ВНЧС и парафункциональной жевательных мышц которая подчеркивается отечественными и иностранными авторами [17,18,19,20,21]. Таким образом, анализ литературных данных подтверждает полиэтиологический характер дисфункции ВНЧС. К развитию этого заболевания имеют непосредственное отношение состояние

мышечного аппарата, окклюзионно-артикуляционные нарушения, изменения высоты нижней 1/3 лица, расстройства нейроэндокринной регуляции и эмоциональной сферы.

Цель исследования: Совершенствование дифференцированной диагностики при междисциплинарном подходе специалистов у больных с синдромом болевой дисфункции (СБД) ВНЧС.

Объект и методы исследования:

Для достижения поставленной цели проведены комплексные научные исследования, включающие: медико-социологические, психолого-диагностические, неврологические, клинко-стоматологические, клинко-функциональные и специальные инструментальные исследования у 1197 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет проживающих в Бухарской области.

Методы исследования обследуемых мы проводили в два этапа: - сначала нами изучены анамнестические данные у смежных специалистов, таких как невропатолог, психолог, психиатр, социолог и конечно стоматолог; - на втором этапе проведены

клинико-инструментальные и клинико-функциональные исследования для подтверждения предварительного диагноза. Для совершенствования эффективности диагностики и их дифференциации мы использовали в практике классификации по МКБ-10 - «СБД ВНЧС» (K07.8 по МКБ-10). Разработанная и созданная нами медицинская карта была как вопросник для больных и их родственников с целью получения полной информации о функциональных и дисфункциональных состояниях ВНЧС, об этиологических факторах при нарушении ЗЧС. С учетом рекомендаций ВОЗ проведены стоматологические (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, зондирование), неврологические, психологические и социологические исследования. Из 1197 обследованных людей у 51,16% предварительно определено СБД ВНЧС, из них - 42,92% (478) женщины, 57,07% (719) мужчины, также по возрастам составили - 20-29 лет - 88; 30-39 лет - 154; 40-49 лет - 248; 50-59 лет - 398 и 60-69 лет - 309 обследуемых обратившихся за специализированной помощью в стоматологическую клинику. По начальным результатам установлено количество пациентов с патологиями СБД ВНЧС составили 608 (51,16%) в том числе 245 (20,46%) с диагнозом окклюзионно-арткуляционный синдром - ОАС (ОГ-1): - 154 (12,83%) с нейромышечными синдромами - НМС (ОГ-2): - 209 (17,46%) пациенты с привычным вывихом головки нижней челюсти (н/ч) - ПВГ (ОГ-3) и в контрольную группу (КГ) 589 (49,04%) пациентов абсолютно здоровой ЗЧС [22,23,24,25,26,27].

Определение стоматологического статуса пациентов проводили на основании комплексного обследования, в том числе с применением функциональных-диагностических пробы, сбор анамнестических данных, изучение моделей в биомеханическом окклюдаторе (Protar evo-9), аксиография (аксиографом «Arcus digma»), электромиография («Синапсис», адаптированного для стоматологических целей [10], реография (Рео-Спектр), электроэнцефалографа (Нейрон-Спектр 2) а также применяли конусно-лучевой компьютерный томограф (КТ) (PICASSO EPX - Impl), и магнитно-резонансную томографию (МРТ) (по методу Т. В. Булановой) [2], психоэмоциональное состояние пациентов с использованием шкалы SCL-90-R (шкала депрессии Гамильтона - англ. Hamilton Rating Scale for Depression - HRDS) (результаты анкетирования родителей детей по вопросам профилактики и лечения кариеса зубов в городе бухаре, С.А. Гаффаров, О.О. Яриева - Ўзбекистон Стоматологлар Ассоциацияси, 2017), качества жизни (КЖ) (The Short Form-38) [15] все полученные данные фиксировались в карту «Стоматологическая карта объективного осмотра ВНЧС и жевательной мускулатуры».

Материалы статистические обрабатывались с использованием пакета программ Microsoft Office Excel 2010, Microsoft Corporation (Redmond, WA, USA) и программы WinPEPI 11.45 и статистическая значимость различий между качественными переменными в группах оценивалась при помощи точного критерия Фишера или расчета 95-процентных доверительных интервалов для отношения шансов, корреляционный анализ результатов с использованием коэффициента ранговой корреляции ρ Спермина; метод многомерного дисперсионного анализа (достоверной значения $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Со слов опрошенных, жалобы на бол в области ВНЧС имелись у 49,5%; на щелчки сустава - 46,1%; нарушение открывания рта - 29,5% и нарушение окклюзии отмечено 58,1% респондентов, при этом симптомы функциональных расстройств ВНЧС, как щелчок и аномальный нарушения окклюзии, отмечались значительно чаще у женщин, чем у мужчин (55,5% и 64,7%; 38,9% и 53,1% соответственно). Также, выявлена взаимосвязь между возрастом респондентов, частотой и количеством встречаемости жалоб, так, если в возрасте 20-29 лет шумовые явления в суставе и боль регистрировались в 37,5% случаев, то к 30-39 лет - 32,3%; 40-49 лет - 45,7%; 50-59 лет - 49,7% и к возрасту 60-69 годам процент увеличился до 53,2%; Болевые ощущения отмечены по возрастам соответственно - 40,4%; - 48,8%; - 50,3% и - 57,4%; щелчки - 37,5%; - 32,3%; -45,7%; - 49,7%; и 53,2%; нарушения окклюзии - 22,9%; - 31,3%; - 38,6%; -

56,4%; и - 73,4% соответственно; ограничение открывание рта тоже показало прямую взаимосвязь с увеличением возраста до 50 лет; - 16,7%; - 30,3%; - 38,6% соответственно.

Результатами изучения отдельных симптомов в анамнезе пациентов установлено; - нет жалобы - 50,5%, одна жалобы - 12,3%, две жалобы - 26,5%, три жалобы - 19,9 и более три жалобы 14,9% пациентов, при этом положительную тенденцию имела доля лиц с одной и более трёх жалоб. Также, при опросе 24% из всех обследованных подтвердило у себя наличие вредных привычек, на долю курения пришлось 45,9 %, на накусывание нижней губы - 27,3%. Одинаково часто встречалось ротовое дыхание, прикусывание щеки, грызеные ногтей, кусаные ручки, бруксизм, употребление в пищу семечек (по 3,4-4,0%). Не имело жалоб среди женщин составило 52,3%, у мужчин 48,4%.

При визуальном методе исследования больных выявлено асимметрия нет - у пациентов 53,9%; асимметрия справа - 10,7%; асимметрия слева - 9,5%; асимметрия двухсторонняя - 26,5%. По возрастам самый высокий показатель отмечается асимметрия справа 40-49 лет у 19,7 пациента; асимметрия слева - 50-59 лет у 18,8%) пациента; асимметрия двухсторонняя - 60-69 лет у 40,8%; также, при сопровождении движения н/ч шумовыми явления - у 46,1%; в том числе щелканые при открывании рта справа - у 15,8%, слева - у 28,6%; щёлканые при закрывании рта справа - у 32,8%; слева - у 22,5% больных. Также при пальпации установлено болезненности в области мышц ВНЧС и лица болезненность при пальпации справа - у 59,1%; слева - у 40,9% больных, по возрастам болезненность в основном справа отмечается больше у больных 40-49 лет, 50-59 и 60-69 летних обследованных (58,2%; 54,8% и 55,3%) соответственно.

По результатам количества симптомов по степени открывания рта и симметричности отмечено; ограничено - 11,1%; в полном объёме - 32,7%; чрезмерно - 2,4%; симметричность - 32,3%; дефлексия - 9,2%; девиация -12,2%, по полам из всех симптомакомплексов отмечается 42,9% у женщин и 57,1% у мужчин. При этом, из определённых патологических симптомов часто отмечаются «в полном объёме», «девиация», «ограничено».

Также, у обследованных установлен ортогнатический прикус - 51,8%, прямой прикус - 5,6%; аномалии прикуса - 48,2% случаях, в том числе часто встречались сужения зубных рядов верхней и/или н/ч, глубокий прикус - 14%, прогнатия - 10,8%. При анализе состояния зубных рядов у 57% пациентов имелись целостные зубные ряды, и лишь у 43% пациентов определялись дефекты зубных рядов различной протяженности и локализации, при этом у 11,2% составляют малые дефекты, на долю средних и больших дефектов приходится 17,3% и 14,6% пациентов (соответственно).

Также, в исследованиях пациентов ОАС (ОГ-1), НМС (ОГ-2) и ПВГ (ОГ-3) с патологиями СБД ВНЧС по МКБ-10 K07.8 мы изучали и дифференцировали клинические симптомы которые указывали исследуемые пациенты: верхняя часть лица; область ВНЧС; мускулатура лица и жевательная мускулатура; область лица. По полученным результатам на момент осмотра на одностороннюю разлитую боль в верхней половине лица без четкой локализации предъявляли жалобы у ОГ-1 - 11,4%; у ОГ-2 - 14,3% и у ОГ-3 - 9,6%, средняя интенсивность по шкале болей ВАШ оказалась равной $4,2 \pm 1,01$; $4,6 \pm 1,11$; $3,8 \pm 0,8$ балла соответственно, из них односторонняя боль с иррадиацией беспокоила у 6,9%; 5,8 и 5,3% исследуемых соответственно. Жалобы на тяжесть и боль в области шеи отмечено у пациентов ОГ-1 - 29,8%; ОГ-2 -20,8%; ОГ-3 -18,2%. С болью в области лица по шкале болей ВАШ при этом у них оказалось равной $2,8 \pm 2,2$; $2,7 \pm 1,9$; $2,1 \pm 1,6$ балла соответственно. Жалобы на чувство жжения в области лица отмечалось у больных ОГ-1 - 9%; ОГ -2 - 11,7% и ОГ-3 - 5,3%, а неприятные ощущения в виде локального онемения и снижения чувствительности кожи лица 9,4%; 10,4%; 6,7% пациентов соответственно, при этом болевого ощущения по шкале ВАШ оказалась равной $3,5 \pm 0,5$; $4,2 \pm 0,8$ $3,0 \pm 0,7$ балла соответственно. Болевые ощущения в области СОПР, десен и языка, жжение в языке беспокоило у ОГ-1 - 5,7%; ОГ-2 - 7,1%; ОГ-3 - 6,7% человек, а жжение во рту - 11,4%; - 10,4%; 8,6% соответственно. При этом средняя интенсивность ощущения

ждения в области слизистой рта и языка по шкале ВАШ оказалась равной $4,4 \pm 1,8$; $4,0 \pm 1,4$; $3,8 \pm 1,2$ балла соответственно.

Таким образом, у пациентов преимущественно с неврологическим генезом страдания и дисфункциональным синдромом (ОГ-1 и ОГ-2) отсутствовали жалобы на боли стреляющего и приступообразного характера по ходу г. n. trigeminus, в том числе боли в области лица и на онемение и снижение поверхностной чувствительности в области иннервации I-III г. n. Trigemini, одновременно эти пациенты отмечали, что боль у них имеет не разлитой, а локальный характер, без иррадиации.

При изучении боли в области ВНЧС; - 20% у ОГ-1; 13,7% у ОГ-2 и 9,6% у ОГ-3 пациентов боль носила приступообразный характер; - 20,8%; - 18,2%; - 10,5% соответственно, пациента – постоянный; и у 20,8%; у 28,6% и у 14,8% соответственно – появлялась только после речевой или жевательной нагрузки; - 19,6%; - 14,3%; - 9,1% соответственно, была ночной; при этом средняя интенсивность по шкале болей ВАШ оказалась равной $5,1 \pm 0,4$; $4,7 \pm 0,43$; $4,1 \pm 0,4$ балла. Анализ результатов указывает что подобная клиническая симптоматика характерна в период обострения заболевания и наблюдалась у всех пациентов с индексом Helkimo более 5 баллов ОГ-1 и 2, т. е. частично у пациентов ОГ-3. Исходя из этого, для пациентов ОГ-1 характерно - наличие локальной боли, постоянная ноющая боль и боль в области ВНЧС связанная с нагрузкой, у пациентов ОГ-2 характерно - локальная боль и в месте разлитая боль в области ВНЧС, также приступообразная боль в области ВНЧС, для ОГ-3 характерно - боль в области ВНЧС связанная с нагрузкой. Средняя интенсивность по шкале болей ВАШ оказалась равной $4,8 \pm 1,1$; $4,4 \pm 1,6$; $3,9 \pm 1,1$ балла соответственно.

На ощущение напряжения в области жевательной мускулатуры, появляющееся на фоне психоэмоциональной нагрузки и усиливающееся при волнении, сопровождающееся смыканием зубов, их стискиванием и ночным скрежетом, жаловались у ОГ-1 - 69%; ОГ-2 - 57,8% и ОГ-3 - 31,1% пациентов, при этом нарушения глотания наблюдалось у 1,22%; 1,29% и 0,47% соответственно.

В исследуемых группах подвижность н/ч при амплитуде в норме у пациентов ОГ-1 - 48,2%; ОГ-2 - 59,1%; ОГ-3 - 30,6%. Амплитуда увеличена – у 31,8%; у 18,2%; у 21% соответственно и амплитуда снижена – у 20%; у 6,5%; у 13,4% соответственно. По результатам можно сказать что, ограничение открывания рта является важным диагностическим критерием для пациентов ОГ-1 и 2 и менее важен у пациентов ОГ-3.

По результатам аксиографии мы анализировали качественные и количественные показатели, оценивали симметричность траектории, синхронность скорости движения левого и правого ВНЧС. У пациентов с клинически выявленными щелчками аксиография точно показывала момент их наступления, что очень

важно для конструирования окклюзионной шины, определения прогноза лечения и вида терапии.

По результатам показателей степени тяжести парафункциональной активности жевательных мышц по S. Sato у курируемых пациентов подтверждено о наличии у обследуемых пациентов ОГ парафункциональной активности жевательных мышц. Так, у 34% лиц (ОГ-3); 26% лиц (ОГ-2) и 4% лиц (ОГ-1) преобладала шестая, самая тяжелая, форма парафункциональной артикуляции при этом у обследуемых КГ анализа выяснилось, что наибольший процент наблюдений приходился на 2 и 3 классы.

Результаты оценки состояния жевательных мышц с помощью ЭМГ жевательной мускулатуры и анализа биоэлектрической активности мышц позволили выявить наличие у всех обследованных пациентов следующих феноменов как, тоническую активность покоя – низкоамплитудную (5-10 мкВ) неустойчивую активность, регистрируемую в покое, в норме. При этом, отсутствующие изменения на ЭМГ характеризующиеся симметричности тонической активности 27,1% у ОГ-1; 24,3% у ОГ-2 и 12,8% у ОГ-3 пациентов, имели патологические изменения на ЭМГ 74,3%; 62,3%; 50% пациентов соответственно. По индексу оценки ИСЖМ исходная картина у пациентов ОГ-1 от 70%-85%; ОГ-2 от 130% до 160%; ОГ-3 85% до 140%. При этом, у пациентов ОГ мы можем видеть схожий характер отклонений амплитудно-частотных и временных показателей при проведении пробы произвольного сжатия зубов в привычной окклюзии, по сравнению с КГ.

Результаты МРТ среди исследуемых по возрастам составили от 34 до 42 года, из общего числа обследованных (45 пациент из ОГ и 15 из КГ) изменения кортикального контура были обнаружены всего у 3 (20,0%) случаев в ОГ-1, 2 и 3 - 26,7% случаев, заостренность контура головки н/ч отмечена у 46,7%, случаев в ОГ-1; у 53,3% случаев в ОГ-2 и 66,7% случаев в ОГ-3. Также, в этапе определения положения головок н/ч, в н/ч ямках часто отмечается дистальное расположение правой головки по сравнению с левой почти у всех обследуемых групп. Переднее расположение левого мышечкового отростка диагностировали в 13,3% случаев, правого – в 20,0% у ОГ-1, 20,0% и 26,7% случаев ОГ-3 соответственно. На долю заднее расположения головки н/ч пришлось 33,3%, 13,3% и 33,3% правый ВНЧС и 20,0%; 13,3 и 33,3% левый ВНЧС у обследуемых групп соответственно.

КТ ЧЛО пациентам с заболеваниями ВНЧС проводилась для сравнительного анализа костных элементов обоих ВНЧС, и мы настраивали систему координат по foramen rotundum, которые выводили на корональном реформате, с их уровнем совмещали аксиальный слой. Далее на аксиальном реформате по ним выравнивали фронтальный слой, а сагитальный устанавливали у передней поверхности foramen magnum. На сагитальном реформате фронтальный слой ориентировали параллельно заднему краю ветви н/ч (рисунок № 1).

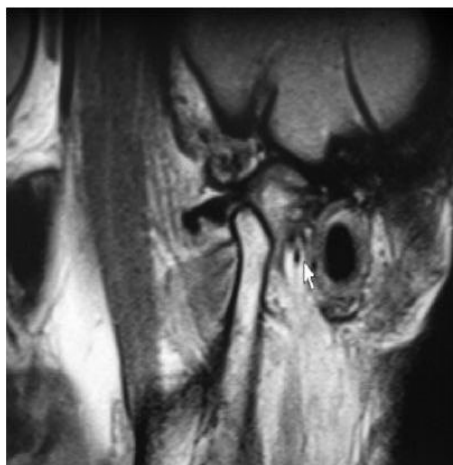
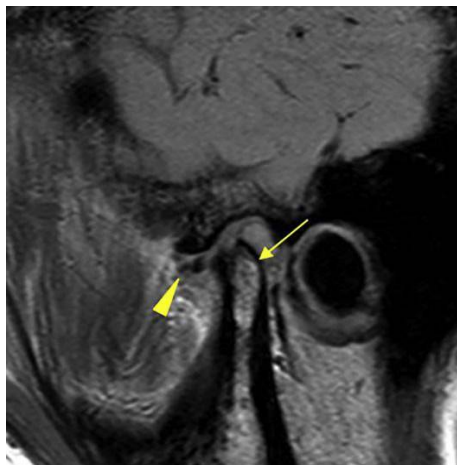


Рисунок № 1. Прицельная визуализация костных элементов ВНЧС пациента К., 1965 года рождения (КТ сделана при смыкании зубов в ЦО)

На корональном реформате определялись следующие параметры:

- угол между длинной осью правой и левой головки н/ч и срединно-сагиттальной плоскостью;
- разность между длинной осью головок н/ч, спроецированных на срединно-сагиттальную плоскость;
- толщина наружной и внутренней кортикальной пластинки левого и правого угла н/ч;
- денситометрия наружной и внутренней кортикальных пластинок левого и правого угла н/ч; - денситометрия венечных отростков.
- На аксиальном реформате измеряли:
- наибольший переднезадний размер правой и левой головок н/ч;
- наибольший медиолатеральный размер правой и левой головок н/ч;
- угол между длинной осью правой и левой головок н/ч и срединно-сагиттальной плоскостью;
- расстояние между геометрическими центрами головок н/ч и срединно-сагиттальной плоскостью, измеренное по линии, проходящей через геометрические центры головок н/ч перпендикулярно к срединно сагиттальной плоскости;
- разность между геометрическими центрами головок н/ч, спроецированными на срединно-сагиттальную плоскость;
- разность между длинной осью головок н/ч, спроецированных на срединно-сагиттальную плоскость; - наибольшую кондиллярную ширину;
- наименьшую кондиллярную ширину.

На сагиттальном реформате проводили денситометрию наружной и внутренней кортикальных пластинок средней части тела н/ч и измеряли их толщину.

Для этого на аксиальном реформате левой клавишей «мышь» захватывали интерактивную систему координат и перемещали её на исследуемую головку. Корональную ось совмещали с её медиолатеральным длинником. На корональном реформате сагиттальную ось, а на сагиттальном реформате корональную плоскость ориентировали вдоль ветви н/ч. Таким образом, на экран монитора выводилась каждая из головок нижней челюсти по отдельности, и система координат соответствовала собственным осям костных элементов височно-нижнечелюстного сустава.

Вначале проводился анализ качественных характеристик. Для этого оценивали следующие параметры:

- положение головки нижней челюсти в суставной ямке при привычной окклюзии;
- высоту и симметричность суставной щели височно-нижнечелюстного сустава;
- контуры мышечкового отростка;
- наличие признаков остеоартроза.

Затем приступали к анализу угловых и линейных параметров костных элементов выбранного височно-нижнечелюстного сустава. С этой целью на сагиттальном реформате определяли следующее:

- глубину суставной ямки – от самой верхней точки суставной ямки до линии, соединяющей самую нижнюю точку суставного бугорка до самой нижней точки наружного слухового прохода;
- переднее суставное пространство – кратчайшее расстояние между самой передней точкой головки нижней челюсти и задним скатом суставного бугорка;
- верхнее суставное пространство – наименьшее расстояние между самой верхней точкой суставной головки и самой верхней точкой суставной ямки;
- заднее суставное пространство – наименьшее расстояние между самой дистальной точкой головки нижней челюсти и задней стенкой суставной ямки;
- угол между задней поверхностью головки нижней челюсти и ветвью нижней челюсти;
- толщину и денситометрию кортикальной пластинки передней и дистальной поверхностей головки нижней челюсти;

При проведении вариационного анализа значений наибольших переднезадних размеров правых головок н/ч в аксиальной плоскости получили цифры от 3,4, мм до 10,6 мм, левых – от 3,0мм

до 11,2мм. Измерения в аксиальной плоскости наибольшего медиолатерального размера головок позволили определить минимальное и максимальное значение для правых (8,4мм и 22,2мм) и левых (10,2мм и 22,4мм) головок н/ч – эта форма головок н/ч указывает на вариабельность анатомии ВНЧС.

Костные структуры ВНЧС в КГ или в норме имели четкие и ровные контуры, отчетливо дифференцировались компактная и губчатая костные ткани. В местах прикрепления мышц определялось уплотнение кортикальной пластинки. Форма мышечковых отростков н/ч была симметричной, толщина кортикальной пластинки - около 1 мм. При проведении измерений на КТ ВНЧС пациентов во фронтальной плоскости было установлено, что угол между длинной осью правой суставной головки и срединно-сагиттальной плоскостью был равен $65,4 \pm 1,2$ мм, а левой – $61,2 \pm 1,1$ мм.

При проведении измерений в аксиальной плоскости среднее значение наибольшей кондиллярной ширины составило $111,1 \pm 1,1$ мм, наименьшей – $74,1 \pm 1,6$ мм. Наибольшая площадь поперечного сечения правой головки мышечкового отростка составило $112,8 \pm 2,2$ и $101,4 \pm 2,3$ для левой. Площадь поперечного сечения основания шейки правого и левого мышечковых отростков равнялось $72,3 \pm 3,2$ и $70,4 \pm 3,2$ соответственно.

Результаты клинической беседы с пациентами при использовании полуструктурированного интервью - характеризующая его эмоционально-волевую сферу, а также особенности сна были выявлены следующие жалобы соматоформного характера, отражающие не только общий фон настроения, эмоциональное состояние пациентов, но и связанные с имеющимися у него болезненными физиологическими изменениями – нарушением аппетита, сна, дискомфортом в области сердца и субъективным нарушением дыхания; при этом - Тревога - ОГ-1 = 35,9%; ОГ-2 =33,1%; ОГ-3=24,9%: - Раздражительность = 24,1%; =18,8%; = 17,2%: - Эмоциональная лабильность = 11,8; =10,4%; =9,6%: - Пониженный фон настроения = 80,8%; =82,5%; = 59,3%: - Снижение аппетита = 5,7%; =7,1%; =8,6%: - Плаксивость = 18,8%; =16,9%; =14,8%: - Общая слабость = 23,7%; =22,1%; =8,6%: - Чувство напряжения= 19,6%; =19,5%; =22,5%: - Давления в груди = 5,3%; =3,2%; =6,2%: - Пресомнические расстройства = 21,2%; = 22,1%; =4,8%: - Интросомнические расстройства =11,8%; =10,4; =7,2%: - Протосимптомические расстройства =8,2%; =7,8%; =2,4%.

В результате анализа симптоматический опросник SCL-90-R: - Депрессивное настроение отмечали у 30,6% пациентов ОГ-1; 27,9% пациента у ОГ-2 и 11% пациент у ОГ-3: - Снижение работоспособности - 48,6; - 42,2%; 51,7%: - Признаки психической тревоги - 52,2%; - 45,5%; - 38,3%: - Жалобы на соматическую тревогу - 49%; - 50% и 23% пациентов, соответственно.

Анализ результатов по опроснику качества жизни (КЖ) SF-38 (Medical Outcomes Study Short Form, Health Status Survey), указывает что средних показателей по субшкалам SF-38 и сопоставления их со среднестатистической нормой, физическая активность и соответственно работоспособность в исследуемых группах не были снижены, и они совпадают с клиническими наблюдениями, показывающими, что большинство пациентов сохраняли работоспособность и не прибегали к частому использованию больничных листов, освобождавших их от работы. При этом отмечается - физическое функционирование (SF1) 0,77; - ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (SF2) 0,409; - интенсивность боли (SF3) 0,93; - общее состояние здоровья (SF4) 0,51; - жизненная активность (SF5) 0,86; - социальное функционирование (SF6) - 0,88; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (SF7) 0,86; - психическое здоровье (SF8) 0,867.

Вместе с тем, по результатам психологического тестирования и оценки жалоб пациентов были выделены следующие группы адаптации: - «Здоровые» 112 (18,42%) - группа с высокой способностью к адаптации; - группа со средним уровнем способности к адаптации 158 (25,98%), у которой были выявлены соматические жалобы и психологические абберации, но сохранялась потенциальная способность к адаптации; - группа с

низкой способностью к адаптации 338 (55,59%). При этом по методам К. Роджерса и Р. Даймона (Hotelling's Trace) многомерного мультивариантного анализа указывает что: - адаптивность - 144,14; - дезадаптивность - 32,21; - лживость - 7,92; - лживость+ - 7,22; - приятие себя - 18,11; - неприятие себя - 10,04; - приятие других - 16,22; - неприятие других - 10,40; - эмоциональный комфорт - 8,40; - эмоциональный дискомфорт - 10,44; - внутренний контроль - 24,38; - внешний контроль - 11,22; - доминирование - 4,25; - ведомость - 9,23; - эскапизм - 3,21 наблюдалось у испытуемых. Этот факт позволяет сделать вывод о важности изучения социально психологической адаптации пациентов с СБД ВНЧС в интегративной диагностике этого страдания и комплексе связанных с ним терапевтических мероприятий.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствуют о высокой распространенности признаков БСД ВНЧС; при этом преимущественно смешанном генезе страдания у пациентов с СБД ВНЧС имели место следующие клинические феномены: - наличие боли с преимущественно односторонней иррадиацией; - односторонняя локализация участков гиперестезии в области лица; - наличие локальной и разлитой боли в области ВНЧС; - наличие боли в области ВНЧС, связанной с нагрузкой на него, которая возникала в период обострения или стихающего обострения СБД ВНЧС; - наличие боли и дискомфорта в области жевательной

мускулатуры с присутствием/отсутствием при этом локальной болезненности; - затруднение жевания и возникновение при нем боли; - чувство «стягивания» и дискомфорта в области лица; - ограничение амплитуды открывания рта; - смещение н/ч при открывании рта; - наличие «шумовых» явлений связанных с напряжением суставно-связочного аппарата. Также, психоневрологическим фактором, различающим изученные группы обследованных пациентов, оказался характер их КЖ. При соматоформных включениях обнаружилось легкое снижение показателей КЖ из-за неприятных «субъективных ощущений», «общего здоровья в настоящее время», жизнедеятельности из-за эмоциональных проблем, а также по субшкалам «жизнеспособность» и «социальная активность». Кроме изучения интрапсихических параметров, обеспечивающих социальную адаптацию пациентов с СБД ВНЧС по шкале «социально-психологической адаптации» обнаружено негативное влияние на них соматоформных включений, в наибольшей степени выраженное при смешанном генезе страдания, проявившихся при низком уровне принятия других лиц, а также низком уровне принятия себя, наличии эмоционального дискомфорта, имеющего очень разную природу, а также экстеральности, т. е. сильной зависимости от других людей.

Использованная литература

1. Yariyeva O.O. Importance of medical and social factors in etiology of carious and non-carious diseases of children. Scopus. «International journal of pharmaceutical». - India, 2019. - Vol 11, - №11(3) - P.104. (IF-1,55).
2. Daminova Sh.B., &Kazakova N.N. The state of the physicochemical properties of oral fluid in children with rheumatism// South Asian Academic Research Journals. Austria. - 2020. - № 3. - P.133-137.
3. Яриева О.О. Клиническое обоснование ранней диагностики, лечение кариеса зубов у детей и его профилактика. Диссертация. – 2019.
4. Nurova Sh.N., Gaffarov S.A. Maxillofacial anomalies in children with chronic tonsillitis and immunity factors, hypoxia and endogenous intoxication for the development and formation of pathology// International Journal of Pharmaceutical Research. – 2019. - № 11(4). – P. 1018-1026.
5. Даминаова Ш.Б., &Казакова Н.Н. Ревматизм билан касалланган болаларнинг стоматологик ҳолатини текшириш ва баҳолаш.// Стоматология» научно – практический журнал. – 2019. - № 4(77). – С. 38-40.
6. Даминаова Ш.Б., &Казакова Н.Н. Современные состояния проблемы кариеса зубов у детей больных с ревматизмом// Евразийский вестник педиатрии. Санкт Петербург. - 2020. - № 1. - С.149-154.
7. Petrella R.J. Is exercise effective treatment for osteoarthritis of the knee / R.J. Petrella // The Western J. Med. - 2001. - Vol. 174, no. 3, — P.191—196.
8. Fennis J., Stoelinga P, Jansen J, // International Journal of Oral Maxillofacial Surgery. - 2002. - No. 31. - P.281-286.
9. Daminova Sh.B., &Kazakova N.N., Sobirov Sh.S. A literature review of the current state of the problem of dental caries in children of patients with rheumatism// World Journal of pharmaceutical research. – USA. - 2020.-№6. - P. 259-266.
10. Ibragimova F.I. CLINICAL-RESEARCH BASED AND MORPHOLOGICAL EVIDENCE OF FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT EFFECTIVENESS OF PERIODONTAL TISSUES AND ORAL MUCOSA IN ANIMALS UNDER THE IMPACT OF SODIUM HYPOCHLORITE// ACADEMICIA. An International Multidisciplinary Research Journal. - India. Kurukshetra, 2020.-№10.- C.1948-1959.
11. Ibragimova F.I. Gaffarov S.A., Idiev G.E. APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF THE DYSFUNCTIONAL STATE OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT // EUROPEAN JOURNAL OF MOLECULAR & CLINICAL MEDICINE. - Volume 07, Issue 09, 2020.
12. Ibragimova F.I. Soliev A.A. MODERN METHODS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PARODONTAL DISEASES // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). - Volume 4, Issue 4, Apr. 2021.-P.38-40.
13. Ibragimova F.I. Hamroev SH.SH.CAUSAL RELATIONSHIP BETWEEN PRODUCTION RISK FACTORS AND THE DEVELOPMENT OF PARODONTAL DISEASES IN CHEMICAL PRODUCTION WORKERS // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). - Volume 4, Issue 4, Apr. 2021.-P.41-42.
14. Ibragimova F.I. Arslanov K.S.Comparison of two impression methods for determining the neutral zone in edentulous patients // INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMAN COMPUTING STUDIES (IHCS). - Volume 3, Issue 2, March-April, 2021.-P.32-34.
15. Nurov N.B., Teshaeв SH.J., Morphometric parameters of the craniofacial area of elderly people with partial and complete adentia. // International journal on human computing studies. Volume: 02 Issue: 6 November-December 2020. C.25-2717.
16. Nurova Sh.N. Etiology, diagnosis, treatment and prevention of Dental deformities inchildren associated with Otorhinolaryngological diseases. World Journal of Pharmaceutical Research SJIF impact Factor 8.084ISSN 2277– 7105 Volume 9, Issue 6, 267-277.
17. Nurova Sh.N., Gaffarov S. A. Maxillofacial anomalies in children with chronic tonsillitis and immunity factors, hypoxia and endogenous intoxication for the development and formation of pathology. «International Journal of Pharmaceutical Research» September 2019 Vol 11 Issue3. C.1018-1026
18. Nurov N.B., Nurova Sh.N. Maxillofacial anomalies in children with chronic tonsillitis and immunity factors, hypoxia and endogenous intoxication for the development and formation of pathology.// Journal of Natural RemediesVol. 22, No. 1(2), (2021) P. 103-111
19. Идиев Ф.Э., Саидов А.А.,Ахмадалиев Н.Н.Экспериментальные обоснования вредных воздействий органических красителей на полость рта рабочих // Журнал «Теоретической и клинической медицины» №1. –С.11-15.
20. Ташкент-2012.

21. Идиев Ф.Э., Шарипов С.С. Analysis of macro and microelements in teeth, saliva, and blood of workers in fergana chemical plant of furan compounds // European Medical, Health and Pharmaceutical. ISSN 1804-5804. <http://www.Journals.cz> VOLUME 7, ISSUE 2, 2014 C 16-18.
22. Idiev G'.E., Olimov S.Sh., Saidov A.A., Akhmadaliev N.N. Assessment of Hepatobiliary System with Dentoalveolar Anomalies in School children // «International Journal of Research». Volume 06 Issue 03 March 2019. Page 576-583
23. Idiev G'.E. Maxillofacial anomalies in children with chronic tonsillitis and immunity factors, hypoxia and endogenous intoxication for the development and formation of pathology // International Journal of «Pharmaceutical Research» Vol11, Issue 3, July-Sept, 2019
24. Idiev G'.E. Oral cavity hygiene in non-ferrous metal workers in Russia and Uzbekistan // Conference book of abstracts «EPMA WORLD» Congress 19-22 september 2019, Czech Republic/
26. Idiev G'.E., Nazarov U. K. Dzhumaev Z. F. Kuldosheva V. B. Gafforova S.S. Prevention of occupational disease of mining and metallurgical complex workers according to the principles of PPM // Proceeding of The ICECRS Vol 6 (2020). C 1/3. 2/3.3/3.
27. Idiev G'.E., Nazarov U. K. Gafforova S.S. The state of functional and structural organs of oral cavity in people employed in mining and metallurgical plants // Proceeding of The ICECRS Vol 6 (2020). C 1/3. 2/3.3/3.
28. Idiev G'.E., Nazarov U. K. Functional, structural and morphological state of tissues and organs of the oral cavity in people employed in mining and metallurgical factories // Test Engineering and management March-April 2020, C. 667-675
29. Idiev G'.E., Nazarov U.K., Joludev S.E. Improving the methodology for determining biocompatibility of metal alloys for the prevention of intolerance and galvanosis in people living in environmentally unfavorable conditions in Uzbekistan International journal of Rehabilitatijn. Vol. 24. Issue 04.2020. ISSN 1475-7192. C. 2065-2072

Исакулов Шохрух Раимович
Республика травматология ва ортопедия
илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали
Ризаев Жасур Алимджанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
Самарканд давлат тиббиёт институти

ПЕШОНА БЎШЛИҒИ ДЕВОРЛАРИ СИНИШЛАРИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-5>

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада пешона бўшлиғи деворлари синган 34 та беморда касалликнинг кечиши, этиологияси, хирургик даволаш натижалари ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш даражаси ретроспектив таҳлил этилган.

Калит сузлар: пешона бўшлиғи, бикоронар кесим, калла суяги, пешона суяги, мултиспирал компьютер томография, гемосинус.

Исакулов Шохрух Раимович
Самаркандский филиал Республиканского
специализированного научно практического
медицинского центра травматологии и ортопедии.
Ризаев Жасур Алимджанович
Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский медицинский институт

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

АННОТАЦИЯ

В данной статье произведена ретроспективный анализ 34 больных с переломами стенок лобной пазухи изучена клинической течения болезни, этиологии, результаты хирургической лечения и частоты осложнений после операции.

Ключевые слова: лобная пазуха, бикоронарный разрез, череп, лобная кость, мултиспиральная компьютер томография, гемосинус.

Shahruh Isakulov R.
Samarkand branch of the Republican specialized
scientific and practical medical center traumatology and orthopedics
Jasur Rizaev A.
Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand Medical Institute

TACTICS OF TREATMENT OF FRACTURES OF THE FRONTAL SINUS

ANNOTATION

In this article, a retrospective analysis of 34 patients with fractures of the frontal sinus is performed of the walls, the clinical course of the disease, etiology, the results of surgical treatment and the frequency of complications after surgery are studied.

Key words: frontal sinus, bicoronyary incision, skull, frontal bone multispiral computer tomography, hemosinus

Актуальность: Переломы стенок лобной пазухи составляет 8% от общего числа травм костей лица. Проблема лечения переломов стенок лобной пазухи остается актуальной на протяжении многих лет. Это связано с топографо-анатомическими особенностями строения лобных пазух [1]. По типу перелома наиболее частым является передняя стенка, но, в самых тяжелых случаях также встречается переломы задней стенки и фронто-базальный переломы. Сила удара, необходимая для возникновения переломов стенок лобной пазухи составляет от 360 до 990 кг. В большинстве

случаев переломы носят компрессионный характер. [6,5]Нарушение целостности костных структур сопровождается кровоизлиянием в полость пазухи и формированием гемосинуса, который является благоприятной питательной средой для сапрофитирующей микрофлоры полости носа и лобной пазухи. Несмотря на значительно количество созданных классификационных схем, сохраняется потребность в создании протокол для диагностики лечения переломов лобной пазухи,

которая позволит объективно определить тяжесть травмы, прогноз, характер лечебных мероприятий. [3,4].

Цель исследования: показать наш опыт при лечении больных с переломами лобной пазухи обсудить литературные данные и сравнить их с используемыми подходами.

Материалы и методы: Это ретроспективное исследование было проведено в отделении нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии Самаркандского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии. Были изучены истории болезни и МСКТ снимки пролеченных 34 больных с переломами стенок лобной пазухи в период с апреля 2015 года по декабрь 2020 года. Мы проанализировали пол, возраст, этиология травм, хирургическая используемая техника, послеоперационные осложнения. М. Riccioli и соавт. в 2011 г. предложили схему переломов лобной пазухи, определили показания оперативному лечению. Больные группы А (передняя стенка лобной пазухи) лечили, выполняя реконструкцию передней стенки лобной пазухи. Каждый перелом был восстановлен титановыми пластинами. Больных с линейными переломами передней стенки лечили консервативно. Больные группы В

(передняя и задняя стенки лобной пазухи) в большинстве своем лечили хирургически через коронарный доступ при наличии перелома задней стенки. Для больных группы С (передний фронтально-базальный перелом без вовлечения лобной пазухи) хирургическое лечение показано при наличии смещения фрагментов перелома и/или когда имеются симптомы ликвореи или пневмоцефалии с высоким давлением. [2.6.7] По этой классификации все больные разделены на 3 группы. Окончательный диагноз установлен после проведения мультиспиральной КТ с 3D реконструкцией костей черепа и лицевого скелета, что позволяет посмотреть переломы костей под разными углами.

Результаты и обсуждение: Среди больных отмечалось преобладание лиц мужского пола (72,3%) в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет (73,9%). Основными обстоятельствами травм явились дорожно-транспортные происшествия - в 49% случаев за которыми следовали падение с высоты (30%), нападение (10%), профессиональные травмы (7%) и спортивные травмы (4%) были менее распространены. (Таблица №1)

Таблица №1.

Распределение больных по механизму получения травм.

| № | Обстоятельства травмы | Количество больных |
|---|-----------------------|--------------------|
| 1 | Автодорожная | 18 (53%) |
| 2 | Падение с высоты | 10 (29%) |
| 3 | Криминальная | 3 (9%) |
| 4 | Бытовая | 2 (6%) |
| 5 | Спортивная | 1 (3%) |
| | Итого | 34 (100%) |

По локализации переломов только у 20 (58%) больных диагностирована передняя стенка (группа А), (рисунок 1) в 10 (29%) имел место передняя и задняя стенки лобной пазухи (группа

В), (рисунок 2) в 4 (13%) больных диагностирована фронтально-базальный перелом без вовлечения лобной пазухи (группа С).

Рисунок 1. МСКТ. Перелом передней стенки лобной пазухи



Рисунок 2. МСКТ. Перелом передней задней стенки лобной пазухи с пневмоцефалией.



У 20 больных наблюдались другие переломы лица – у 4 (13%) было два перелома лицевых костей, составлявшие всего 23 перелома: 10

(29%) переломов носа, 8(23%) скуловая, 3 (9%) верхней челюсти (рисунок 3) и 2 (6%) нижней челюсти.

Рисунок 3. МСКТ. Перелом передней стенки лобной пазухи и перелом верхней челюсти по типу ЛеФор II



В большинстве случаев переломы лобной пазухи сопровождается с ушибом головного мозга. Большинство больных 27 (80%) получили ушиб мозга легкой степени, 6 (17%) больных получили

травмы ушиб головного мозга средней и 1 (3%) тяжелой степени соответственно. (Таблица №2) 3 (9%) больных диагностировано линейный переломы теменной и височной кости.

Таблица №2.

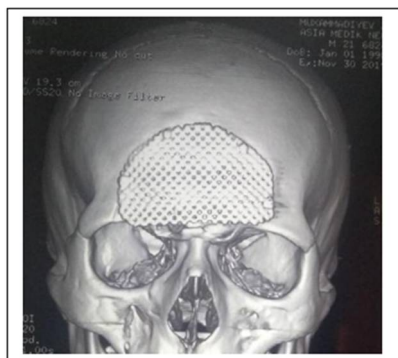
Распределение больных по тяжести ушиба головного мозга в зависимости переломов лобной пазухи.

| | Группа А | Группа В | Группа С | Итого |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Ушиб головного мозга легкой степени | 27 (80%) | - | - | 27 (80%) |
| Ушиб головного мозга средней степени | - | 6 (17%) | - | 6 (17%) |
| Ушиб головного мозга тяжелой степени | - | - | 1(3%) | 1 (3%) |
| ИТОГО | 27 (80%) | 6 (17%) | 1 (3 %) | 34 (100%) |

27 (80%) больных имели ушиб головного мозга легкой степени и лечились консервативно. Тактика лечения больных 18 (53%) с переломами лобной пазухи без смещение костных отломков и без признаков гемосинуса были консервативно и проводилось наблюдение в динамике. У 16 (47%) больных проведена операция открытую репозицию и фиксацию костных отломков. У 10 (29 %)

был сделан бикоронарный разрез, у остальных 4 (17%)надрез в виде крыла бабочки был сделан нижебровь. В случае открытого перелома, 2 (6%)через рана сама. Для фиксации костных отломков использовалась титановые сетки и фиксирующие пластины (Рисунок 4).

Рисунок 4. МСКТ снимки после операции



Послеоперационные осложнения или осложнения, вызванные собственно травмой были: у 1 (3%) больной anosmia, связанная с переломам передней черепной ямки, у 1 (3%) больных было диагностирована гнойный фронтит, 6 месяцев после травмы.

Выводы: Переломы лобной пазухи с ушибом головного мозга получают молодые взрослые мужчины в возрасте 20-50 лет. Автодорожная травма являются наиболее частой причиной переломов лобной пазухи в 53% и это происходит в значительной степени даже в наших обстоятельствах, а также из-за безрассудства и халатности водителя, плохого обслуживания транспортных средств, часто управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения и полное несоблюдение правил дорожного движения.

Переломы лобной пазухи из-за падений, ссор, занятий спортом встречаются реже. ретроспективный анализ показывают о том, что большинство больных с переломами лобной пазухи получают ушиб головного мозга легкой степени и их можно лечить консервативно. Показания к хирургическому вмешательству включают сложные вдавленные импрессионный переломы стенок лобной пазухи. Лечение переломов лобной пазухи без смещением костных отломков проводилось консервативно, а при переломах со смещением костных отломков использовалась открытая репозиция и внутренняя фиксация мини-пластинами. Которую обеспечивает прочную стабилизацию поврежденного сегмента и позволяет получить высокий косметический эффект.

Литературы:

1. «Травмы и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Александр Артюшкевич. Минск 2016 г ст 16-21.
2. «Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Руководство для врачей. Панкратов А. С. Санкт Петербург 2016г ст 103.
3. «Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Рузин Г.П., Бурых М.П. Харьков 2000 г ст 161-167.
4. «Нейрохирургия: лекции, семинары, клинические разборы» Руководство в 2 томах. Том 2 Под ред. О.Н.Древаля Издательство Литтерра, 2015 год ст 221-224
5. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология: в 2 книгах. Всеукраинское специализированное издательство «Медицина», 2020. 761 с
6. Sepahvand E., Jalali R., Mirzaei M., Ebrahimzadeh F., Ahmadi M., Amraii E. Glasgow Coma Scale Versus Full Outline of UnResponsiveness Scale for Prediction of Outcomes in Patients with Traumatic Brain Injury in the Intensive Care Unit. Turk. Neurosurg. 2016; 26(5):
7. Ceallaigh PÓ, Ekanaykae K, Beirne CJ, Patton DW. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 1: advanced trauma life support. EMJ. 2006; 23(10): 796–797

Насретдинова Махзуна Тахсиновна
Абдиев Элбек Муродқосимович
Бахронов Бекзод Шавкатович

Самаркандский Государственный Медицинский институт

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТИННИТУСОМ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-6>

АННОТАЦИЯ

Поражение внутреннего уха может быть следствием как острых, так и хронических заболеваний: инфекционных заболеваний, отравлений, стрессов, травм, заболеваний сердечно-сосудистой системы и многих других состояний. Целью настоящей работы явилось изучение эффективности нового комплексного метода лечения СНТ на аппарате "аудиотон". Электростимуляция оказывает положительное влияние на периферические структуры слухового анализатора, на обменные процессы и состояние мозговой гемодинамики, связанное с выделением в кровотоки и цереброспинальную жидкость биологически активных веществ, эндогенных опиоидных пептидов. Данный метод лечения был нами применен у 40 человек с хронической сенсоневральной тугоухостью, находившихся под нашим наблюдением в течение 6 месяцев. После проведенного курса лечения у 24 больных прекратился шум, у 12 больных уменьшилась интенсивность шума, изменился характер шума, у 5 - отмечено улучшение остроты слуха на 10 Дб и разборчивость речи. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и целесообразности использования комплексного метода лечения на аппарате "аудиотон" при ХСНТ и рекомендовать его как самостоятельный метод лечения ушного шума.

Ключевые слова Сенсоневральная тугоухость, аудитон, магнитотерапия

Makhzuna Nasretdinova T.

Elbek Abdiev M.

Bekzod Bakhronov Sh.

Samarkand State Medical Institute

OPTIMIZATION OF CONSERVATIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH TINNITUS

RESUME

Damage to the inner ear can be a consequence of both acute and chronic diseases: infectious diseases, poisoning, stress, injuries, diseases of the cardiovascular system and many other conditions. The purpose of this work was to study the effectiveness of a new complex method of treating SNT on the audiotone device. Electrostimulation has a positive effect on the peripheral structures of the auditory analyzer, on metabolic processes and the state of cerebral hemodynamics associated with the release of biologically active substances, endogenous opioid peptides into the bloodstream and cerebrospinal fluid. This method of treatment was used in 40 patients with chronic sensorineural hearing loss, who were under our supervision for 6 months. After the course of treatment, noise stopped in 24 patients, the intensity of noise decreased in 12 patients, the nature of noise changed, and 5 patients showed an improvement in hearing acuity by 10 Db and speech intelligibility. The obtained data indicate the effectiveness and expediency of using a complex method of treatment on the "audiotone" device for CHF and recommend it as an independent method of treating ear noise.

Key words Sensorineural hearing loss, audition, magnetic therapy

Nasretdinova Makhzuna Takhsinovnas

Abdiev Elbek Murodqosimovich

Bahronov Bekzod Shavkatovich

Samarkand davlat tibbiyoti Instituti

TINNITUS BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KONSERVATIV DAVOLANISHNI OPTIMALLASHTIRISH

ANNOTATSIYA

Ichki quloqning shikastlanishi ham o'tkir, ham surunkali kasalliklarning natijasi bo'lishi mumkin: yuqumli kasalliklar, zaharlanish, stress, travma, yurak -qon tomir tizimi kasalliklari va boshqa holatlar. Bu ishning maqsadi "audiotone" apparati yordamida SNTni davolashning yangi kompleks usuli samaradorligini o'rganish edi. Elektr stimulyatsiyasi eshitish analizatorining periferik tuzilmalariga, metabolik jarayonlarga va biologik faol moddalar, endogen opioid peptidlarning qonga va miya omurilik suyuqligiga chiqishi bilan bog'liq bo'lgan miya gemodinamikasining holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Biz bu davolash usulini 6 oy davomida bizning nazorati ostida bo'lgan, surunkali sensorineural eshitish halokati bo'lgan 40 odamda qo'lladik. Davolash kursidan so'ng 24 bemorda shovqin to'xtadi, 12 bemorda shovqin intensivligi pasaydi, shovqin tabiati

o'zgarda, 5 bemorda eshitish keskinligi 10 dB ga yaxshilandi va nutq tushunarli bo'ldi. Olingan ma'lumotlar CHSNT uchun "audioton" qurilmasida murakkab davolash usulini qo'llash samaradorligi va maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi va quloq shovqinini davolashning mustaqil usuli sifatida taqdim qiladi.

Kalit so'zlar: Sensorinevral eshitish halokati, eshitish, magnitoterapiya

Как известно проблема тугоухости является проблемой как медицинской, так и социальной. По данным всемирной организации здравоохранения 5-8% населения страдают снижением слуха, из них 65-93% по причине сенсоневральной тугоухости (СНТ) [8]. На протяжении всей истории оториноларингологии не прекращаются попытки излечить СНТ. Этот раздел оториноларингологии представляет собой наиболее трудный, но и наиболее перспективный раздел. Поражение внутреннего уха может быть следствием как острых, так и хронических заболеваний: инфекционных заболеваний, отравлений, стрессов, травм, заболеваний сердечно-сосудистой системы и многих других состояний. Учитывая современные социально-экономические условия жизни людей, а так же постоянное воздействие резко меняющихся факторов окружающей среды, можно ожидать дальнейший рост сосудистых заболеваний, приводящих к развитию тугоухости [9]. Ежегодное увеличение количества больных с данной патологией, заставляет вести поиск и разработку наиболее эффективных методов лечения СНТ, позволяющих значительно улучшить эффект от терапии, облегчающих социальную реабилитацию данного контингента больных [4,9]. В настоящее время предложено множество методов лечения СНТ, но желаемый эффект не достигнут [1, 10]. Целью настоящей работы явилось изучение эффективности нового комплексного метода лечения СНТ на аппарате "аудиотон", включающем в себя три функциональных блока: блок электростимуляции (источник импульсного электрического поля (ИЭП);

блок магнитотерапии, или блок создания низкочастотного электромагнитного поля (источник переменного магнитного поля (ПеМП));

блок светостимуляции (источник низкоинтенсивного лазерного излучения). Аппарат изобретен научно-производственной фирмой "Метромед" на базе омского государственного технического университета, зарегистрирован в государственном реестре изобретений 20.10.97 г. [7].

Блок электростимуляции: включает в себя генератор импульсов напряжения с пассивным и активным электродами. генератор импульсов обеспечивает плавное регулирование и изменение частоты выходных импульсов (10-150 Гц) в непрерывном или прерывистом режимах, а также плавное регулирование величины амплитуды выходных импульсов (10-180 В) при малом значении питающего напряжения (9В) [7].

В процессе осуществления этапа электростимуляции для раздражения подводимым импульсным электрическим током, нервно-рецепторного аппарата улитки внутреннего уха осуществляют введение в слуховой проход и установку эндоурального электрода до соприкосновения его с барабанной перепонкой или при ее отсутствии в области барабанной перепонки. Эндоуральный (активный) электрод представляет собой держатель диэлектрического материала, оканчивающегося петлей из титановой проволоки, смоченного раствором лекарственного вещества (например, 1% р-р АТФ; или 1% р-р никотиновой кислоты; 0,05% р-р прозерина; 0,5% р-р галантамина или 1% р-р дибазола и пр.) марлевая турунда пропитанная лекарственным веществом, по своему диаметру должна быть на 1/3 меньше просвета наружного слухового прохода. Через ушную воронку, выполненную из полимерного материала, плавно и свободно вводится марлевая турунда до легкого соприкосновения с барабанной перепонкой. Второй пассивный (периферический) электрод, выполненный в виде металлического цилиндрического стержня, фиксируется рукой пациента с замыканием на тело пациента и образованием активно-реактивной цепи. После этого, выставляют частоту следования выходных импульсов, включают блок электростимуляции аппарата и в непрерывном режиме регулируют амплитуду выходных импульсов, начиная с нуля и

увеличивая до ощущения больным волнообразного покалывания в глубине слухового прохода [7]. Время процедуры 5-10 минут на одно ухо, количество процедур 10-12 на курс. электростимуляция оказывает положительное влияние на периферические структуры слухового анализатора, на обменные процессы и состояние мозговой гемодинамики, связанное с выделением в кровотоке и цереброспинальную жидкость биологически активных веществ, эндогенных опиоидных пептидов [2]. Электростимуляция, вызывает компенсаторно-приспособительные защитные перестройки в рецепторных клетках и над мембранном комплексе спирального органа, приводит к устранению ряда ультраструктурных нарушений, активирует процессы энергетического и секреторного внутриклеточного метаболизма, обеспечивая снижение порогов слышимости в среднем на 15 дБ. Морфологические изменения, происходящие в спиральном органе под воздействием различных повреждающих факторов, нередко характеризуют как метаболический стресс (волосковых клеток). Показателями такого стресса на ультраструктурном уровне являются - изменения отдельных внутриклеточных органоидов, например: митохондрий или одновременные нарушения ультраструктуры различных органоидов клетки. В эксперименте [2] выявлено, что эндоуральная электростимуляция оказывает положительное влияние на внутренние структуры рецепторных клеток спирального органа. внутри-клеточная реакция выражается не только в увеличении числа митохондрий, но и в увеличении количества свободных рибосом, цистерн шероховатой эндоплазматической сети многочисленных кон- тактах митохондрий с внутриклеточными мембранозными структурами. подобные морфологические признаки характеризуются как показатели интенсификации обменных и секреторных процессов в клетке [2]. В связи с тем, что одним из факторов, обеспечивающих нормальную работу спирального органа, является адекватность энергетических процессов функциональной нагрузке, важное значение имеет появление большого числа митохондрий в рецепторных клетках спирального органа подопытных животных после проведения эндоуральной электростимуляции.

Блок магнитотерапии включает в себя источник переменного магнитного поля (источник ПеМП) и устройство (включающее фторопластовую ушную воронку и магнитный эндоуральный стержень) для эндоуральной обработки нервно-рецепторного аппарата улитки внутреннего уха ПеМП, шарнирно соединенное с фиксатором его положения в слуховом проходе в виде держателя, а так же подвесное устройство для перемещения, ориентирования фиксации положения источников ПеМП относительно устройств для эндоуральной обработки нервно-рецепторного аппарата улитки внутреннего уха ПеМП, введенных в просвет наружных слуховых проходов больного, помещение ушной воронки с магнитным эндоуральным стержнем в фокус ПеМП, продуцируемого источником ПеМП, меняется его конфигурация, и величина напряженности поля на расстоянии 45-50 мм от источника возрастает, в среднем, в два раза. При этом обеспечивается иррадиация переменного магнитного поля в глубь обрабатываемого органа слуха, находящегося в глубине пирамиды височной кости на расстоянии 35- 40 мм от поверхности черепа, путем транспортировки его через магнитный эндоуральный стержень, а также возбуждение механических колебаний стержня с частотой 50-100 гц [7]. Время процедуры 10-20 мин. Количество процедур - 10-12. Первое серьезное исследование свойств магнита принадлежит английскому физическому, придворному врачу Уильяму Гильберту, опубликованному в 1600 г. фундаментальный труд "о магните, магнитных телах и большом магните земли", который отметил наличие у магнита лечебных свойств. В настоящее время точно известно: магнитное поле один из важнейших регуляторов жизни на земле. Все структурные моменты вещества являются источниками магнетизма, так как обладают магнитным моментом

и, следовательно, магнитными свойствами. Увеличение ионной активности под влиянием ПемП является предпосылкой стимуляции клеточного метаболизма, магнито-гидродинамическое торможение циркуляции проводящих жидкостей в живом объекте, что оказывает значимое влияние на течение биологических жидкостей в крупных сосудах. Магнитотерапия дает противоотечный эффект, оказывает спазмолитическое действие, анальгезирующий и седативный эффект, положительно влияет на общую гемодинамику, нейродинамику и микроциркуляцию (в том числе во внутреннем ухе) [3].

Блок светостимуляции: включает в себя комплекс из полупроводникового лазера и волоконный световод. Рабочий наконечник гибкого волоконного световода вставляются в ушную воронку, вводимую в наружный слуховой проход. во время процедуры параллельным или слабо расходящимся пучком низкоэнергетического лазерного излучения облучается барабанная перепонка или, в ее отсутствие, барабанная полость среднего уха с учетом суммарной дозы лазерного облучения - 75-300 Дж/см², обеспечивающей лечебный эффект [7]. Световая энергия низкоэнергетического лазера способствует регуляции биологических процессов в организме, вызывает изменение энергетического состояния "биологической плазмы" в сторону увеличения её плотности, интенсивности рекомбинационных процессов, т. е. меняет биологические и химические параметры тканей, выраженным стимулирующим действием на процессы регенерации (в том числе слухового нерва), мобилизует иммунную систему [5]. Энергетическое насыщение "биологической плазмы" приводит к стимуляции метаболизма, т.е. окислительно-восстановительных процессов, и на этом основании создает условия для ауторегуляции биологических процессов [6]. Эксперименты invitro непосредственной оценкиталазной и пероксидазной активности митохондрий подтвердили, что под действием излучения лазера повышается именно пероксидазная активность митохондрий [5]. Поскольку, митохондрии имеют тесную связь с другими клеточными мембранными структурами - ядром, лизосомами, рибосомами и т.д., то и эти органеллы вовлекаются в реакцию клетки на лазерное излучение. Исследование кровенаполнения тканей подвергшихся воздействию низкоэнергетического лазера, обнаружило некоторое возрастание скорости кровотока в этих тканях, увеличение просвета сосудов (эффект вазодилатации, что очень хорошо при сдавливании а. vertebralis на фоне шейного остеохондроза и гипертензионном синдроме).

Данный метод лечения был нами применен у 40 человек с хронической сенсоневральной тугоухостью, находившихся под нашим наблюдением в течение 6 месяцев, давность заболевания составляла от 6 месяцев до 15 лет. возраст больных варьировал от 50 до 75 лет, из них женщин - 24, мужчин - 16 [10]. Всем больным проводилось комплексное обследование. основными жалобами до лечения были: снижение слуха, заложенность уха, шум, звон в ушах, нарушение сна на фоне шума, снижение трудоспособности. По степени СНТ: 1 ст. - 12, 2 ст. - 16, 3 ст. - 12. Курс лечения на аппарате "Аудиотон" составлял 10-12 процедур, в сочетании с приемом сосудистых препаратов [10].

После проведенного курса лечения у 24 больных прекратился шум, у 12 больных уменьшилась интенсивность шума, изменился характера шума, у 4 больных - без динамики (3 ст. ХСНТ, давность заболевания 6 и 15 лет). по данным тональной аудиометрии понизились пороги слуха 10-30 дБ у 13 больных (1-2 ст. ХСНТ) на высокие частоты, у 5 - отмечено улучшение остроты слуха на 10 дБ и разборчивость речи (3 ст. ХСНТ), 2 больных - без динамики. При этом лучшие результаты были получены у больных с 1-2 ст. ХСНТ [10].

Пример: Больной 57 лет обратился с жалобами на снижение слуха слева, заложенность левого уха в течение 6 мес. из анамнеза - 6 мес. назад перенес наружный отит слева, пролеченный амбулаторно гентамицином, после этого через неделю появились вышеперечисленные жалобы. Сопутствующие заболевания: искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, ГБ 1 степени. АД на момент осмотра 130/90. проведенное обследование: ОАК-б/о, ОАМ-б/о, рентгенография шейного отдела позвоночника - признаки остеохондроза по типу нестабильности с2-с4, РЭГ пульсовое кровенаполнение достаточное в обеих гемисферах. повышение тонуса артериол. Венозная дисфункция, экстракраниальные влияния. АКГ, АПТВ в пределах нормы. ЭЭГ-данных за нарушение биоэлектрической активности головного мозга не выявлено, МЭХО смещения нет md 7,7 ms 7,7. Заключение окулиста: visus 1.0/1.0. проведен курс лечения на аппарате "аудиотон". После 5ти процедур жалобы прекратились, проведена контрольная аудиометрия, после курса лечения контроль РЭГ через 2 недели. нормализация тонуса артериол, АД 120/80, 115/80 на протяжении всего курса лечения и 2 нед. после него (вазодилатационный эффект) [10]. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и целесообразности использования комплексного метода лечения на аппарате "аудиотон" при ХСНТ и рекомендовать его как самостоятельный метод лечения ушного шума на фоне различных форм нарушения слуха.

Литература

1. Карташова К. И. Применение динамической коррекции активности симпатической нервной системы у больных с сенсоневральной тугоухостью //Биомедицинская радиоэлектроника. – 2010. – №. 10. – С. 11-15.
2. Кунельская Н. Л. и др. Субъективный ушной шум: современные тенденции и перспективы //Вестник оториноларингологии. – 2019. – Т. 84. – №. 6. – С. 54-60.
3. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением //Оториноларингология Во-сточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.
4. Насретдинова М. Т. Изменения стабилметрических показателей у пациентов с системным головокружением//Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9.– №. 2. – С. 135-139.
5. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Головокружение в лор-практике //инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа. –2017. – С. 216-219.
6. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Патогенетические аспекты ушного шума и его особенностей при различных заболеваниях уха// Экспериментальная и клиническая оториноларингология №1 (02) стр 67-72.
7. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Диагностическое и прогностическое значение спектра субъективного ушного шума при хроническом мезотимпаните// Журнал стоматологии и краниофасциальных исследований. №1(01) 2020 стр. 65-68.
8. Насретдинова М. Т., Хайитов А.А., Холбоев А.А. Основные критерии оценки задержанной вызванной отоакустической эмиссии// Биология ва тиббийг муаммолари. № 2 (94). Самарканд 2017, С.68-70
9. Омонов Ш. Э., Насретдинова М. Т., Нурмухамедов Ф. А. Оптимизация методов определения ушного шума при различной патологии //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 4.
10. Харитоновна О. И., Потеряева Е. Л. Применение «Аудиотона» в лечении пациентов с профессиональной нейросенсорной тугоухостью //Journal of Siberian Medical Sciences. – 2013. – №. 6.

Jasur Alimjanovich RIZAEV,
Malika Shavkatovna AXROROVA,
Aziz Saidolimovich KUBAEV,
Alisher Isamiddinovich XAZRATOV
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

COVID-19 KLINIK DARAJALARINING KECHISHIGA QARAB OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI O'ZGARISHLARI



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-7>

ANNOTASIYA

Tadqiqot ob'ekti sifatida Covid-19 kasalligiga chalingan 105 bemor tanlab olindi. Tadqiqot maqsadi COVID-19 bilan kasallangan turli darajadagi bemorlarning og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi morfologik o'zgarishlar va ta'm sezuvchanligi jarayonini o'rganishdir. Ushbu jarayonda qo'rquv natijasida og'iz bo'shlig'ida paydo bo'lgan yaralar pandemik vaziyatdagi stress oqibatida yanada ko'payishi mumkin. Tadqiqotlar natijasida og'iz bo'shlig'idagi morfologik va ta'm o'zgarishlari aniqlandi. Xulosa: og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi (og'iz bo'shlig'ining namoyon bo'lishi) og'iz bo'shlig'ida ACE-2 retseptorlarining eng yuqori ifodasini ko'rsatadi, bu esa stomatologlar tomonidan bemorlar uchun terapevtik va profilaktik konsultatsiyalarni tashkil etish va COVID-19 natijasida o'pka yo'li, og'iz bo'shlig'i va qon-tomirlar kasalliklarining oldini olishga alohida e'tibor berishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: COVID-19, og'iz shilliq qavati, papillit, glossit, stomatit, afta, mukozit.

Жасур Алимжанович РИЗАЕВ,
Малика Шавкатовна АХРОРОВА,
Азиз Саидолимович КУБАЕВ,
Алишер Исамиддинович ХАЗРАТОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТЫЙ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА У ОТ ЗАВИСИМОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ COVID-19

РЕЗЮМЕ

Объектами исследования были 105 пациенты с заболеванием Covid-19. Целью исследования является изучение морфологических изменений слизистой оболочки полости рта и вкусовой чувствительности у больных COVID-19 с разными степенями тяжести. COVID-19 являются предрасполагающими факторами для возникновения поражений полости рта. Язвы в полости рта, вызванные стрессом, могут увеличиваться среди пациентов из-за пандемия-ассоциированного страха. В исследование было определено морфологические и вкусовые изменения в ротовой полости. Выводы: поражения слизистой оболочки полости рта (оральная манифестация) свидетельствуют ует о самой высокой экспрессии рецепторов ACE-2 в ротовой полости, что требует особого внимания по организации стоматологами лечебно-профилактических консультаций пациентам с целью активного лечения заболеваний полости рта и предотвращения орально-сосудистый-легочной пути развития вируса COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, слизистая оболочка полости рта, папиллит, glossit, stomatit, afta, mukozit.

Jasur Alimjanovich RIZAEV,
Malika Shavkatovna AKHROROVA,
Aziz Saidolimovich KUBAEV,
Alisher Isamiddinovich KHAZRATOV
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANES OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS DEPENDING ON THE CLINICAL COURSE OF COVID-19

ANNOTASION

The subjects of the study were 105 patients with Covid-19 disease. The aim of the study is to study morphological changes in the oral mucosa and taste sensitivity in patients with COVID-19 with different degrees of severity. COVID-19 are predisposing factors for the occurrence of oral lesions. Ulcers in the oral cavity caused by stress may increase among patients due to pandemic-associated fear. Morphological and gustatory changes in the oral cavity were determined in the study. Conclusions: lesions of the oral mucosa (oral manifestation) indicate the highest expression of ACE-2 receptors in the oral cavity, which requires special attention to the organization by dentists of therapeutic and preventive consultations for patients with the aim of active treatment of oral diseases and prevention of the oral vascular-pulmonary pathway of the COVID-19 virus.

Keywords: COVID-19, oral mucosa, papillitis, glossitis, stomatitis, afta, mucositis.

Muammoning dolzarbligi. Bugungi kunda COVID-19 butun dunyo miqyosida tarqalib borayotgan kasallik hisoblanadi. Koronavirus kasalligi 2019 (COVID-19) ikkilamchi koronavirus RNK ning hosilasi bo'lgan o'tkir sindromlar (SARS-CoV-2) jamlanmasi bo'lib beta-korona viruslari oilasiga kiradi va bugungi kunda pandemiya tusini olmoqda. Pandemiyaning keng masshtabda tarqalishi nafaqat ijtimoiy sohada, balki global miqyosda iqtisodiy muammolarni keltirib chiqarmoqda. Bugungi kunga kelib, COVID-19 ning yangi shtammi aniqlangan. Ushbu virusning shtammi beqaror modifikatsiya jarayonida ekanligini hisobga olgan holda, COVID-19 butun insoniyatning misli ko'rilmagan tibbiy va jiddiy ijtimoiy muammosi bo'lib qolmoqda[2,3].

Bugungi kunga kelib, yoshi 65 dan yuqori, erkaklari[4], yurak-qon tomir kasalliklari[5], qandli diabet[6], semirish[7], surunkali obstruktiv o'pka bronxitlari[8], chekish, og'iz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilmaslik aniqlangan. [9], neoplastik kasallik, jigar kasalligi, opportunistik infeksiyalar, stress, immunosuppressiya, vaskulit va boshqa kasalliklarning COVID-19 sabab qo'zg'alishi va og'irlashuvi asosan og'iz bo'shlig'i va o'pkaning jiddiy shikastlanishiga olib kelmoqda. Pandemiya bilan bog'liq qo'rquv tufayli bemorlarda stressdan kelib chiqqan og'iz yaralari ko'payishi mumkin. Shuningdek, keksa yoshdagi va COVID-19 kasalligining og'ir bosqichidagi bemorlarning og'iz bo'shlig'idagi yaralar ham ushbu holat bilan bevosita bog'liqdir[10-12].

Jahon amaliyotida hozirgi vaqtda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kasallikning boshlang'ich davridagi klinik holatini diagnostika qilish, tananing immun va yallig'lanish reaksiyalari va belgilarini o'rganish, shuningdek uning shakllatini kompleks tahlil qilish hanuz nomalum savolligicha qolmoqda. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining sog'lig'ining SARS-CoV-2 da klinik kasallik, klinik natijalar va tiklanish davriga to'g'ridan-to'g'ri/bilvosita proporsional ta'sirini, shuningdek, og'iz bo'shlig'i bakteriyasi turlarining nisbiy ko'pligi bilan bog'liqligini o'rganish uchun ko'plab ilmiy tadqiqotlar davom etmoqda. Yallig'lanishli sitokin reaksiyasi va mahalliy immunitet reaksiyasining ushbu kasallikning klinik kechishi bilan bog'liqligidir.

Og'iz bo'shlig'i va o'pkaning immun tizimi butun immunitet tizimining eng katta tarkibiy qismi bo'lib, u infeksiyalarning organizmga tushishi va boshlang'ich tasiri oldini oladi: COVID-19 birinchi navbatda, yuqori nafas yo'llariga ta'sir qilganligi uchun ham uning immun tizimiga daslabki tasiri aynan nafas organlari shilliq qavatiga yo'naltirilgan bo'ladi. Biroq, COVID-19 immunitet tizimga nisbatan chuqurroq ta'sir ko'rsatadi va qon zardobidagi antikorlar immun tizimiga javobgar bo'lgan hujayra antitelalariga ta'sir ko'rsatadi [2,5].

Mamlakatimiz sog'liqni saqlash sohasini yanada rivojlantirish bo'yicha tizimli islohotlar va keng ko'lamli ishlar amalga oshirilmoqda. Xususan virusologiya sohasida, yuqori xavfli SARS-CoV-2 bilan kasallangan bemorlarga o'z vaqtida aniq tashxis qo'yish, virusga chalingan bemorlarni reabilitatsiya qilish jarayonlari bo'yicha ijobiy natijalarga erishilmoqda. Shu bilan birga, davolanishning qisqa va uzoq muddatli natijalarini yaxshilash, kasallikning aktiv bosqichiga o'tgandan keyingi og'ir asoratlarni oldini olish uchun, ushbu bemorlar holatini aniqlash uchun aniq fakt va ilmiy asoslangan tadqiqotlarni o'tkazish zarur. Og'iz bo'shlig'idagi morfologik holatni o'rganish bilan og'iz shilliq qavatining kaqsallik tasiridagi o'zgarishini tahlil qilish ham ushbu tadqiqotning maqsadlaridan biri hisoblanadi.

ISHNING MAQSADI COVID-19 virusi bilan og'rigan turli og'irlik darajadagi bemorlarning og'iz bo'shlig'i shilliq qavat holati va sezgi organlari funksiyasini aniqlash.

MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI. Tadqiqotga 18 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi $41,6 \pm 4,7$ yil) 105 bemor (bemorlarning umumiy soni 254 bemor) (62 erkak va 43 ayol) jalb qilindi. Ular orasida quyidagicha toifa dagi bemorlar 3 nafar bemor 18 yoshdan kichik, 7 nafar bemor 55 yoshdan oshgan, 15 nafar bemor chekuvchi, 30 nafari ortiqcha vaznli, 1 nafar bemor homilador, 87 nafar bemor yondosh kasalliklari mavjud va 6 nafar bemor anketani to'ldirishdan bosh tortgan bemorlarni COVID-19 test tahlili ijobiy natija berganing qaramasdan tadqiqotga jalb etilmagan.

Tadqiqot shakli so'rov anketaga asoslangan kesma savollardan iborat. Ushbu so'rov quyidagi demografik ma'lumotlarni o'z ichiga oladi: bemorlarning jinsi, yoshi, vazni, bo'yi, ta'lim darajasi va umumiy salomatligi. Anкета ikki qismga bo'linadi:

1) Birinchi qism bir guruh stomatologlar tomonidan olingan og'iz bo'shlig'i gigienasi holatini baholash natijalarini o'z ichiga oladi.

2) Ikkinchi qismda telefon muloqoti orqali olingan COVID-19 ning og'irlik darajasi, yani tashqi belgilar va og'zaki ifoda orqali qo'yilgan tashxis to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud.

Barcha bemorlarning kasallikning klinik kechishini ro'yxatga olish va baholash jarayonida, haroratning og'irligi, og'iz bo'shlig'ining holati, intoksikasiya belgilari, kundalik vizual tekshiruvlar o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Tekshiruvlar natijasida 91 bemorda (86,6%) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida o'zgarishlar aniqlangan (1-jadval).

Shuni ta'kidlash lozimki, 13 (12,4%) bemorlarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida gemorragik belgilar mavjud bo'lib, analiz natijalariga ko'ra ularda kasallik og'irlashmagan. Bundan tashqari, lablar va yonoqlarning shilliq qavatida petexial qon ketishlar mavjud.

45 nafar (42,8%) bemorlarda yuqori va pastki jag'lardagi milklarning qo'shilish sohasida pigmentatsiya, 5 nafar (4,7%) bemorlarning qattiq tanglay sohasida esa pigmentatsiya belgilari kuzatilgan. Shuningdek 13 nafar (12,3%) bemorlarda lentigo-yuqori va pastki lablar shilliq qavati yuzasidan melanin to'planishi natijasida paydo bo'lgan jigarrang nuqtalar aniqlangan.

Bemorlarning 6,6 foizida (n = 7). o'tkazilgan mikologik tahlil ijobiy musbat natija berdi. Bemorlarning 5,7% da (n = 6) boshqa shilliq ko'rinishlar 10,5% da (n = 11) aftoz stomatit va mukozit aniqlandi. Bemorlarning 8,5% (n = 7) til va butun og'iz shilliq qavatining kuyishiga o'xshash hisning paydo bo'lganidan shikoyat qildilar.

Bundan tashqari 26 nafar (24,7%) bemorda og'iz bo'shlig'i va tilning shilliq qavatidagi o'zgarishlarning eng keng tarqalgan ko'rinishi og'iz burchaklarining yallig'lanishidan iborat bo'lgan burchakli xeilit bo'lib, bu shilliq qavatining sohasinig yoriqlari, qobig'i qizarishi bilan tavsiflanadi.

15 bemorda (14,3%), 8 bemorda (7,6%) til shishi aniqlangan vaqtinchalik U shaklidagi papillitga alohida e'tibor qaratildi. Fokal depapilyatsiya bilan glossit bilan tavsiflangan tilning yallig'lanish kasalligi 5 bemorda (4,7%) kuzatildi.

90 nafar bemorlar (85,7%) tilning shilliq qavatida blyashka aniqlangan va ularning rangi oqdan to'q jigarrang va jigarranggacha o'zgargan. Shu bilan birgalikda blyashkalar oson olinadi va til yuzasida bir tekislikda kuzatildi.

1-jadval

Gospitalizatsiya qilingan COVID-19 bemorlarida og'iz shilliq qavatidagi o'zgarishlar (n=105)

| O'zgarishlar turlari | n(%) |
|---|-----------|
| Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar | 91 (86,6) |
| Tilning shilliq qavatida blyashka | 90 (85,7) |
| Parageuziya | 64 (60,9) |
| Yuqori va pastki jag'da milk birikishi sohasida pigmentatsiya | 45 (42,8) |

| | |
|--|-----------|
| Burchakli xeilit | 26 (24,7) |
| U shaklidagi papillit | 15 (14,3) |
| Bukkal shilliq qavatdagi gemorragik ko'rinishlar | 13 (12,4) |
| Lentigo | 13 (12,4) |
| Aftozli stomatit | 11 (10,5) |
| glossalgiya | 7 (8,5) |
| Tilning shishishi | 8 (7,6) |
| og'iz kandidozi | 7 (6,6) |
| Mukozit | 6 (5,7) |
| Qattiq tanglayning pigmentatsiyasi | 5 (4,7) |
| Fokal depapilyatsiya bilan glossit | 5 (4,7) |
| Hid bilish sezgi organing disfunktsiyasi | |
| Parosmiya | 85 (81) |
| Anosmiya | 11 (10,5) |

Bemorlar 5 kunlik kuzatuvdan keyin bemorlarning 60,9 foizida (n = 64) ta'm sezuvchanligining buzilishi, ta'm sezgilarining paydo bo'lishi, tegishli qo'zg'atuvchi bo'lmasa, parageuziya aniqlangan (n = 64), bu ko'pincha hidlarni noto'liq sezishi shikoyatlari-parosmiya 81%(n = 85) bemorlarda kuzatildi. Bundan tashqari, bemorlarning 10,5% (n = 11)

hidni sezmaslik –anosmiya kuzatilgan ega edi.

Og'iz bo'shlig'i holati so'rovnomma ma'lumotlariga ko'ra olingan natijasida, 84 (80%) bemorda COVID-19ning og'ir darajasidagi, 21 bemorda (20%) yengil darajasida bemorda kuzatildi (2-jadval).

jadval 2

COVID-19 og'irlik darajasiga ko'ra og'iz bo'shlig'i holati(n=105)

| Asosiy og'iz salomatligi | | COVID - 19 ning og'irlik darajasi | | R |
|--------------------------|---|-----------------------------------|------------|-----------|
| | | Og'ir daraja | Nur daraja | |
| Qoniqarsiz | n | 6 2 | bitta | < 0 , 001 |
| | % | 73,8 % __ | 4,7 % __ | |
| Qoniqarli | n | 17 | 17 | |
| | % | 20,2 % ___ | 80,9 % __ | |
| Yaxshi | n | besh | 3 | |
| | % | 5,9 % _ | 14,2 % _ | |
| Umumiy ko'rsatkich | | n(%) | 84 (80%) | 21 (20%) |

COVID-19ga og'ir darajada chalingan bemorlarning birlamchi yakuniy tahlil natijalariga ko'ra, og'iz bo'shlig'ining yomon holati o'zaro virus masshtabi va ko'lamli bemor sog'lig'ining yomonligi bilan

statistik jihatdan muhim bog'liqlikni ko'rsatdi (p<0,001). Shunga ko'ra, og'iz bo'shlig'i holati yaxshi bo'lgan bemorlarda og'ir COVID-19 kasalligi sezilarli darajada past bo'lgan (p<0,001, r=-0,457) (3-jadval).

3-jadval

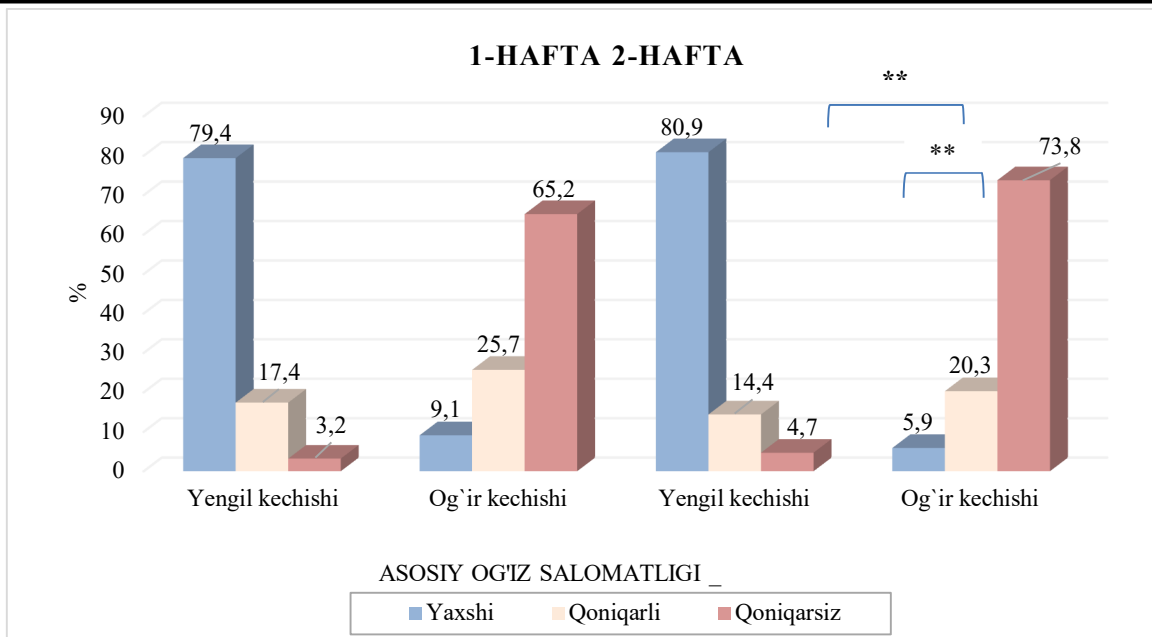
Og'iz bo'shlig'i holati va COVID-19 o'rtasidagi korrelyatsion bog'liqlik (n=105)

| Parametr | COVID - 19 ning jiddiyligi | |
|------------------------|----------------------------|--------|
| Og'iz boshlig'i holati | r | -0,457 |
| | P | 0,001 |
| | n | 105 |

COVID-19 darajasi bo'yicha kichik guruhlar tahlili shuni ko'rsatdiki, og'iz bo'shlig'i gigienasi yaxshi, qoniqarli va yomon bo'lgan bemorlar kuzatuvning birinchi haftasida mos ravishda 79,4%, 17,4% va 3,2% hollarda yengil darajaga ega. Og'iz bo'shlig'i gigienasi yaxshi, qoniqarli, yomon bo'lgan bemorlarda kuzatuvning birinchi haftasida mos ravishda 9,1%, 25,7% va 65,2% hollarda og'ir darajada kuzatilgan (1- rasm).

Og'iz bo'shlig'i gigienasining dastlabki holati yomon bo'lgan bemorlar guruhida og'iz bo'shlig'i gigienasi yaxshi bo'lgan bemorlarga

(5,9%) qaraganda 73,8% hollarda sezilarli darajada yomonlashdi (p<0,001). Shuningdek, og'iz bo'shlig'i gigienasining dastlabki holati qoniqarli bo'lgan bemorlarda 20,3% hollarda ikkinchi haftada klinik kuechishining yomonlashuvi kuzatilgan, bu og'iz bo'shlig'i gigienasi dastlabki qoniqarsiz ahvolda bo'lgan bemorlarga qaraganda ancha past (p<0,001). Shunga ko'ra, Shifoxonaga yotqizilgan ikkinchi haftada og'iz bo'shlig'i sog'lig'i yaxshi, qoniqarli va yomon bo'lgan bemorlarda 80,9%, 14,4% va 4,7% hollarda kasallikning yengil kechishi kuzatildi (1-rasm).

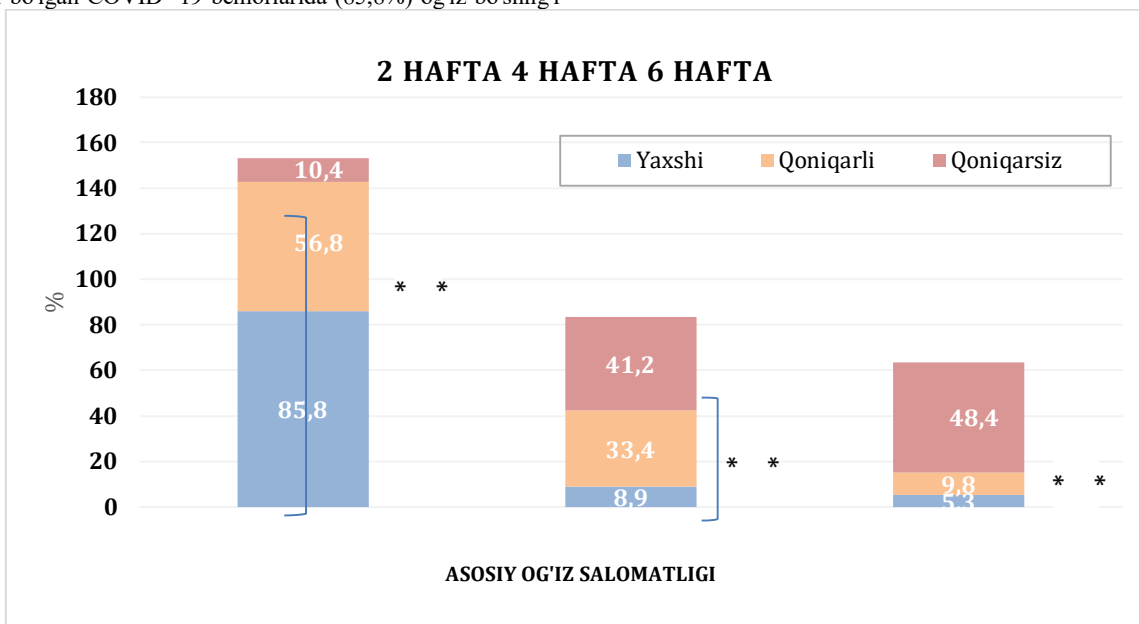


Rasm - 1. Birlashchi yakuniy o'rganish obekti. Kasallikning klinik kechishining kuzatuvning birinchi va ikkinchi haftalarida og'iz bo'shlig'ining dastlabki holati bilan bog'liqligi (n = 21 - engil darajali guruh (20%); n = 84 - og'ir darajali guruh. (80%). ** p <0,001

Klinik kuzatuvning to'rtinchi va oltinchi haftalarida klinik o'zgarishlar dastlabki holatida og'iz bo'shlig'i sog'lig'i qoniqarsiz bo'lgan COVID-19 bemorlarida (mos ravishda 41,2% va 48,4%) og'iz bo'shlig'i holati yaxshi bo'lgan bemorlarga (8,9) nisbatan sezilarli darajada nisbatan ko'proq kuzatildi (8,9% va 5,3% mos ravishda) (p<0,001). Tez tiklanish davri (kuzatuvning 2-haftasida) og'iz bo'shlig'i holati yaxshi bo'lgan COVID-19 bemorlarida (85,8%) og'iz bo'shlig'i

qoniqarsiz (10,4%) (p <0,001) bo'lgan bemorlar bilan solishtirganda sezilarli darajada ko'proq kuzatildi (rasm 2).

Og'iz bo'shlig'i holati qoniqarli bo'lgan bemorlarning klinik tiklanishi ushbu toifadagi bemorlarning to'rt hafta (33,4%) va olti hafta (9,8%) bilan solishtirganda 56,8% hollarda ikki haftagacha klinik kuzatuvdagi bemorlar erta klinik sog'ayish kuzatildi (2-rasm).



Rasm 2. Ikkilamchi yakuniy o'rganish obekti. Og'iz bo'shlig'ining dastlabki holatining klinik tiklanish davri bilan bog'liqligi. ** p <0,001

Shuni ta'kidlash kerakki, og'iz bo'shlig'ining dastlabki holati va COVID-19 bilan kasallangan bemorlarning klinik tiklanish davri o'rtasida salbiy bog'liqlik aniqlangan (p <0,001, r = -0,614) (4-jadval).

4-jadval

Og'iz bo'shlig'ining dastlabki holati va klinik tiklanish davri o'rtasidagi bog'liqlik (n=105)

| Parametr | Klinik tiklanish davri | |
|--------------------------|------------------------|--------|
| Asosiy og'iz salomatligi | r | -0,614 |
| | P | 0,001 |
| | n | 105 |

COVID-19 bilan zararlanish darajasining klinik tiklanishga ta'siri (n=105)

| Tadqiqotning ikkilamchi yakuniy o'rganish | | | COVID - 19 ning darajasi | | R |
|---|---------|------|--------------------------|---------------|---------|
| | | | Og'ir daraja | Yengil daraja | |
| Klinik tiklanish davri | 6 hafta | n | 42 | 2 | < 0,001 |
| | | % | 50,0 % | 9,5 % | |
| | 4 hafta | n | 35 | 4 | |
| | | % | 41,6 % | 19,0 % | |
| | 2 hafta | n | 7 | 15 | |
| | | % | 8,3 % | 71,2 % | |
| Umumiy ko'rsatkich | | n(%) | 84 (80%) | 21 (20%) | |

Klinik kuzatuvning 6-haftasida kechikkan klinik tiklanish chastotasi og'ir COVID-19 guruhida (50,0%) yengil klinik guruhga (9,5%) nisbatan sezilarli darajada yuqori bo'lgan (p<0,001) (Jadval). 5).

Klinik tuzalish natijasida COVID-19 og'ir kechadigan bemorlar guruhiga (8,3%) nisbatan yengil klinik kechadigan (71,2%) bemorlari guruhida (p<0,001), 7 marta ko'proq uchraydi. Kuzatuvning to'rtinchi haftasida COVID-19 bilan og'irgan bemorlar guruhida yengil klinik kechish 19,0% hollarda klinik tiklanish aniqlangan va og'ir kechadigan bemorlar guruhida bu ko'rsatkich 41,6% ni (p<0,001) tashkil etgan (5-jadval).

Xulosa. Tahlillarga ko'ra, 91 bemorda (86,6%) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yuqori darajadagi shikastlanishi bu sodir bo'lganligi aniqlangan. Shuni ta'kidlash lozimki, 13 (12,4%) bemorlarning og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida gemorragik ko'rinishlar mavjud bo'lib, anamnezda bu kasallik og'irlashmagan. Bundan tashqari, lablar va yonoqlarning shilliq qavatida petexial qon ketishlar mavjud. Ushbu bemorlarda lablarning siyanozi aniqlangan. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rangi qon tomirlarining og'irligiga qarab turli darajadagi lablarning ichki yuzasi shilliq qavatida paydo bo'lishi sababli odatdagi och pushti rangdan siyanotikgacha o'zgarib turardi. 45 (42,8%) bemorlarda milklarning yuqori va pastki jag'larda milkning qo'shilish sohasida pigmentatsiya, 5 nafari bemorlarda (4,7%) qattiq tanglay sohasida pigmentatsiya kuzatilgan. Shuningdek 13 (12,3%) bemorlarda, lentigo - yuqori va pastki lablar shilliq qavati yuzasidan yuqoriga

ko'tarilgan melanin to'planishi natijasida paydo bo'lgan jigarrang nuqta aniqlangan. Bemorlarning 5,7% da (n = 6) boshqa shilliq ko'rinishdagi kasalliklardan aftoz stomatit va bemorlarning 10,5% da (n = 11) til mukozit aniqlandi. 8,5% (n = 7) bemorlarda butun og'iz shilliq qavatining kuyishiga o'xshash hisning paydo bo'lganidan shikoyat qildilar. Bundan tashqari 26 nafar (24,7%) bemorda og'iz bo'shlig'i va tilning shilliq qavatidagi o'zgarishlarning eng keng tarqalgan ko'rinishi og'iz burchaklarining yallig'lanishidan iborat bo'lgan burchakli xeilit bo'lib, bu shilliq qavatining sohasinig yoriqlari, qobig'i qizarishi bilan tavsiflanadi. 15 ta bemorda (14,3%) U-shaklidagi papillitga 8 ta bemorda (7,6%) til shishi aniqlangan. Fokal depapilyatsiya bilan glossit bilan tavsiflangan tilning yallig'lanish kasalligi 5 bemorda (4,7%) kuzatildi. 90 nafar bemorlar (85,7%) tilning shilliq qavatida blyashka aniqlangan va ularning rangi oqdan to'q jigarrang va jigarranggacha o'zgaragan.

XULOSA. Shunday qilib, og'iz ACE-2 retseptorlarining og'iz bo'shlig'iga tasiri jiddiy tasirlar, bu stomatologlarning profilaktika va davolash konsultatsiyalarini tashkil etishda alohida e'tibor talab qiladi. COVID-19 bilan kasallangan bemorlarning avvalo og'iz bo'shlig'i floral holatini tartibga keltirish va shilliq qavat tabobatini amalga oshirish shuningdek Evropa Parodontologiya Federatsiyasi [1] tomonidan ishlab chiqilgan klinik tavsiyalarga rioya etilishini nazorat qilish tavsiya etiladi.

Список использованной литературы

1. Chapple ILC, Van Der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, et al. (2015) Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. J Clinic Periodont. Blackwell Munksgaard. 42: 71-76.
2. DR Fattaeva, JA Rizaev, DA Rakhimova (2021) Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Annals of the Romanian Society for Cell Biology 6378–6383
3. Lloyd-Jones G, Molayem Sh., Cruvinel Pontes C., Chapple I. J Oral Med and Dent Res. 2021, 2(1)-S1.
4. Persson GR. Periodontal complications with age. Periodontol 2018; 78:185–194.
5. Conti P, Younes A. Coronavirus COV-19/SARS-CoV-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. J Biol Regul Homeost Agents 2020; 34.
6. Niswade G, Niswade A, Gattani D, et al. Study of common carotid and brachial artery hemodynamic variations in periodontal disease in Central India-a clinical study. Clin Epidemiol Global Health 2019; 7:481-487.
7. Jagannathachary S, Kamaraj D. Obesity and periodontal disease. J Indian Soc Periodontol 2010; 14:96-100.
8. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. J Periodontol 1999; 70:793-802.
9. Vardavas C, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tob Induc Dis 2020; 18.
10. Brandão TB, Gueiros LA, Melo TS, Prado-Ribeiro AC, Nesrallah ACFA, Prado GVB, et al. Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2021;131:45-51.
11. Khazratov A.I. Kamariddinzoda Features Of Predictions Before Dental Intervention Taking into Account the Psych emotional State of The Patient, Texas Journal of Medical Science, Vol.3, 2021, 1-4
12. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Иорданишвили А.К. Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки жевательного аппарата при экспериментальном канцерогенезе. Российский стоматологический журнал. 2021. Т. 25. № 3. С. 225–231. aDOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2802-2021-25-3-225-231>

Шадиев Анвар Эркинович
Насретдинова Махзуна Тахсиновна
Самаркандский государственный медицинский институт

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-8>

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрены вопросы лечения атрофического ринита. В исследовании приняли участие 37 пациентов в возрасте от 8 до 72 лет и при поступлении проведено общее клиническое обследование, рентгенография околоносовых пазух и исследование выделительной функции. Введение и основу лекарственных препаратов таких как рибофлавин и глюкоза вместе с этим его измельчают в ступке в сухом виде, затем - с частью приготовленной основы постепенно добавляют остальное количество основы, перемешивают и подогревают на водяной бане до растворения рибофлавина и получения однородно окрашенной массы. Таким образом, проведенные клинические наблюдения свидетельствуют о существенных преимуществах полимерной основы, используемой для приготовления лекарственных мазей, которые применяют при атрофическом рините.

Ключевые слова: атрофический ринит, карбоксиметилцеллюлоза, рибофлавин.

Anvar Shadiey E.

Makhzuna Nasretidinova T.

Samarkand State Medical Institute.

APPLICATION OF OINTMENTS ON A POLYMER BASIS FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH ATROPHIC RHINITIS

ANNOTATION

This article discusses the treatment of atrophic rhinitis. The study involved 37 patients aged 8 to 72 years, and upon admission, a general clinical examination, radiography of the paranasal sinuses and a study of the excretory function were carried out. The introduction and base of drugs such as riboflavin and glucose, together with this, is ground in a mortar in a dry form, then the rest of the base is gradually added with a part of the prepared base, mixed and heated in a water bath until riboflavin dissolves and a uniformly colored mass is obtained. Thus, the clinical observations carried out indicate the significant advantages of the polymer base used for the preparation of medicinal ointments, which are used for atrophic rhinitis.

Key words: atrophic rhinitis, carboxymethylcellulose, ribovlavin.

Shadiey Anvar Erkinovich

Nasretidinova Makhzuna Takhsinovnas

Samarqand davlat tibbiyot instituti.

АТРОФИК РИНИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ УЧУН ПОЛИМЕР АСОСИДА МАЛХАМЛАРНИ ҚО'ЛЛАШ

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada atrofik rinitni davolash muhokama qilinadi. Tadqiqotda 8 yoshdan 72 yoshgacha bo'lgan 37 bemor qatnashdi va qabul qilinganda umumiy klinik tekshiruv, paranasal sinuslarning rentgenografiyasi va ekskretator funksiyasini o'rganish o'tkazildi. Riboflavin va glyukoza kabi dori vositalarining kiritilishi va asosi quruq holda ohak bilan maydalanadi, so'ngra bazaning qolgan qismi asta -sekin tayyor bazaning bir qismi bilan qo'shiladi, suv hammomida aralashtiriladi va isitiladi. riboflavin eriguncha va bir xil rangdagi massa olinmaguncha. Shunday qilib, o'tkazilgan klinik kuzatuvlar atrofik rinit uchun ishlatiladigan dorivor malhamlarni tayyorlashda ishlatiladigan polimer asosining muhim afzalliklarini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: atrofik rinit, karboksimetiltellyuloza, ribovlavin.

Введение. В клинической практике при атрофическом рините, характеризующемся истончением и сухостью слизистой оболочки, образованием корок на поверхности, широко применяются мази с различными лекарственными веществами. Они, почти как правило, имеют сложный состав, но несмотря на это в оториноларингологии используются жировые и углеводородные основы, из которых

наиболее широко применяется вазелин, собой смесь жидких и твердых углеводов, эти основы неудобны тем, что они смешиваются с водой, всасываются слизистой оболочкой, лекарственные вещества из них поступают в ткани медленно и незначительном количестве. В последние годы созданы мази на полимерной основе из полимеров. Наше внимание привлекла

натриевая соль карбоксиметилцеллюлозы-натрий-КМЦ, которая разрешена к клиническому использованию, обладает физиологической инертностью, отсутствием раздражающих свойств, хорошо наносится на здоровую и патологически измененную слизистую оболочку, совместима с рядом лекарственных веществ. Благодаря ее гидрофильности образуется гомогенный раствор с секретом слизистой оболочки и экссудатом при воспалении, что способствует максимальному высвобождению смешанного с ней препарата и быстрому наступлению лечебного эффекта. Используя различные концентрации натриевой соли КМЦ, можно приготовить мази любой консистенции.

Целью исследования явилось использование мазей на полимерной основе для больных хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. Нами для лечения 37 больных атрофическим ринитом на базе клиники №1 Самаркандского медицинского института впервые применены мази из различных лекарственных веществ на основе натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы. Возраст леченых больных (20 женщин и 17 мужчин) был от 8 до 72 лет, всем им при поступлении проведено общее клиническое обследование, рентгенография околоносовых пазух и исследование выделительной функции.

У всех пациентов при поступлении и во время лечения исследовались транспортная функция мерцательного эпителия с помощью равномерного раствора метиленового синего и потенциал слизистой оболочки с помощью хлорсеребряных электродов компенсационным методом, а также измерялась ее температура модифицированным электротермометром с терморезистором КМТ-14, имеющим точечный датчик. Нами первоначально изучена возможность использования натрий-КМЦ, как основы для мазей с веществами, предназначенными для лечения больных атрофическим ринитом. **Результаты исследования.** С этой целью 8 пациентам в одну половину носа вводили марлевый тампон, содержащий 3% гель натрий-КМЦ, в другую для контроля - тампон, пропитанный оливковым маслом. Через 1-1,5 ч после удаления тампона с полимерной основой в этой половине носа отмечалось размягчение и очищение корок, что подтверждает гидрофильные свойства полимера. Большая часть корок удалялась вместе с тампоном. Слизистая оболочка становилась более сочной, увлажненной, температура не повышалась на 0,4 -0,5 °с улучшалась транспортная функция мерцательного эпителия, отмечалось понижение потенциала на 5 - 8 мв. В другой половине носа после удаления тампона вазелиновым маслом поверхность корок, прилежащих тампону, становилась мягче, однако они по-прежнему достаточно плотно прилегал к поверхности слизистой оболочки и удалялись с трудом.

В результате проведенных исследований отмечены существенные преимущества полимерной основы перед углеводородной. для лечения больных атрофическим ринитом нами применены мази следующего состава: рибофлавин - 0,1 г, глюкоза 3 г. натрий- КМЦ - 2,9 г, вода дистиллированная - 94 мл; 2) 1 % раствор аденозинтрифосфата натрия - 50 мл, натрий-КМЦ - 3 г, вода дистиллированная - 47 мл; 3) 1% раствор гумизола 97 мл, натрий-КМЦ. Но дозировка основных действующих ингредиентов этих мазей соответствует рекомендациям Б.Л.Французова для использования местного лечения указанных лекарственных средств, которое обусловлено их фармакологическими

свойствами, благоприятно влияющими функции слизистой оболочки полости носа. Введение мази, содержащей аденозинтрифосфорную кислоту (АТФ), ставит перед собой цель обеспечить клетки мерцательного эпителия энергетическим материалом, необходимым для осуществления их транспортной функции известно, что в основе волнообразного движения ресничек лежит взаимодействие аденозинтрифосфорной кислоты с сократительными белками, аналогичными актомиозину мышечных волокон (Bishop, 2014) гумизоль препарат морской лечебной грязи является биогенным стимулятором, содержащим биологически активные вещества, способствующие процессам регенерации. Рибофлавин регулирует окислительно-восстановительные процессы, улучшает трофику и регенерацию тканей; глюкоза - источник легко усвояемого организмом ценного питательного материала. технология приготовления мази по 1-й и 2-й прописям предусматривает следующее: сначала готовится основа, а затем в нее вводятся лекарственные вещества приготовление основы: 2,9 натрий-КМЦ для первой мази 6 г - для второй заливаем половинным количеством дистиллированной воды, подогретой до 50 °с, и оставляем для набухания на 30- 40 мин, затем доливаем оставшуюся часть воды и перемешиваем до полного растворения полимера. Введение и применение за основу таких лекарственных препаратов: рибофлавин и глюкозу измельчают в ступке в сухом виде, затем - с частью приготовленной основы постепенно добавляют остальное количество основы, перемешивают и подогревают на водяной бане до растворения рибофлавина и получения однородно окрашенной массы. Раствор АТФ добавляют в приготовленную основу и смешивают. Мазь с гумизолем готовится следующим образом: 3 г натрий-КМЦ помещают в стеклянный стакан и заливают 97 мл 1 % водного раствора гумизола, перемешивают и оставляют на 5 часов по истечении указанного времени. Содержимое стакана перемешивают до образования однородной гомогенной массы, при этом используют методику применения мазей на полимерной основе при атрофическом рините. Марлевый тампон шириной около 2 см, длиной 10 - 15 см равномерно смазывают мазью с рибофлавином и глюкозой и вводят в полость носа на 1 - 1,5 ч, затем тампон удаляют вместе с ослизненными и размягченными корками, через в полость носа на 1 -1,5 ч вводят тампон, пропитанный мазью с гумизолем, у больных процедуры выполняли путем сочетанного применения мазей с АТФ гумизолем. При этом продолжительность лечения составляла 10 - 15 дней, какие-либо другие методы терапии не использовались. У всех пациентов к окончанию курса лечения слизистая оболочка стала более влажной, выделительная функция ее повысилась на 0,3- 0,5 секунд по сравнению с исходной, потенциал снизился на 5- 8 мв, улучшилась транспортная функция мерцательного эпителия. В сроки от 3 до 6 месяцев после лечения нами осмотрено 33 пациента. Все они отмечали существенное субъективное улучшение: в полости носа не скапливались корки, сохранилось свободное носовое дыхание. По сравнению с исходными данными обнаружена меньшая сухость слизистой оболочки, отсутствие скопления корок в полости носа. **Выводы.** Таким образом, проведенные клинические наблюдения свидетельствуют о существенных преимуществах полимерной основы, используемой для приготовления лекарственных мазей, которые применяют при атрофическом рините.

Использованная литература

1. Абдурахманова А.А. Оценка носового дыхания методом передней активной риноманометрии при вазомоторном и аллергическом ринитах у детей (краткое сообщение) / А.А. Абдурахманова // Рос. Вестник перинатол. и педиатрии.-2007,-№2.-С.-30.
2. Абдурахманова А.А. Оценка вегетативного статуса и гемодинамических показателей при вазомоторном и аллергическом рините у детей / А.А. Абдурахманова, Ю.М.Белозеров, Х.М. Маккаев // Российская ото-риноларингология.-2006.-№4(23).-С.39-43.
3. Абдурашитов Р.Ш. К вопросу о некоторых анатомических особенностях преддверия носа, требующих хирургической коррекции / Р.Ш. Абдурашитов // Российская ринология. — 2002. № 2. — С. 18.
4. Аксенов В.М. Вазомоторный ринит или вазомоторная ринодистония? Причинно-следственные связи в ринологии // Российская ото-риноларингология. - 2008. — Приложение № 3. - С. 109-112.

5. Ангушева И.А. Аэродинамические особенности острых и хронических риносинуситов / И.А. Ангушева //Российская оториноларингология. 2008. - Приложение № 3. - С. 112-116.
6. Ю.Баранов Ф.И. Носовой цикл: многофакторная зависимость, или- автономность?/ Ф.И: Баранов. // Российская ринология. 2007. - № 2. — С.4-5.
7. Г.Батыршин Т.Р. Состояние нервного аппарата слизистой, оболочки; нижних носовых раковин у больных с вазомоторным ринитом // Рос. ринология.-2001 .-№3 .-С. 14-16. (ниже из статьи литература.) .
8. Бойко Н.В: Статистика причин затруднения носового дыхания // Российск. ринология:- 2007.-№ 2.- С. 25.
9. Гаджимирзаев Г.А. Новые сведения о патогенезе вазомоторного ринита. Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.34-35.
10. Говорун М.И. Диагностика носового дыхания в аспекте оценки качества медицинской помощи / М.И. Говорун, Ф.А. Садыхов // Материалы XVII съезда оторинолар. России. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006. — СПб,2006.-С. 264-265.
11. Говорун М.И. Диагностические возможности компьютерной риноманометрии в оценке восстановления функции носового дыхания. Проблемы реабилитации в оториноларингологии: сб. науч. тр. Самара. 2003.-С.233-234.
12. Гофман В.Р. Риноманометрия в диагностике хронических ринитов. Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.8-9
13. Гофман В.Р. Риноманометрия в диагностике хронических ринитов. Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.8-9
14. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит / Л.Б. Дайняк . М.: Медицина. — 1966.- 176 с.
15. Державина:Л.Л. Риноманометрия и акустическая ринометрия / Л.Л: Державина// Рос. ринология.-1996.-№-2-3". С: 48-49.
16. Евсеева В.В. Акустическая: ринометрия и риноманометрия / В:В;Евсеева // Рос. ринология. 2005.-№ 3.,- С. 22-26:

Нусратов Умид Ғолибович

Бухоро давлат тиббиёт институти

Хабиллов Нигман Лукмонович

Тошкент Давлат Стоматология институти

2-ТИПДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ СУРУНКАЛИ БУЙРАК ХАСТАЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОЛИБ ҚЎЙИЛАДИГАН ПЛАСТИНКАЛИ ПРОТЕЗЛАРНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИГА ТАЪСИРИ<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-9>**АННОТАЦИЯ**

Мақолада 2 типдаги қандли диабетнинг СБХ билан асоратланган беморларда олиб қўйиладиган пластинкали тиш протезларини қўллашда асоратлар частотасини камайтириш учун мослашув даврида оғиз бўшлигининг сўлак таркибининг сифати ва миқдори, шунингдек, ўзига хос бўлмаган қаршилиқнинг маҳаллий омилларига еътибор бериш керак. Шундан келиб чиққан ҳолда, беморларнинг ушбу контингенти протезларга узоқ вақт мослашишга ва асоратларнинг кескинлашишига олиб келиши мумкин..

Пластинкали тиш протезларидан фойдаланишда 2-типдаги ҚД нинг СБХ билан асоратланган беморлар оғиз бўшлигининг ҳолати ва протездан фойдаланишда қўйилган талаблар батафсил маълумот берди.

Калит сўзлар. Қандли диабетнинг 2-типи, сурункали буйрак хасталиги, сўлак таркиби микрофлораси, микробиологик усуллари, пластинкали протезлар.

Нусратов Умид Ғолибович

Бухарский государственный медицинский институт

Хабиллов Нигман Лукмонович

Ташкентский государственный стоматологический институт

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА ПЛАСТИКОВЫХ ПРОТЕЗОВ, КОТОРЫЕ БЕРУТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК**АННОТАЦИЯ**

В статье необходимо обратить внимание на качество и количество состава слюны полости рта в период адаптации, а также на местные факторы неспецифической резистентности, чтобы снизить частоту осложнений при использовании зубных протезов с пластиной, которые принимаются у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с СБХ. Из этого следует, что данный контингент пациентов может привести к длительной адаптации к протезам и обострению осложнений..

Пациенты с осложнениями при СБХ QD типа 2 при использовании зубных протезов с пластинами, состоянии полости рта и требованиях к использованию протезирования, дали подробную информацию.

Ключевые слова. Сахарный диабет 2 типа, хроническая болезнь почек, микрофлора состава слюны, микробиологические методы, пластинчатые протезы.

Umid Nusratov G.

Bukhara State Medical Institute

Nigman Xabilov L.

Tashkent State Dentistry Institute

INDICATORS OF ORAL MICROBIOCINOSIS IN CHILDREN WITH DENTAL ANOMALIES**ANNOTATION**

In the article, it is necessary to pay attention to the quality and quantity of the saliva composition of the oral cavity during the adaptation period, as well as local factors of nonspecific resistance, in order to reduce the frequency of complications when using dental prostheses with a plate, which is taken in patients with Type 2 diabetes with SBX. From this it follows that this contingent of patients can lead to a long adaptation to prostheses and sharpening of complications.. Patients with complications with SBX of Type 2 QD in the use of dental prostheses with plates, the condition of the oral cavity and the requirements for the use of prosthetics, gave detailed information.

Keywords. Type 2 diabetes, chronic kidney disease, microflurane of saliva composition, microbiological methods, plate prostheses.

Бутун дунёда 2-типтаги қандли диабет (ҚД) ва сурункали буйрак касалликларининг (СБК) тарқалганлиги ўсиб бормоқда, бу мазкур тоифа беморлар орасида ноғиронлик ва ўлим ҳолатларининг ортишига олиб келган (Белских О.А., 2018; Агранович Н.В., Теунаева, 2019). СБК тор ихтисосликдаги, “нефрологик” муаммо эмас, у нафақат эндокринологлар, нефрологлар, балки бошқа тиббиёт мутахассислари, шу жумладан стоматологларнинг ҳаракатларини ҳам талаб қилувчи бутун тиббиётнинг муаммоси эканлигини таъкидлаш лозим (De Portu S. et al., 2018). СБК асоратларидан ҳар йили РФ да яшовчи ўн минглаб бемор вафот этиши (Мухин Н.А., 2010), бу нуқсонлар сабабли меҳнатга лаёқатли ёшдаги 41,5 минг киши ноғирон бўлиши аниқланган (Томилина Н.А., 2008; Шилов Е.М., 2011).

Мамлакатимизда мос келувчи диспансерларда рўйхатга олинган ҚД га эга беморлар сони 245 мингдан ортик кишини ташкил қилади, улардан 185 336 киши 2-типтаги ҚД дан азият чекади. Тадқиқотлар билан, уларнинг ярми буйрақлар функциясининг бузилиши билан кечадиган ёндош касалликлардан азият чекиши кузатилади. 2-типтаги ҚД нинг 40% гача ҳолатда диабетик нефропатия ривожланади, бу буйрак танқислигининг терминал босқичига олиб келади (Сигитова О.Н., 2011).

Ўтказилган тадқиқотлар билан, ҳозирги кунда 2-типтаги ҚД нинг СБК билан асоратланган беморларни даволаш нафақат замонавий эндокринологиянинг, балки стоматологиянинг асосий муаммоларидан бири ҳисобланиши исботланган (Галимова А.З., 2012). 2-типтаги ҚД нинг СБК билан асоратланишидан азият чекувчи беморларнинг оғиз бўшлиғида атрофик жараёнлар ва патологик ҳолатлар ривожланиши уларнинг оғиз бўшлиғида ўтказиладиган ортопедик амалиётларга мослашувини қийинлаштиради. Мазкур факт нафақат стоматологик саломатликнинг йўқолишини акс эттиради, балки беморнинг ҳаёт сифатига таъсир қилади (Сигитова О.Н., 2011).

Тадқиқот материаллари. Қўйилган тадқиқот мақсадини амалга ошириш учун 2-типтаги ҚДнинг СБК билан асоратланган ва асоратланмаган 102 нафар беморлар, шунингдек ҚД ва СБК ташҳиси қўйилмаган 30 нафар соғлом шахсларни (назорат гуруҳи) текширдик. Барча беморлар Бухоро шаҳридаги эндокринология диспансерида рўйхатда туради. Текширилган беморлар ёш-жинс таркибининг таҳлили, бу параметрлар бўйича текширилганлар ўзаро яқинлиги, гуруҳлар эса репрезентатив эканлигини кўрсатди.

Эндокрин тизим инсон организмда метаболик жараёнларнинг созлагичи сифатида алоҳида аъзо ва тизим фаолиятининг уйғунлигини таъминлайди. Ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши метаболизмнинг ифодали бузилиши, тўқималарда трофик бузилишлар чақиради [1.2.3.7.9].

Қандли диабетнинг стоматологик намоён бўлиши муҳим диагностика аҳамиятга эга, чунки улар кўпинча асосий касалликнинг умумий клиник симптомларидан олдин келади. Стоматолог беморга қандли диабет ташҳисини биринчилардан бўлиб белгиланган ҳолатлар маълум. Мос равишда қандли диабетда оғиз бўшлиғи шиллик қавати ўзгаришларининг ўзига хосликлари

ҳақида билиш касалликнинг эрта босқичларини аниқлашни енгиллаштиради, шунингдек умумий патологиянинг маҳаллий кўринишларини тўғри баҳолаш ва кейинги даволаш методларини тўғри танлаш имконини беради [4.5.6].

Тадқиқотларнинг катта қисми қандли диабетда пародонт тўқималари ва ОБШҚ ҳолатини ўрганишга бағишланган. ҚД ва СБК га эга беморларда пародонт тўқималари шикастланишининг юқори частотаси ва оғирлиги микроциркуляциянинг бузилишлари, иммун ҳимоя ва фагоцитар функциянинг танқислиги билан боғлиқ, бунинг оқибатида патоген микрофлорага таъсир қилиш реакциясининг пасайиши, барча турдаги метаболик модда алмашинуви ва хужайра функцияларини энергетик таъминлаш бузилиши натижасида захарли маҳсулотларнинг ортикча миқдори ҳосил бўлиши [8].

Кўрсатилган шартларга риоя қилинган ҳолда ўтказилган тадқиқотлар пародонт касалликлари ривожланишига олиб келувчи (текширилувчиларнинг 90% да аниқланган) ва уларнинг оғирлигини чуқурлаштирувчи омил сифатида ҚД роли ҳақида тасаввурларни тасдиқлади [10]. Қандли диабетга эга беморларнинг сўлагига глюкоза концентрацияси 100 мл га 0,44 дан 6,33 мг гача ташкил қилиши белгиланган (меъёр – 0,24 дан 3,33 гача), бу бактерияларнинг фаол кўпайиши ва тиш қараши ҳамда тиш тошининг тез ҳосил бўлишига олиб келади. 2-турдаги ҚД га эга беморларда гигиена даражаси соғлом инсонларникидан анча ёмонлиги Федоров – Володкина бўйича гигиена индекси аниқланганда кузатилади [11.12].

Қандли диабет ва СБК нинг узоқ тарихига эга беморлар пародонтит ривожланишининг катта хавфига учрайди. Баъзи муаллифларнинг фикрича ҚД I да енгил даражадаги умумий пародонтит 34,5%, ўртача – 35,4%, оғир – 30,1% ҳолатда аниқланган. Пародонтал чўнтақда глюкоза мавжудлиги оғирлаштирувчи ҳолат ҳисобланади, чунки у турли микроорганизмлар учун таъминот соҳаси бўлиб хизмат қилади.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Қисман ва тўлиқ иккиламчи адентияга эга 102 нафар бемор текширилди, эркалар – 52 (53%) аёллар – 50 (47%), улардан 30 нафар киши назорат гуруҳини ташкил қилди. 2-турдаги қандли диабетнинг батафсил ташҳиси ва сурункали буйрақлар хасталиги (СБХ) билан асоратланган клиник ва лаборатор мезонларига (1999) мувофиқ тарзда шифокор-эндокринологлар ва нефрологлар томонидан белгиланди.

эркалар – 52 (53%), аёллар – 50 (47%).

Текширилган гуруҳларнинг ўртача ёши - 55,0±9,5 ёшни ташкил этди.

Барча беморлар уч гуруҳга ажратилди (1-жадвал):

Биринчи гуруҳ - СБК билан асоратланмаган 2-турдаги ҚД га эга 52 нафар бемор,

Иккинчи гуруҳ - СБК билан асоратланган 2-турдаги ҚД га эга 50 нафар бемор ташкил қилди.

Учинчи гуруҳ (30) – назорат гуруҳи.

Беморларни жинси ва гуруҳи бўйича тақсимлаши

| Гуруҳлар | Жинси | | | | P | Жами | |
|--|-------|------------|-----|------------|--------------------------------------|------|------------|
| | Эркак | | Аёл | | | Мут | % |
| | Мут | % | Мут | % | | | |
| 2-турдаги ҚД нинг СБХ билан асоратланган беморлар | 19 | 21,11±5,97 | 11 | 12,22±4,79 | Хи квадрат Пирсона = 2,114, p = 0,30 | 30 | 33,33±6,90 |
| 2-турдаги ҚД нинг СБХ билан асоратлан-маган беморлар | 13 | 14,44±5,15 | 17 | 18,89±5,73 | | 30 | 33,33±6,90 |
| Назорат гуруҳи | 16 | 17,78±5,60 | 14 | 15,56±5,31 | | 30 | 33,33±6,90 |
| Жами | 48 | 53,33±7,30 | 42 | 46,67±7,30 | | 90 | 100,0 |

Беморларга протезлашдан сўнг оғиз бўшлиғи шиллик каватининг хоссаларини яхшилаш, ялиғланиш аломатларини камайтириш ва протезларнинг тез мослашишни ташкил қилиш мақсадида антисептик хоссага эга “ЛОРОБЕН” аралашмаси маҳаллий қўлланилди. Шунингдек иккала текширилаётган гуруҳдаги беморлар 20 кун давомида кунига 3 маҳал 50 мг дан ўрта терапевтик дозада дипиридамол қабул қилишди.

Беморларнинг сўрвномаси ва кўриги воситасида биз таклиф қилган анкеталаш методидан фойдаланиб ўтказилган тадқиқот давомида беморлар гуруҳида 2-турдаги ҚДнинг СБХ билан асоратланган ва асоратланмаган фониди ривожланмаган оғиз бўшлиғи касалликларининг тез-тез учрайдиган симптомлари аниқланди. Яққол кўрсатиш учун маълумотлар жадвалда келтирилган.

2-турдаги ҚД нинг сурункали буйрак хасталиғи билан асоратланган беморлар оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини баҳолаш

| Симптоматик кўрсаткичлар | | СБК билан оғирлашган 2-турдаги ҚД беморлар, n=30 (n%) | СБК билан оғирлашмаган 2-турдаги ҚД беморлар, n=30 (n%) | Назорат гуруҳи, n=30 n/% |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--------------------------|
| 1 | Оғиз бўшлиғида қуруқлик (ксеростомия) | 29/96 | 23/76 | 3/10 |
| 2 | Оғиздан ёқимсиз ҳид (галитоз) | 23/76 | 14/46 | 10/30 |
| 3 | Милкларнинг оғриши | 14/46 | 10/33 | 3/10 |
| 4 | Тил ва ОБШҚ оғриғи (стомалгия) | 11/36 | 7/23 | - |
| 5 | Оғиз ва тилда ачиш | 11/36 | 8/26 | - |
| 6 | Таъмининг йўқолиши | 9/30 | 8/26 | - |
| 7 | Оғизда металл таъми | 12/40 | 6/20 | - |
| 8 | Милкдан қон кетиши | 26/86 | 19/63 | 9/30 |
| 9 | Тилда қараш | 17/56 | 15/50 | 6/20 |
| 10 | Тишларда юмшоқ ажралмалар | 11/36 | 10/33 | 7/23 |
| 11 | Тишларда қаттиқ ажралмалар | 13/43 | 7/23 | 6/20 |
| Пародонт ва ОБШҚ патологиялари | | | | |
| 13 | Уремик киров | 6/20 | - | - |
| 14 | Хейлит | 4/13 | 2/6 | - |
| 15 | Иккиламчи адентия (вч/нч) | 30/100 | 23/76 | 19/63 |
| | тўлиқ | 9/30 | 5/16 | 4/13 |
| | қисман | 21/70 | 18/60 | 15/50 |
| 16 | Ангулит | 10/33 | 6/20 | 2/6 |
| 17 | Сурункали умумий пародонтит | 27/90 | 17/56 | 11/36 |
| | ўрта | 19/63 | 13/43 | 10/33 |
| | оғир | 8/26 | 4/13 | 1/3 |
| 18 | Гингивит | 22/73 | 16/53 | 9/30 |
| 19 | ХРАС | 5/16 | 2/6 | - |
| 20 | КПЛ | 3/10 | 1/3 | - |
| 21 | Замбуруғ стоматит | 7/23 | 3/10 | - |
| 22 | Бактериал стоматит | 6/20 | 3/10 | 2/6 |
| Тишлар патологияси | | | | |
| 23 | Гиперестезия | 19/63 | 15/50 | 8/26 |
| 24 | Кариоз зарарланиш | 28/93 | 26/86 | 15/50 |
| 25 | Патологик қўзғалувчанлик | 22/73 | 13/43 | 7/23 |

Тадқиқот давомида соматик касаллик – қандли диабетга эга аксарият беморлар оғиз бўшлиғида қуруқликка (ксеростомия) шикоят қилганлиги аниқланди, бунда СБХ билан асоратланган беморлар гуруҳида 96% ни, 2-турдаги ҚДнинг СБХ асоратланмаган беморлар гуруҳида – 76% ҳосил қилди.

Бу эндокринологик бузилишлар томонидан оғиз бўшлиғи аъзолари оғиз суюқлиғида глюкозанинг юқори миқдори оқибатида доимий углевод юқланиши остида турганлиги ва сўлак безларида атрофик ўзгаришларнинг ривожланиши сўлак таркибида биокимёвий силжишларга олиб келиши, бунинг оқибатида сўлак ажралиши бузилиши билан тушунтирилади. СБК фониди сурат ёмонлашади, айнан натрийнинг кўп миқдорда истеъмол қилиниши, калий миқдорининг камайиши (минерал алмашинуви бузилиши оқибатида), ангиотензин II даражасининг ўсиши (артерия босими назоратининг бузилиши ҳисобига), плазмада карбамид миқдорининг ошиши (буйракларнинг филтрлаш қобилияти бузилиши туфайли) сўлак ҳосил бўлишининг камайишига олиб келади.

Кўплаб текширилувчиларда оғиз бўшлиғининг тубида сўлак қўли мавжуд эмас эди, сўлак консистенцияси ёпишқоқ, қуюқ бўлди (сўлак чўзилиши 3 см дан ортиқ бўлди).

Шу билан бирга оғиз суюқлиғида минераллаштирувчи потенциал камаяди ва кариесга мойиллик ошади, шундай қилиб 2-турдаги ҚД дан азият чекувчи гуруҳларда оғиз бўшлиғининг кўриги тишлар кариоз зарарланишининг назорат гуруҳи билан таққослаганда юқори жадаллиги аниқланди (2-турдаги ҚДнинг СБХ билан асоратланган беморларда 93% ва 2-турдаги ҚДнинг СБХ билан асоратланмаган беморлар гуруҳида 86%), уларда кариоз бузилишлар фоизи 40% ни ташкил қилди, буларнинг барчаси гликирланган гемоглобиннинг юқори даражаси билан боғлиқ.

Хулоса. Шундай қилиб, БССТ мутахассислар комиссиясининг маълумотларига кўра, ҳозирги кунда қандли диабетдан (ҚД) дунё бўйича 60 млн дан ортиқ инсон азият чекади, ҳар йили бу кўрсаткич 6-10% га ошади, унинг икки марта ошишини ҳар 10-15 йилда кузатиш мумкин.

Ортопедик стоматологиядаги муваффақиятларга, биологик-инерт имплантлардан фойдаланиб протезларнинг янги конструкциялар ишлаб чиқилишига қарамадан, СБХ билан асоратланган қандли диабет билан оғриган беморларни протезлаш кўплаб қийинчиликларга олиб келади. Тиш-жағ протезларининг функционал эмаслиги билан боғлиқ танланиши ва маҳкамланишидаги қийинчиликлар ортопед-стоматологни

қўпинча олиб қўйиладиган протезлардан фойдаланишга мажбур қилади, уларнинг ўрнатилиши тиш протезларига узоқ муддат мослашув талаб қилиши мумкин, бу эса қандли диабетдан азият чекадиган беморнинг ҳаёт сифати тушишига олиб келиши мумкин. Юқорида келтирилганларнинг барчаси СБХ билан асоратланган қандли диабетга эга беморларнинг пародонтида яллиғланиш жараёнлари кечувини ўрганиш ортопедик даволаш самарадорлигини ошириш, протезлаш учун оптимал материални

танлаш ва СБХ билан асоратланган ҚД га эга беморларда пародонт касалликларининг профилактик терапиясини ўтказиш имконини беради деган хулосага келиш имконини беради. Шу сабабдан, ишнинг мақсади олиб қўйиладиган протезлардан фойдаланувчи СБХ билан асоратланган қандли диабетга эга беморларнинг оғиз бўшлиғида иммун-яллиғланиш жараёнининг кечувида ўзига хосликларни аниқлаш бўлди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Nusratov U.G. Orthopedic dental care for patients with type 2 diabetes, depending on impaired renal function // Asian Journal of Multidimensional Reserch. – 2019. - N 8. – P. 130-132. IF = 6.053.
2. Xabilov N.L., Nusratov U.G. Featu dental care for patiens with type 2 type depending on disturbance of kidney function. Asian Journal of Multidimensional Reserch. - 2019. - Vol 8. – P. 18-24. IF = 6.053.
3. Нусратов У.Ғ. Сравнительный анализ оценки уровня качества жизни стоматологических пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. - № 2 (30). – С.489-492. (14.00.00; № 22)
4. Nusratov U.G., Xabilov N.L. Type 2 diabetes depending on the presence of complications from the kidneys and periodontal disease before and after prosthetics with removable plate dental prostheses. // Uzbek medikal journal. - Тошкент, 2020. - №-3. - 33-36 б. (14.00.00)
5. Nusratov U.G. Assessment of changes in the quality of life of patients with type 2 diabetes in lamellar dental orthopedic prostheses // Uzbek medikal journal. –Тошкент, 2020. - №-3. - 37-42 б. (14.00.00)
6. Нусратов У.Ғ. Буйрак функцияси бузилишига қараб 2-типа диабетли беморларда олиб қўйиладиган тиш протезларининг қўлланилиш қўрсаткичлари // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2021. - №-1 – С.209-211. (14.00.00; № 22)
7. Umid Golibovich Nusratov. Alysis of oral health and quality of life of groups of patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease // Palarch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology. - N17(6). 2020 y – P. 85-93.
8. Нусратов У.Ғ. The certifikat is presented to science, research, development
9. // Comparativ analysis of assessing the quality of life of dental patients wich type 2 diabetes. –Berlin, 2020-№26/8-C - 323
10. Нусратов Умид Голибович Orthopedic dental cfre for patients wich type 2 diabetes depending on impaired renal function took part in the - XLVIII International Scientific Conference “Recent issues of modern science”. -Ukraine. 2020-C – 58
11. Хабилов Н.Л., Нусратов У.Ғ. Особенности съемного протезирования у больных с сахарным диабетом 2-го типа в зависимости о нарушения функции почек//. «Актуальные вопросы и новые технологии в стоматологии». Международная онлайн конференция. – Ташкент, 2020 –Ст-21
12. Хабилов Н.Л. Нусратов У.Ғ. Особенности стоматологической заболеваемости у больных сахарным диабетом 2 типа осложненного хронической болезнью почек // Методические рекомендации. – Бухара. -2020. – 16 с.
13. Хабилов Н.Л., Нусратов У.Ғ. Совершенствование метода оценки состояния полости рта у пациентов страдающих сахарным диабетом 2 типа // Методические рекомендации. – Ташкент, - 2020. – 20 с.

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Саттарова Малика Тахировна

Бухарский государственный медицинский институт.

ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-10>

АННОТАЦИЯ

В основу исследования было положено изучение ошибок и осложнений после эндодонтического лечения молочных и постоянных зубов у детей. С целью выявления наиболее встречающихся ошибок было проведено ретроспективное исследование прицельных денальных рентгенологических снимков на базе рентген-диагностической комнаты Стоматологического центра при БухГосМИ. На основании результатов исследования было установлено, что большое количество воспалительных процессов челюстно-лицевой области (ЧЛО) приводящие к удалению зубов связаны с ошибками эндодонтического лечения.

В статье приведены виды эндодонтических ошибок и осложнений, их частота встречаемости, также даны рекомендации, соблюдение которых может значительно уменьшить число эндодонтических ошибок и предотвращать осложнения.

Ключевые слова: эндодонтия, зуб, профилактика, ошибки и осложнения, перфорация, дети, корневой канал, obturation, воспаление.

Feruz Kamalova R.
Malika Sattarova T.

Bukhara State Medical Institute

PREVENTION OF MISTAKES AND COMPLICATIONS IN ENDODONTIC TREATMENT THE CHILDREN S

RESUME

The study was based on the study of errors and complications after endodontic treatment of milk and permanent teeth in children. In order to identify the most common errors, a retrospective study of targeted dental radiological images was carried out on the basis of the X-ray diagnostic room of the Dental Center at the Bukhara State Medical Institute. Based on the results of the study, it was found that a large number of inflammatory processes in the maxillofacial region leading to tooth extraction are associated with errors of endodontic treatment.

The article presents the types of endodontic errors and complications, their frequency of occurrence, recommendations are also given, compliance with which can significantly reduce the number of endodontic errors and prevent complications.

Keywords: endodonty, teeth, prevention, mistakes and complications, perforation, children's, root canal, obturation, inflammation.

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Саттарова Малика Тахировна

Бухоро давлат тиббиёт институти

БОЛАЛАРДА ТИШЛАРНИ ЭНДОДОНТИК ДАВОЛАШДАГИ ХАТО ВА АСОРАТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

АННОТАЦИЯ

Текширувлар асосида болаларда сут ва доимий тишларнинг эндодонтик давосидан кейинги хато ва асоратларни ўрганиш масаласи куйилган. Кўп учрайдиган хато ва асоратларни аниқлаш мақсадида БухДТИ га қарашли Стоматология укув – илмий амалий марказида жойлашган рентген-диагностика хонаси базасидаги дентал рентген суратлар ретроспектив усулда ўрганилди. Олинган натижалар асосида хулоса қилиндики, тишларнинг йўқотилишига сабаб булувчи юз-жағ соҳасидаги яллиғланиш касалликларининг катта қисми айнан эндодонтик даво пайтидаги юз бериши мумкин бўлган хатолар билан боғлиқ.

Мақолада эндодонтик хато ва асоратларнинг турлари, уларнинг стоматологик амалиётда учраш частотаси, бундан ташқари тавсиялар келтирилганки, уларни билиш ва уларга амал қилиш натижасида эндодонтик хатолар сонининг камайиши ва асоратларнинг олди олиниши мумкин.

Калит сўзлар: эндодонтия, тиш, профилактика, хато ва асоратлар, перфорация, болалар, илдиз канали, obturation, яллиғланиш.

Актуальность. За последние годы в стоматологии отмечаются положительные тенденции, касающиеся повышения качества эндодонтического лечения зубов. Сегодня при использовании усовершенствованных инструментальных технологий можно прогнозировать результаты эндодонтического лечения, повышая его эффективность.

Исследования последних лет показали, что в отечественной эндодонтии имеется ряд нерешенных проблем. Актуальность изучаемой проблемы основывается на том, что с каждым годом увеличивается число пациентов с осложненными формами кариеса, особенно среди детского возраста. Кроме того, сложности проведения ряда лечебных манипуляций, зачастую приводят к различным ошибкам осложнениям во время и после проведения эндодонтического лечения [1,3,7].

Среди многочисленных факторов, влияющих на качество эндодонтического лечения, можно выделить следующие:

1) состояние здоровья пациента; 2) возраст пациента; 3) морфологические факторы; 4) качественная интерпретация рентгенограмм; 5) качество формирования, очистки и дезинфекции корневого канала; 6) качество obturации корневого канала; 7) оперативные неудачи при выполнении манипуляций; 8) немикробные причины неудачного эндодонтического лечения.

Если первые три показателя не зависят от врача, а требуют от него лишь осторожности и повышенного внимания, то следующие за ними факторы напрямую связаны с характером и качеством знаний в области эндодонтии и развитыми мануальными навыками. Нарушение одного или нескольких правил может привести к развитию осложнений и безуспешности эндодонтического лечения. Рассмотрим далее подробно несколько факторов [2,7].

Интерпретация дентальных рентгенологических снимков. Подавляющее (90%) большинство врачей не считают обязательным проводить первичную рентгенологическую диагностику при пульпите и некоторых формах периодонтитов, тогда как рентгенограмма дает информацию не только о состоянии периапикальных тканей, но и отражает следующие ситуации:

- степень искривления корня;
- анатомические особенности (верхнечелюстная пазуха, нижнечелюстной канал);
- анатомические особенности строения корней (если контур корня нечеткий или он смещается, то это дополнительный корень) и каналов (если цвет канала меняется от темного к светлому, то это разделение канала);
- атипичное строение корней;
- облитерация канала;
- наличие кальцификатов в полости зуба;
- внутриканальная резорбция или резорбция верхушки корня у взрослого человека;
- латеральная трещина корня;
- наличие патологического процесса в области бифуркации и связь его с пародонтальным карманом.

Даже наличие одного пункта из перечня рентгенодиагностических приемов должно насторожить врача, и он должен для себя решить вопрос, возможно ли вообще качественное эндодонтическое лечение в условиях его кабинета или клиники.

Качество формирования, очистки и дезинфекции канала зубов. При формировании и очистке корневого канала существует пять этапов эндодонтического вмешательства: 1) формирование доступа; 2) визуализация и расширение устья канала; 3) измерение рабочей длины; 4) механический файлинг и медикаментозная дезинфекция; 5) obturация канала (трехмерное заполнение магистрального канала и всех его ответвлений).

Доступ к каналу должен быть максимально визуализирован, стенки полости не должны мешать свободному прохождению инструмента в канал.

В визуализации устья канала помогают эндолубриканты, гипохлорит натрия, эндодонтический зонд, стоматологическая

лупа, хорошее освещение [11,3,4].

Расширение устья канала-этап, который во многом обеспечивает проходимость канала и доступ в апикальную часть. Чем сложнее диагностируется апикальный доступ, тем шире должно быть сформировано устье канала. Сегодня эту проблему решают ротационные технологии. Шейперская группа вращающихся инструментов любых фирм обеспечит расширение и формирование верхней трети канала.

Измерение рабочей длины - этап, от которого зависит исход, а во многом и прогноз эндодонтического лечения. Измерение рабочей длины необходимо проводить многократно во время прохождения и формирования канала, так как возможны следующие ситуации:

- не полностью пройден канал и недостигнуто апикальное сужение;
- «разбита верхушка» канала с выведением пломбировочного материала за его пределы;
- просвет канала obturирован дентинными опилками и утрачены ориентиры по длине;
- создан уступ или перемещен апикальный уступ.

Механический файлинг канала подразумевает прохождение канала от устья до физиологического апекса, удаление распада тканей из канала, создание конусности канала, с тем чтобы промывные растворы могли беспрепятственно вводиться в корневой канал, достигать верхушки канала и эвакуироваться из канала [9,10].

Сегодня с целью биологической целесообразности механической и медикаментозной обработки канала используется техника «краундаун», цель которой-сохранение анатомии канала; сохранение апикальной части и диаметра апикального отверстия; создание постоянной конусности, которая поможет тщательно удалить смазанный слой, продезинфицировать и без проблем obturировать канал.

Дезинфекция и стерилизация корневого канала. Если еще 5-7 лет назад краеугольным камнем эндодонтического лечения была механическая обработка канала, а главной задачей было пройти канал от устья до апекса и obturировать его, то сегодня нужно акцентировать внимание на способах, средствах и методах очистки, дезинфекции и стерилизации канала.

То есть конусное формирование канала необходимо для механической очистки магистрального канала, а очистку латеральных каналов, боковых, сложной дельты призваны выполнить дезинфицирующие растворы.

Для реализации этих задач сформулирован и отработан протокол ирригации канала:

- натрия;
- при визуализации устьев - эндолубрикант;
- при обработке канала - гипохлорит натрия;
- при окончательной очистке - 17% раствор ЭДТА + 2% раствор хлоргексидина;
- перед окончательной obturацией канала - промывание его физраствором или дистиллированной водой [5].

В эндодонтии особенно широкое распространение получили препараты гидроксида кальция, обладающие широким антибактериальным действием и способностью растворять оставшиеся ткани пульпы. За счет выделения ионов гидроксида образуется резко щелочная среда (pH=11-12). В такой среде бактерии и быстро погибают. Чтобы достичь продолжительного дезинфицирующего действия в корневом канале, значение pH в этих препаратах долгое время должно быть больше 10,0, а в случае инфицирования, некроза и обострения - более 12. Эти препараты вводятся в корневой канал на 2-3 дня (при необходимости могут вводиться повторно), затем канал промывается, высушивается и пломбируется[6,8].

Качество obturации канала зависит от выбора способа obturации и материалов, из которых будет сформирована корневая пломба.

Надежная и гарантированная obturация канала не возможна, если канал пломбируется методом одного штифта или одной пасты, так как необходимо заполнить не только магистральный

канал до апикального сужения, но и все боковые ответвления, латеральные каналы, дельтовидные пространства. Кроме того, корневая пломба должна обладать надежной адгезией к дентину на всем протяжении канала, чтобы не допустить микроподтекания в системе дентинных канальцев.

Оперативные ошибки. Количество врачебных ошибок, выраженных в процентном соотношении, достаточно велико, а доля перфораций значительна. Если учитывать случаи выведения пломбировочного материала за пределы корневого канала, то можно считать, что распространенность перфорации, как ведущей врачебной ошибки в современной отечественной эндодонтиисоставляет около 14%. Однако сегодня существуют диагностические методы и приемы (радиовизиографическое увеличение, стоматологическая лупа и микроскоп), позволяющие быстро диагностировать как оперативные, так и резорбтивные перфорации эффективно их obturировать («ProRoot» фирмы «Dentsply» США; «Триоксидент» фирмы «Влад-мива», Россия).

Фрактура инструмента в канале-вторая (0,8-8%) по распространенности ятрогенная ошибка - напрямую зависит от мануальных навыков врача, времени, отведенного для эндодонтического лечения, технического обеспечения клиники. Для извлечения инструментов из корневых каналов предлагается большое количество методов. С этой целью могут быть использованы различные виды экскаваторов, Н-файлы, специальные пинцеты, наборы «Массран», большое количество ультразвуковых приборов и намагниченных инструментов.

«Немикробные» причины неудач в эндодонтии могут быть следующими: ошибки при постановке штифтовых конструкций; вертикальный и латеральный перелом корня.

Цель исследования: Репроспективный анализ прицельных дентальных рентгенологических снимков с ошибками и осложнениями после эндодонтических вмешательств и разработка обоснованных рекомендаций по их предупреждению.

Материалы и методы: Материалами нашего исследования были пациенты обращавшиеся в Учебно-научно-практический стоматологический центр Бухарского государственного медицинского института с осложнениями после проведенных эндодонтических вмешательств. Нами было изучено 156 историй болезни и рентгенологические снимки больных, которые обращались в стоматологический центр на повторное эндолечение с осложнениями. Использованы ретроспективные, аналитические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждения: Изучение дентальных рентгенологических снимков показывали, что наиболее частыми ошибками и осложнениями при эндодонтическом лечении корневых каналов зубов являются неполная и не гомогенная obturация корневых каналов - 48,9%, не выявленные основные и дополнительные корневые каналы - 18,4%, выведение пломбировочного материала за апекс корня зуба - 19,1%, перфорация в области коронковой части зуба - 3,1%, перфорация в области корня зуба - 3,2%, отлом (остатки) эндодонтических инструментов в корневом канале-4,2%, другие виды ошибок и осложнений эндодонтического лечения - 3,1%. При этом, лечение с ошибками и осложнениями однокорневых зубов составляют 28,7%, а многокорневых зубов-71,3%.

Неполное пломбирование корневых каналов чаще встречались в медиальных каналах, в основном язычном канале нижних моляров и в щечных каналах верхних моляров которые стали причиной осложнений, таких как хронические формы

периодонтитов. Ретритменты, которые проводились по общепринятой схеме: удаление старой пломбировочной массы из каналов, расширение, медикаментозная обработка, применение антибиотиков и противовоспалительных препаратов и повторное пломбирование до физиологического апекса, дали положительные результаты. Не выявленные основные и дополнительные корневые каналы (18,4%) были причиной осложнений, таких как острые и гнойные формы периодонтитов.

По нашему мнению, основная причина не выявления основных и дополнительных каналов это недостаточное знание нормальной анатомии и топографии корневых каналов зубов, а также, работать без предварительного рентгенологического исследования. Так как, при использовании диагностического дентального обследования можно получить очень важные информации, которые помогут значительно повысить качество эндодонтического лечения и уменьшить количество ошибок.

Выводы

1. Наиболее частыми ошибками при эндодонтическом лечении зубов являются некачественная (неполная и не гомогенная) obturация корневых каналов (48,9%) и выведение пломбировочного материала за апекс корня зуба (18,4%). Это объясняется тем, что многие врачи при obturации используют только силлеров (паст) и не пользуются филлерами (гуттаперчевые штифты). А также использование канал-наполнителей и нарушение приготовления силлеров то есть, при слишком жидком консистенции пломбировочная масса выйдет за апекс. Кроме того, разрыв или чрезмерное расширение апикального отверстия приводит к выведению силлера за верхушку канала.

2. Причинами не выявленных основных корневых каналов (18,4%) являются недостаточность знаний о количестве каналов в определенном зубе и об их топографическом расположении в корнях. А также начать работу без предварительного рентгенологического обследования.

3. Перфорация в области коронковой части (3,1%) и корня зуба - 3,2%, отлом (остатки) эндодонтических инструментов в корневом канале (4,2%) и другие виды ошибок (3,1%) являются следствием неправильного обращения с эндодонтическими инструментами и чрезмерного давления на них. А также, работа некачественными деформированными эндодонтическими инструментами, нарушение этапов методов механической обработки корневых каналов (Stepback), отказ от применения ЭДТА инеадекватная ирригация.

На основании проведенной работы можно сделать вывод, что необходимо соблюдать определенный алгоритм действий при проведении эндодонтических вмешательств, строго соблюдать стандарты эндодонтической инструментальной и медикаментозной обработки каналов и их obturации. Проводить динамическое наблюдение качества и отдаленных последствий ранее проведенного эндодонтического лечения.

В заключение необходимо отметить следующее:

Практическая эндодонтия относится к одному из самых сложных разделов клинической стоматологии. Соблюдение критериев эндодонтического лечения, несомненно, положительно отражается на качестве лечения. Непрерывное медицинское обучение и совершенствование мануальных навыков поможет избежать ятрогенных ошибок в лечении корневых каналов, которые часто осложняются тяжелыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области, такими как периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона.


Список литературы:

1. Байназарова Н.Т., Исакова М.К. Анализ качества эндодонтического лечения, профилактика осложнений (по данным литературы) //Вестник КазНМУ №3-2017. -С. 186-189.
2. Бауман М. Пломбирование системы корневого канала //Клиническая стоматология. - 1998. - № 4. - С. 18-24.
3. Камалова Ф.Р. Изучение важных аспектов в развитии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 4,1 (98). - С. 69.
4. Максимова О.П., Шейна Н.М., Петлев С.А. Фармакологическая поддержка в современной эндодонтии //Казахстанский

- стоматологический журнал.- 2004.-№2,- С.19-24.
5. Максимовский Ю.М. Как оценить успех или неудачу в планируемом эндодонтическом лечении //Клиническая стоматология.- 1997.-№3.-С.4-7.
 6. Камалова Ф.Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей// Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 383.
 7. Камалова Ф.Р. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей Бухарской области// Новый день в медицине. - 2019. - № 2(26). – С. 183-185.
 8. Kamalova F. R., Eshonkulov G.T., Radjabov A. A., Saidova M.A. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the Bukhara region// Academica: December. - 2019. Vol. 12. - P. 63-67.
 9. Раджабов А.А., Раджабов А.Б., Темирова Н.Р., Камалова Ш.М. Оценка результатов первичной хейлопластики у детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и нёба// Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина». - 2017. - № 5. - С. 36-46.

Gavhar Nuriddinovna Indiaminova
To'liqin Elnazarovich Zoyirov
Samarqand Davlat Tibbiyot institut

AQLI ZAIF BOLALARDA DOIMIY TISHLAR KARIESINI OLDINI OLISH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-11>

ANNOTATSIYA

Hozirgi kunda Respublikamiz tibbiyot mutaxassislari oldida turgan dolzarb muammolardan biri bu tibbiyot sohasini rivojlantirish, tibbiy tizimni jahon standartlariga moslashtirish, sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish va og'iz bo'shlig'i kasalliklarini kamaytirishdir. JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining qariyb 15% ini imkoniyati cheklangan insonlar tashkil etadi. Karies bolalar o'rtasida keng tarqalgan tish kasalligi bo'lib, 12-15 yoshli aqli zaif bolalarda o'tkazilgan so'nggi epidemiologik tekshiruvlarga ko'ra, tish kasalliklari orasida - kariesning tarqalishi 63,3-88,7% ni tashkil qiladi, bundan tashqari 12 yoshli aqli zaif bolalarda parodont to'qimasi kasalliklarining tarqalishi 37,8% dan 50% gacha, 15 yoshli bolalarda esa 57,7% dan 84,7% gacha.

Kalit so'zlar: tish kariesi, parodont kasalliklari, epidemiologik tadqiqotlar, karies intensivligi, aqli zaiflik

Индиаминова Гавхар Нуриддиновна
Зойиров Тулкин Эльназарович

Самаркандский государственный медицинский институт

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

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%.

Ключевые слова: кариес зубов, заболевания пародонта, эпидемиологическое исследование, интенсивность кариеса, умственная отсталость.

Gavkhar Indiaminova N.
Tulkin Zoyirov E.

Samarkand State Medical Institute

IMPROVING METHODS FOR THE PREVENTION OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES

ANNOTATION

In modern society, diseases of the oral cavity are of humanitarian, socio-economic significance. Today, tooth decay and periodontal disease remain the most common dental disease not only among adults, but also among younger populations around the world. According to recent epidemiological studies conducted on healthy children, the incidence of dental pathology is high, with the prevalence of caries among healthy age groups 12-15 years old 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 tissue diseases in the group of healthy 12-year-old children ranged from 37.8% to 50%, in the 15-year-old group of children it ranged from 57.7% to 84, 7%.

Key words: dental caries, periodontal disease, epidemiological study, caries intensity, mental retardation.

Tadqiqotning maqsadi – Aqli zaif bolalarda doimiy tishlar kariesi profilaktikasi va davolash samaradorligini oshirish. Aqli zaif bolalarda ko'p hollarda xatti-harakatlarni nazorat qila olmaslik, tayanch harakat tizimining buzilishi va nutqning rivojlanmaganligi kabi nuqsonlar kuzatiladi hamda ushbu holatlar ularga nisbatan stomatologik yordam ko'rsatishda vrach va bemor o'rtasidagi o'zaro aloqani qiyinlashtiradi va umumiy og'riqsizlantirish sharoitida muolaja o'tkazishni talab qiladi.

Somatik patologiyani mavjudligi esa bu usulni doimiy qo'llashga qarshilik qiladi. [1.2.3.4]

Yuqorida qayd etilgan ma'lumotlar muammoni dolzarbligini va bu mavzuda zamonaviy adabiyotlar va metodlarga asoslangan holda yangi ishlarni yaratishga asos bo'lmoqda. Ushbu guruh bolalarda stomatologik kasalliklarni oldini olish bo'yicha profilaktik chora-

tadbirlar dasturini ishlab chiqish eng samarali metodlardan biri ekanligi isbotlanmoqda.



Tadqiqotni o'tkazish maqsadida Samarqand viloyat ixtisoslashtirilgan bolalar stomatologik poliklinikasi "Bolalar stomatologiyasi" kafedrasining bazasida Samarand shahar 62 son va Oqdaryo tuman 63 son maxsus maktab-internatida tarbiyalanuvchi 220 nafar aqli zaif bolalar kiritilgan bo'lib, Samarqand shahrida aqli zaif bolalar maxsus maktab-internati tarbiyalanuvchilariga stomatologik yordam ko'rsatish holatini tahlil qilindi. Maxsus maktab-internat tarbiyalanuvchilari uchun doimiy tishlar kariesi profilaktikasini doimo baholab borish maqsadida "maxsus IT-dastur" ishlab chiqildi, aqli zaif bolalarda og'iz bo'shlig'i mikroflorasining tarkibi va qiyosiy tahlili aniqlandi, aqli zaif bolalarda doimiy tishlar kariesini davolashda ozonterapiyadan foydalangan holda ART-metodika usuli qo'llanildi.



Tekshiruvdan o'tgan 91 ta bolalarda yengil AZ ko'rsatkichi - 41,4%, 82 ta bolada o'rtacha darajadagi 37,3%, 47 ta bolada 21,4% da og'ir darajadagi AZ qayd etildi.



Tishlarni ART usulida ozonoterapiyani qo'llagan holda germetizatsiyalash

Daun sindromisiz 6 yashar bolalarda doimiy tishlar kariesining intensivligi juda past edi-0 [0; 1.75], 9 yoshli bolalarda - past - 2 [0; 4], 12 yoshli esa bu indeksning qiymati ikki baravar oshdi - 4 [3; 5], bu karies intensivligining o'rtacha darajasiga to'g'ri keladi Daun sindromisiz 9 yoshli ijtimoiy bo'lmagan bolalarda va ushbu sindrom bilan og'riq bolalarda sog'lom tishlar mos ravishda 32,0 va 30,0% kuzatilgan, shu guruhlarda tish kariesi bo'lgan bolalarda karies intensivligi eng yuqori qiymati 3,0 ni tashkil etgan, ammo, 12 yoshida ushbu kichik guruhlarda karieslarning intensivligi darajasi ko'tariladi;

MMI da yashaydigan aqli zaif bolalar orasida turli xil yashash sharoitlari va ovqatlanish stereotiplariga ega bo'lgan 2 guruh mavjud. Biz ovqatlanish va yashash sharoitlari o'rtasidagi farq tish holatiga ta'sir qilishi mumkinligini taklif qilib, shuning uchun bolalar yosh guruhlari bo'yicha 1-kichik guruhga (ijtimoiylashgan bolalar + shartli ravishda parhez ovqatlanish) va 2-kichik guruhga (ijtimoiylashmagan bolalar + tartibga solinadigan oziq-ovqat) bo'lindi.

1-kichik guruhga mustaqil ravishda harakatlanishga qodir bo'lgan 120 nafar ijtimoiy bolalar kirdi. Ular mustaqil oziqlanadi va asosiy ratsiondan tashqari qo'shimcha uglevodlarni ham olishadi va asosiy ovqatlar orasida qo'shimcha ozuqa mahsulotlari mavjud.

2-kichik guruhga og'ir nevrologik, aqliy va motorik nuqsonlari bo'lgan 100 nafar bola kiritilgan. Ushbu guruh bolalar doimiy ratsion asosida oziqlanadi.

Tadqiqotga ko'ra, o'tgan yillar davomida bolalar stomatologik poliklinikasi (BSP) bazasida stomatologik yordam 48,2% da, shuningdek stomatologiyaga ixtisoslashgan shahar va viloyat muassalarida - 18,5%, ko'p tarmoqli tibbiyot birlashmalarida 28% yordam olganlar, tadqiqot davrida 22,7% bolalar hatto proflyaktik ko'riklardan o'tkazilmay qolgan. Ushbu ixtisoslashtirilgan maxsus - maktab muassasalarda stomatologik yordamning asosiy printsiplari rejalashtirilgan reabilitatsiya hisoblanadi. Kuzatuvga olinganlarning 77,8 % so'rovnomada qayd etilgan stomatologik yordam sanitariya shaklida, shuningdek davolanish va o'tkir og'riqlar ko'rinishida stomatologik yordam ko'rsatishni o'z ichiga olgan.

Aqli zaif bolalarda tish kariesining keng tarqalishi va intensivligi ijtimoiy hayotiga va ovqatlanishiga, shuningdek Daun sindromining mavjudligiga bog'liq. Barcha ijtimoiylashgan bolalarda doimiy tishlarning zararlanishi maksimal tarqalishi kuzatilgan - 6 yoshli bolalarda 16,0% va 9 yoshli bolalarda 32,0%, bu O'zbekiston sharoitida karies tarqalishining o'rtacha ko'rsatkichiga to'g'ri keladi va 12 yoshli bolalarda ham karies tarqalishi yuqori darajada bo'lib 22,0% tashkil etdi. 6 yoshgacha Daun sindromi mavjud bolalarda tish karieslari bo'lmagan bo'lsa, boshqa yosh guruhlari bu ko'rsatkich Daun sindromiga ega bo'lmagan bolalarda qaraganda past - 9 yoshli bolalarda 3 marta va 12 yoshli bolalarda 2,5 baravar, bolalar va mos ravishda 15% va 13% ni tashkil etdi. Daun sindromisiz 9 va 12 yoshli ijtimoiylashmagan bolalarda tish kariesining tarqalishi mos ravishda 17% va 22% ni tashkil etdi, shu bilan bir xil ijtimoiylashgan va Daun sindromi bo'lgan bolalarda karies ko'rsatkichi past darajada aniqlandi.

og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoniqarli edi va IHR-U indeksiga ko'ra 2,2 [2,0; 2,7] tashkil etdi.

9 yoshli bolalarning birinchi kichik guruhida periodontal yallig'lanishning yengil darajasi ustunlik qildi - 50%, ikkinchi kichik guruhda yallig'lanishning og'ir darajasi ko'proq qayd etilgan - 38,6%. Yengil gingivitning tarqalishi 12-yoshli bolalarda 1-kichik guruhda ham kuzatilgan - 50,0%, 2-kichik guruhda o'rtacha gingivitning tarqalishi 41,6% ustunlik qildi. Shunday qilib, 6, 9 va 12 yoshli bolalar o'rtasida yengil gingivitning tarqalishi mos ravishda 55,0%, 50,0% va 50,0%, shu bilan birga 2-kichik guruh bolalarida ko'proq o'rtacha gingivit - 47, 6 va 15 yoshli bolalarda mos ravishda 1% va 41,6%, va 12 yoshli bolalarda gingivitning og'ir darajasi ustunlik qildi - 38,8%. MMI ning aqli zaif bolalar uchun tish kasalliklari profilaktikasini doimo baholab borish uchun "maxsus IT-dastur". Ushbu IT-DASTUR stomatolog mutaxassis

ko'magisiz MMI tarbiyachi -o'qituvchilari foydalanishi uchun android platformasi va WINDOWS (7,8,10) operatsion tizimlariga mo'ljallab ishlab chiqilgan bo'lib AZ ning turli darajasida karies va parodont kasalliklarining qaysi turlarining ko'p uchrayotganligi va turli stomatologik indekslar bilan tishlarning holatini baholash imkonini beradi.

Profilaktik dastur davomida maktab hodimlari va tarbiyalanuvchilarga og'iz bo'shlig'i gigiyenasini olib borish usullari doimiy o'rgatib borilishi bilan bilan bir qatorda doimiy individual profilaktik chora tadbirlar amalga oshirildi:

*Og'iz bo'shlig'i professional gigiyenasi (yiliga 3 marta)

* Tishlarga Ftorli-lakni qo'llash (yiliga 4-6 marta floridli lak yordamida)

* Fissuralarni ozonoterapiya usulini qo'llash orqali gemetizatsiyalash.

Aqli zaif bolalarda tish kasalliklari profilaktikasida gigiyenik holati natijasi

| | Gigiena darajasi tarqalishi (%) | | |
|-----------------------|---------------------------------|-----------|-------|
| | Yaxshi | Qoniqarli | Yomon |
| Dastlab | 2,6 | 48,4 | 49,0 |
| 1 yildan so'ng | 5,0 | 78,0 | 17,0 |
| 2 yildan so'ng | 35,2 | 64,2 | 0,6 |

Xulosa. Bolalar uylari sharoitida aqli zaif bolalar uchun tishlarni davolash va tish kasalliklarining oldini olish darajasi etarli emas. Bolalar uylarining stomatologiya kabineti va to'liq stomatolog yo'q, biron bir muassasada tish gigiyenisti yo'q. Maktab-internatlarida profilaktika tekshiruvlari yiliga bir marta, muassasalarning 48 foizida - yiliga 2 marta o'tkaziladi, bu esa ushbu guruh bolalarni sog'lig'ini stomatolog tomonidan kuzatish bo'yicha tavsiyalarga mos kelmaydi. Bolalar uylarida yashaydigan aqli zaif bolalarda tish kariesining tarqalishi ularning ijtimoiylashuviga bog'liq, bu esa turmush tarzi va ovqatlanishning ba'zi xususiyatlarini belgilaydi. Xavf guruhiga Daun sindromisiz ijtimoiylashgan bolalar kiradi: kariesning intensivligi 6, 12 va 15 yoshlarda mos ravishda 0 [0; 1.17], 2 [0; 4], 4 [3; 5], tarqalishi esa 33,0, 64,0 va 85,0% tashkil etdi. Daun sindromiga ega bo'lmagan bolalarda karies tarqalish darajasi past bo'lgan - 6, 12 va 15 yoshli


bolalarda mos ravishda 0,0, 17,0 va 22,0%, Daun sindromi bo'lgan bolalarda tish kasalliklari ko'rsatkichi birmuncha past edi. Profilaktik dasturini amalga oshirgan ikki yil ichida gigiyena indeksining o'sishi I guruhga tayyorgarlik bo'yicha (mustaqil parvarishlash va xodimlarning nazorati) 66,6%, II guruhda (mustaqil parvarish va xodimlar yordami) 70,0% ga, III guruh (xodimlarni parvarish qilish)da 55%ga pasaygan. Ijtimoiylashgan 6, 9 va 12 yoshli bolalarda ikki yildan keyin karies tarqalishi 12,5, 42,9 va 64% bo'lib, bu o'tgan vaqtga nisbatan sezilarli darajada past edi 42,9, 60 va 76%.) Aqli zaif bolalarda o'z-o'zini parvarish qilish ko'nikmalarini ularning aqliy va jismoniy imkoniyatlarini hisobga olgan holda bemorlarni kompleks davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda davolashdan keying indekslar ko'rsatgichlarda ijobiy o'zgarishlar aniqlandi.

Adabiyotlar ro'yxati:

- Gavkhar Nuriddinova Indiaminova, Tulkin Elnazarovich Zoirov. (2021). Improvement of Methods of Providing Dental Care for Children with Mental Delayed Development. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(01), 111-116.
- G. N. Indiaminova, "Duration of orthodontic treatment in patients with dental jaw anomalies with removal and without removal of separate teeth" журнал биомедицины и практики №si-2 (2020) doi http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-si-2
- Gavkhar Indiaminova, Munisa Arzikulova "Improvement of methods of providing dental care for children with mental delayed development" журнал биомедицины и практики journal of biomedicine and practice №SI-2 (2020) DOI http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-SI-2
- Улучшение методов профилактики основных стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста и подростков International Journal of Innovative Research in Computer and Communication Engineering e-ISSN: 2320-9801, p-ISSN: 2320-9798 www.ijircce.com Impact Factor: 7.542 Volume 9, Issue 6, June 2021 DOI: 10.15680/IJIRCCE.2021.0906082
- 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.
- 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.
- Анализ параметров состояния полости рта у детей-инвалидов/ Д.Бакарчич, А.Легович, Т.Скриньярик и др. // Стоматология- 2006. - №3. - С. 57-60.
- Болезни пародонта с быстро прогрессирующим течением: клиника, диагностика: лекция по периодонтологии. - 2014. - URL.: http://www.studfiles.ru/preview/1469946
- Яцык, Г.В. Методические аспекты диагностики и лечения синдрома срыгивания и рвот / Г.В.Яцык, А.И.Беляева. - М: НИЦЗД РАМН. 2003. - 16 с.
- Al-Ahmad, A. Prevalence of Candida albicans and Candida dubliniensis in caries-free and caries-active children in relation to the oral microbiota-a clinical study/ A. Al-Ahmad, TM. Auschill, R. Dakhel // Clin Oral Investig. - 2016. - Vol. 20, №8. - P. 1963-1971.

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Джураева Ферангиз Хакимовна
Бухоро давлат тиббиёт институти

БОЛАЛАРДА ЖАҒЛАР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТИНИНГ УЗИГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-12>

АННОТАЦИЯ

Долзарблиги: Юз-жағ соҳаси одонтоген йирингли касалликларини даволаш ва ташхислаш болалар стоматологиясининг долзарб муаммоларидандир. Кўп муаллифларнинг фикрича бу каби касалликлар хозирги вақтда тиббиёт жароҳлигининг 21 %ни, стоматологиянинг эса 52 % ни ташкил қилмоқда. Одонтоген йирингли яллиғланишларнинг болалар ёшида учраши ўзига хос бир неча болалар организми тузилишининг хусусиятларига боғлиқ: орган ва тўқималарнинг тузилиши, шаклланмаган иммунитет, лимфа системасининг яхши ривожланганлиги, жағ ва тишлар тузилишининг анатома-физиологик хусусиятлари, орган ва тўқималарнинг осон зарарланиши шулар жумласидандир.

Калит сўзлар: жағ, тиш, юз-жағ соҳаси, йирингли яллиғланиш, гиперемия, шиш, тўқима, орган хусусиятлари, микроблар

Feruz Kamalova R.
Ferangiz Juraeva K.

Bukhara State Medical Institute

FEATURES OF THE COURSE OF PURULENT PERIOSTITIS OF THE JAWS IN CHILDREN

ANNOTATION

It is known that the diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the maxillofacial region is one of the main problems of pediatric dentistry. According to a number of researchers, inflammatory diseases of the maxillofacial region account for up to 21% of all surgical and 52% of dental diseases in childhood. The course of odontogenic infection in children has a number of features due to the relative immaturity of the organs and tissues of the child, imperfection of immunity, abundance of lymphatic tissue, the presence of anatomical and physiological features of the structure of teeth and jaws, ease of damage and increased permeability to microbes of natural protective barriers, etc.

Key words: jaw, tooth, maxillofacial region, purulent inflammation, hyperemia, edema, tissue, body features, microbes

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Джураева Ферангиз Хакимовна

Бухарский государственный медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Известно, что диагностика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области представляют одну из основных проблем стоматологии детского возраста. По данным ряда исследователей, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области составляют до 21 % всех хирургических и 52% стоматологических заболеваний в детском возрасте.

Течение одонтогенной инфекции у детей имеет ряд особенностей, обусловленных относительной незрелостью органов и тканей ребенка, несовершенством иммунитета, обильностью лимфатической ткани, наличием анатома-физиологических особенностей строения зубов и челюстей, легкостью повреждения и повышенной проницаемостью для микробов естественных защитных барьеров и др. .

Ключевые слова: челюсть, зуб, челюстно-лицевая область, гнойное воспаление, гиперемия, отек, ткань, особенности организма, микробы

Долзарблиги: Юз жағ соҳасида учрайдиган йирингли яллиғланишларни даволаш ва олдини олиш болалар стоматологиясининг асосий вазифаларга киради. Кўп олимларнинг фикрича юз жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликлари барча хирургик касалликлар орасида 21%ни, стоматологик касалликлар орасида эса 52%ни ташкил этади.

Болалар ёшида одонтоген йирингли инфекцион касалликларнинг кечиши бир неча ўзига хос хусусиятлар билан

чамбарчас боғлиқ: болалар орган ва тўқималарнинг етарли шаклланмаганлиги, лимфатик тўқималарнинг кўплиги, жағ ва тишлар тузилишининг ўзига хос анатома-физиологик хоссалари, тўқималарнинг осон зарарланиши ва микробга берилувчанлиги шулар жумласидандир.

Кўп болаларда жағ периоститлари яъни йирингли яллиғланишларнинг асосий манбаси карнес тишлардир. Касаллик кўзгатувчиси ва бола организмнинг касалликка жавоб

реакциясидан келиб чикиб болалар юз жағ соҳасида одонтоген инфекциянинг кечиши ўткир ёки хроник тус олиши мумкин.

Болалар жағ соҳасида периоститлар ривожланиши учун биргина микроорганизм етарли эмас. Кўп ҳолларда организм ҳимоя реакцияси, маҳаллий ва умумий иммун тизимининг ҳолати билан боғлиқ бўлади. Жараённинг кечишига организмнинг совуқ қотиши ёки аксинча хаддан ташқари исиб кетиш, бошқа турдаги инфекция касалликлардан кейинги ҳолатлар таъсир қилиши мумкин.

Мақсад: Болалар жағ периоститларини ўзига хос клиник кечишини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари: клинко-стоматологик, лаборатор, рентгенологик, бактериологик. Клиник текшириш усуллари асосий ва қўшимча: асосий текшириш усуллари объектив ва субъектив маълумотлар йиғилди. Субъектив текшириш маълумотлари асосан беморнинг ўзидан ёки унинг ота-онаси ёки қариндошидан касаллик тарихига тегишли бўлган анамнестик маълумотлар олинди.Объектив текшириш эса беморни ташқи кўруви, юз-жағ соҳаси ва оғиз бўшлиғини кўздан кечириш, юз юмшоқ тўқималари ва жағларни пайпаслаб кўриш, шунингдек оғиз бўшлиғи аъзоларини инструментал текшириш, масалан перкуссия ва шунга ўхшаш текшириш усуллари қўлладик. Қўшимча текшириш усуллари эса сабабчи тишнинг денгал рентгенографияси ва жағлар рентгенографияси каби текшириш

усулларидан фойдаландик. Лаборатор текшириш усуллари: қоннинг умумий тахлили, биокимёвий тахлили ва қон ивиш тизими тахлили,сийдик умумий тахлили кабилар текширилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Куйидаги тадқиқотлар 114 нафар беморларни клиник текшириш натижаларига асосланган. Илмий изланишлар Бухоро давлат тиббиёт институти болалар жаррохлик стоматологияси кафедраси базаларида олиб борилди.Тиш-жағ системаси ва болалар ёшидаги прикус ҳолатларидан келиб чикиб беморлар 3 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳни 38 нафар бемор 2-5 ёш, иккинчи гуруҳни 44 нафар бемор 6-9 ёш, учинчи гуруҳни эса 32 нафар бемор 10-13 ёшли болалар ташкил қилди. Барча беморларда йирингли яллиғланиш ўчоқлари соҳалари ўрганилди (юқори ва пастки жағга тегишли бўлган периоститлар, чап ёки ўнг томон).

Биз томондан ўрганилган 50% беморларда анамнестик, клинко-лаборатор ва микробиологик текшириш усуллари ўтказилди. Беморларнинг анамнестик ва клинко-лаборатор маълумотларни қайд қилиш учун биз томондан карта ишлаб чиқилди ва касалликнинг умумий, маҳаллий ва лаборатор маълумотларни шу картага киритиб бордик.

Барча беморлардан касалхонага тушган куни касаллик ҳақидаги анамнез йиғилди, касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари, организмнинг умумий реакцияси, беморнинг ёндош касалликлари ҳақидаги маълумотлар тўлиқ ўрганилди.

Жағ периостити билан бўлимга ётқизилган беморларнинг клиник баҳолаш картаси

| | Белгилар | баллар | |
|-------------------|--|---|---|
| Умумий белгилар | 1 | Бехоллик | 1 |
| | 2 | Бош оғриғи | 1 |
| | 3 | Бесаранжомлик | 1 |
| | 4 | Иштаханинг бузилиши, қўнғил айнаши | 1 |
| | 5 | Жағ ва тишдаги оғриқлар | 1 |
| | 6 | Тана ҳарорати 36,6-36,9 ⁰ C | 1 |
| | 7 | 37,0-37,9 ⁰ C | 2 |
| | 8 | 38,0 ⁰ C> | 3 |
| | 9 | Лейкоцитлар сони 9-10 * 10 ⁹ | 1 |
| | 10 | 10-14 * 10 ⁹ | 2 |
| | 11 | 14-18 * 10 ⁹ | 3 |
| | 12 | ЭЧТ 9-16 мм/ч | 1 |
| | 13 | 17-25 мм/ч | 2 |
| | 14 | 26 мм/ч ва юқори | 3 |
| | 15 | ЛИИ 1,5-2,0 | 1 |
| | 16 | 2-4 | 2 |
| | 17 | 4,0 ва юқори | 3 |
| Маҳаллий белгилар | 18 | Коллатералшиш | 1 |
| | 19 | Яллиғланиш инфилтрати | 1 |
| | 20 | Тери гиперемияси | 1 |
| | 21 | Лимфа тугунларнинг катгалашиши | 1 |
| | 22 | Сабабчи тишнинг қимирлаб қолиши | 1 |
| | 23 | Тиш милк чўнтагидан йиринг ажралиши | 1 |
| | 24 | Оғиздан бадбўй хид келиши | 1 |
| | 25 | Ўтувчи бурма инфилтрацияси | 1 |
| | 26 | Флюктуация | 1 |
| | 27 | Альвеолит | 1 |
| 28 | Жароҳат ўрни | 1 | |
| 29 | Бир нечта қарисга учраган тишлар | 1 | |
| 30 | Оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмон ҳолати | 1 | |

Беморлар ота-онасидан анамнез йиғанда сабабчи тишнинг қачондан бошлаб емирилганлиги, бемор бўлимга ётқизилгунча шу тишда даволаш муолажаси ўтказилганми ёки тишда плomba мавжудми, оғриқ қачон ва нимадан кейин бошлаганлиги, касалликнинг келиб чиқиши учун бирон бир факторнинг ўрни борлиги ҳақидаги маълумотлар йиғилди. Бемор ташқи томондан кўздан кечирилганда йирингли инфилтрат локализацияси, инфилтратнинг жағ олди юмшоқ тўқималарда тарқалганлиги,

инфилтратнинг консистенцияси ва тери ранги ҳолати кўздан кечирилди.

Оғиз бўшлиғи томонидан тишлар ҳолатига ва шиллик қаватига эътибор берганда КПУ+кп, оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати, сабабчи тиш ҳолати, коронка қисмининг қанчалик емирилганлиги, қариоз бўшлиқнинг чуқурлиги, тишнинг қимирлаш даражаси, тиш милк чўнтагидан йиринг ажралиши, йирингли яллиғланишнинг ўтув бурма бўйлаб тарқалганлик даражаси каби клиник ҳолатларга

этибор қаратилди. Барча беморларда рентгенологик текширув ўтказилди. Шунингдек умумий қон ва сийдик таҳлиллари олинди.

Хулоса: Изланишлар шуни кўрсатдики, периоститлар болалар ёшида учраши турли ёшда турлича.

Бўлимга ётқизилган 114 та бемордан 78 тасида периостит юқори жағда учраган. Ёки юқори жағ периостити билан ётиб даволанган болалар ҳам пастки жағ периоститидан кўра 2 баробар ортиқлигини кузатдик. Болаларда 4 ёшдан бошлаб юз жағ соҳаси йирингли яллиғланишлари учрашини гувоҳи бўлдик. Бунга айнан шу ёшда болаларда қариснинг учраши кўплиги сабаб бўлиши мумкин.

5 ёшдан бошлаб эса йирингли яллиғланишларнинг учраши камайиб, буни пастки жағ мисолида кўпроқ кузатдик.

6 ёшдан бошлаб эса жағларда йирингли яллиғланишларнинг учраши иккала жағда ҳам тенг кўрсаткичга эга бўлиб қолишини кузатдик.

8 ёшдан бошлаб юқори жағ ўткир йирингли периостити устунликка чиқиб олганини гувоҳи бўлдик. 9 ёшдан бошлаб эса юқори жағ периостити камайган, чунки айнан шу ёшдан бошлаб ўткир йирингли периоститнинг кўп учраши пастки жағ ҳисобига тўғри келган.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Arifdzhonov A. K., Agapova S. N. Treatment of acute odontogenic periostitis of the jaws in children in outpatient settings // Dentistry. - 1986. - No. 4. - pp. 74-76.
2. Azimov M. I. Clinic, diagnosis and treatment of odontogenic periostitis and osteomyelitis of the jaws in children. // Tashgosmi, In-t Kibernetiki s VC AN UzSSR. - T., 1988. - 14 p.
3. Kamalova F. R., Inoyatov A. Sh. The effect of IRS-19 on the oral microflora in patients with acute periostitis // Problems of biology and medicine. - 2007. - No. 2-p. 81-82.
4. Kamalova F. R., Olimov S. S. Frequency of occurrence of acute purulent periostitis in children, aspects of diagnosis and treatment. "Topical issues of dentistry". - 2017. - p. 39-40.
5. Rakhmatillaevna, K. F. (2020). Diagnostic value of salivator cytokines in dental diseases in children with diabetes mellitus type 1. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(3), 1518-1523. Retrieved from www.scopus.com
6. Rakhmatillaevna, K. F., & Torakulovich, E. G. (2020). Early diagnosis and prevention of dentoalveolar anomalies and cariogenic situation in children suffering from diabetes. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(3), 2468-2472. Retrieved from www.scopus.com
7. Shukurov, E. M., Alimov, A. P., Sapaev, Z. E., Kadirov, M. F., Kamalov, B. X., Akbarxonov, J. J., & Davlatov, S. S. (2021) Treatment of Open Fractures of The Long Bones of The Lower Extremities with External Fixation Devices. International Journal of Pharmaceutical Research, 13, 2517-2521. doi:10.31838/ijpr/2021.13.01.411
8. Yariyeva O. O. Prevalence and intensity of caries of temporary teeth in children of the Bukhara region / / Collection of articles of the International scientific and practical conference "Actual questions of dentistry". - 2017. - p. 27.
9. Yariyeva O.O. Clinic, Early Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Children // International journal of Bio-Science and Bio-Technology. – India. – 2019. Vol. 6. – P. 15-23.
10. Yariyeva O.O. Clinic, Early Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Children // International journal of Bio-Science and Bio-Technology. – India. – 2019. Vol. 6. – P. 15-23.
11. Yariyeva O.O. Importance of medical and social factors in etiology of carious and noncarious diseases of children // «International journal of pharmaceutical». - 2019. Vol. 7. – P. 456461.
12. Раджабов А.А., Раджабов А.Б., Темирова Н.Р., Камалова Ш.М. Оценка результатов первичной хейлопластики у детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина». - 2017. - № 5. - С. 36-46.

**ТИШ ҚАТОРЛАРИ НУҚСОНИ БИЛАН БОҒЛИҚ ЧАККА – ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ ОҒРИҚЛИ СИНДРОМИНИ
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-13>**АННОТАЦИЯ**

Стоматологик касалликлар орасида чакка-пастки жағ бўғимининг фаолият бузилиши ўзгаришлари ўзининг кенг тарқалганлиги, ташхислаш ва даволашда мураккаблиги билан алоҳида ўрин эгаллайди. Илмий манбаларда сўнги йигирма йил давомида ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар чакка-пастки жағ бўғими патологияси болалар ва ўсмирлар орасида 20% гача, ёши катта аҳоли орасида 80% гача кузатилиши қайд этилган. Шу билан бирга «...чакка-пастки жағ бўғими бўғим фаолият бузилиш синдроми патологияси мавжуд беморлар орасида бўғим фаолияти бузилиши синдромлари устунлик қилиши ҳамда 78,3% дан 95,3% гача кузатилиши патологиянинг кўп тарқалганлигидан гувоҳлик қилади. Бу ҳолат, патологиянинг бошланғич босқичларининг аниқ белгиларсиз кечиши, клиник, ҳамда рентгенологик текширувларда чакка-пастки жағ бўғимида органик ўзгаришлар тўғрисида етарлича маълумотлар олиш имкониятининг йўқлиги ҳамда мутахассислар орасида ягона этиопатогенетик қарашлар йўқлиги билан тушунтирилади. Бу эса муаммонинг даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш заруратини кўрсатади.

Калит сўзлар: чакка-пастки жағ бўғими, синдроми патологияси, бузилиши синдромлари, тишлар қаторидаги окклюзия юзаси, нуқсонлари, эрта тишлов.

Астанов Отабек Миржонович

Бухарский государственный медицинский институт

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
СВЯЗАННОГО С ДЕФЕКТОМ ЗУБНОГО РЯДА****АННОТАЦИЯ**

Среди стоматологических заболеваний дисфункциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава занимают особое место в связи с их распространенностью, сложности диагностики и лечения. Согласно научным источникам, эпидемиологические исследования, проведенные за последние двадцать лет, показали, что патология височно-нижнечелюстного сустава составляет до 20% среди детей и подростков, до 80% среди взрослого населения. В то же время наблюдаемое преобладание синдромов нарушения функции суставов (СНФС) у пациентов с патологией ВНЧС, которое колебалось от 78,3% до 95,3% свидетельствует о распространенности патологии. Это объясняется тем, что начальные стадии патологии протекают бессимптомно, отсутствием достаточной информации об органических изменениях ВНЧС как при клиническом, так и рентгенологическом обследовании, а также отсутствием у специалистов единой этиопатогенетической точки зрения. Это подчеркивает необходимость улучшения лечения и профилактики данной проблемы.

Ключевые слова: челюсть-нижняя челюсть, синдромная патология, синдромы нарушений, окклюзионная поверхность зубного ряда.

Otabek Astanov M.

Bukhara State Medical Institute

**IMPROVING THE HEALING OF THE JAW IS A PAIN SYNDROME OF THE LOWER JAW ASSOCIATED WITH A NUMBER
OF DENTAL DEFECTS****ANNOTATION**

Among dental diseases, changes in the functioning of the maxillofacial joint occupy a special place due to their wide prevalence, complexity of diagnosis and treatment. In scientific sources of epidemiological studies conducted over the past twenty years, it is noted that the pathology of the lower jaw is observed up to 20% among children and adolescents and up to 80% among the older population. At the same time, the predominance of syndromes of impaired articular activity of the mandible among patients with pathology of impaired functioning of the jaw and observed from 78.3% to 95.3% indicate a high prevalence of pathology. This situation is explained by the fact that the initial stages of pathology proceed without clear signs, it is not possible to obtain sufficient information about the organic changes of the jaw-mandible during clinical and X-ray examinations, as well as the lack of uniform etiopathogenetic views among specialists. This indicates the need to improve the methods of treatment and prevention of this problem.

Keywords: jaw-mandible, syndromic pathology, syndromes of disorders, occlusal surface of the dentition.

Тиш қаторлари нуксони билан кечадиган чакка-пастки жағ бўғими оғрикли синдромларини даволашни такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бунда замонавий стоматологияда тиш қаторлари нуксони билан кечадиган чакка – пастки жағ бўғими оғрикли синдромларининг ўзига хос кечишини клиник, функционал хусусиятларини аниқлаш; комплекс даволашда ортопедик ва физиотерапевтик чораларнинг ўрнини баҳолаш; беморнинг соматик ҳолатини эътиборга олувчи комплекс босқичма-босқич ёндашув режасини ишлаб чиқиш; чакка-пастки жағ бўғими бўғим фаолият бузилиш синдромининг этиопатогенетик асосланган даволаш профилактика усулларини таклиф этиш; даволаш самарадорлигини баҳолаш усулларини ишлаб чиқишни такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади [1.2.3.5.7].

Тадқиқотнинг мақсади тиш қаторлари нуксони билан боғлиқ чакка-пастки жағ бўғими патологияларида беморларда оғрикли синдромни даволашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотни ўтказиш мақсадида Бухоро давлат тиббиёт институтининг “Ортопедик стоматология ва ортодонтия” кафедрасининг базаси жойлашган Бухоро вилояти болалар стоматология поликлиникасига тиш қатори нуксони мавжуд ҳамда ЧПЖБ нинг оғрикли дисфункцияси мавжуд, 20 ёшдан 59 ёшгача бўлган 120 нафар беморлар, шундан, 78 нафарини аёллар ва 42 нафарини эркаклар ташкил этди.

Тадқиқот объектидаги беморларда клиник кузатувлар олиб борилди ва таҳлил қилинди; жумладан асосий гуруҳ (АГ) ни 39

нафар (АГ-1) – ЧПЖБнинг окклюзия артикуляция синдроми (ОАС), 28 нафар (АГ-2) – ЧПЖБнинг нейромушак синдроми (НМС), ҳамда 17 нафар (АГ-3) – ЧПЖБнинг яллиғланиш-дистрофия ўзгаришларисиз бўғим ичи дискиннинг қисман чиқиши (БДЧ) мавжуд беморлар ташкил қилди ва уларда кузатувлар олиб борилди [4.6.8]. Назорат гуруҳи (НГ) сифатида тадқиқотдаги гуруҳларни қиёслаш ва кейинчалик ижобий ва салбий тиббий, ижтимоий, руҳий кўрсаткичларни баҳолаш мақсадида тиш қатори нуксони мавжуд, аммо ЧПЖБ да патологик ўзгаришлар аниқланмаган 36 нафар бемор тадқиқотга жалб қилинди.

Юқоридагиларни таҳлил қилиб, ЧПЖБ патологияси мавжуд беморларнинг 46,44% – ОАС (АГ-1); 33,33% – НМС (АГ-2); 20,23% – БДЧ (АГ-3)га тўғри келди. Умумий текшириш гуруҳидагиларга нисбатан таҳлил қилинганда, ушбу кўрсаткичлар мос равишда 32,5%; 23,33%; 14,16% юқоридаги кетма-кетликда, НГ дагилар эса 30,1%ни ташкил этмоқда. Жадвалда келтирилган сонлар ва фоизлар кўрсаткичлари гуруҳларни ўзаро ва динамикада солиштириб бориш учун статистик талабга жавоб беради [9.10.11].

Тадқиқот гуруҳлари жинси ва ёши бўйича гуруҳларга ажратилди. Ёш гуруҳлари бўйича 20-29 ёш, 30-39 ёш, 40-49 ёш, 50-59 ёшларга ҳамда бундан ташқари стоматологик муолажа олганлар, умумий даво олганлар ва ЧПЖБнинг бир томонлама ва икки томонлама соғломлар гуруҳларига ажратилиб динамикада кузатувлар олиб борилди. Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимоти келтирилган.

Беморларни гуруҳлар, ёшлар ва жинс бўйича тақсимлаш (% ларда)

| Патология | | ЧПЖБ ОДС | | | Жами беморлар | Назорат гуруҳи |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|----------------|
| Ёш | Жинс | ОАС (АГ-1) | НМС (АГ-2) | БДЧ (АГ-3) | ЧПЖБ БФБС | |
| 20-29 n=12 | Э; n=4 | 2 (6,25%) | 2 (6,25%) | - | 12 (14,28%) | 2 (12,5%) |
| | А; n=8 | 4 (7,69%) | 3 (5,76%) | 1 (1,9%) | | 2 (10,0%) |
| 30-39 n=22 | Э; n=7 | 3 (9,37%) | 2 (6,25%) | 2 (6,25%) | 22 (26,19%) | 5 (31,25%) |
| | А; n=15 | 8 (15,38%) | 4 (7,69%) | 3 (5,76%) | | 5 (25,0%) |
| 40-49 n=24 | Э; n=8 | 3 (9,37%) | 3 (9,37%) | 2 (6,25%) | 24 (28,57%) | 5 (31,25%) |
| | А; n=16 | 8 (15,38%) | 5 (9,61%) | 3 (5,76%) | | 6 (30,0%) |
| 50-59 n=26 | Э; n=13 | 7 (21,87%) | 4 (12,5%) | 2 (6,25%) | 26 (30,95%) | 4 (0,25%) |
| | А; n=13 | 4 (7,69%) | 5 (9,61%) | 4 (7,69%) | | 7 (35%) |
| Э; n= 32 (38,09%) | | 15 (17,85%) | 11 (13,09%) | 6(7,14%) | 84 (100%) | 16 (44,44%) |
| А; n=52 (61,9%) | | 24 (28,57%) | 17 (20,23%) | 11 (13,09%) | | 20 (55,55%) |
| Жами беморлар n=84 (100%) | | 39 (46,42%) | 28 (33,33%) | 17 (20,23%) | 84 (100%) | 36 (100%) |
| Стом. даволанган беморлар (1-кичик гуруҳ) | | 20 (23,80%) | 10 (11,90%) | 10 (11,90%) | 40 (47,61%) | - |
| Комб. стом. даволанган беморлар (2-кичик гуруҳ) | | 19 (22,61%) | 18 (21,42%) | 7 (8,33) | 44 (52,38%) | - |
| Умумий текширувлар. n=120 | Ас. гуруҳ 84 (70,0%) | 39 (32,5%) | 28 (23,33%) | 17 (14,16%) | 84/36 | 36 (30,0%) |

ЧПЖБ ОДС кўпинча аёлларда (61,9%) учраши, беморларнинг асосий сони 40 ёшдан катта (59,6%) эканлиги, шунингдек ЧПЖБ ОДС умумий патологиялари орасида ОАС энг кўп (46,42%) ҳолатларда аниқланди. Бундан ташқари стоматологик даво чоралари ўтказилган 1-кичик гуруҳда; ОАС билан - 20 (23,80%) нафар, НМС билан - 10 (11,90%) нафар, БДЧ билан - 10 (11,90%) нафар бемор, умумий 40 (47,61%) нафар бемор ҳамда бир вақтда комбинациялашган даво чоралари қабул қилган 2-кичик гуруҳда; ОАС билан - 19 (22,61%) нафар, НМС билан - 18 (21,42%) нафар, БДЧ билан - 7 (8,33) нафар, жами 44 (52,38%) нафар бемор ажратилди [13.14.16].

Текширилувчи беморлар олиб борилаётган тадқиқот тўғрисида хабардор қилиниб, уларнинг ҳар биридан клиник тадқиқотга иштирок этиш ва унинг натижаларидан илмий ишда фойдаланишга ёзма розилиги тўғрисида имзоси олинди. ЧПЖБ патологиясининг белгилари сўровнома ва объектив текширув асосида ўрганилди, умумий клиник ва махсус текширув усуллари текширув картасига киритиб борилди.

ЧПЖБ патологиясининг белгилари биз 0467 - сонли ишлаб чиққан сўровнома ва объектив текширув асосида тузилган Тиш қаторлари нуксони билан боғлиқ чакка – пастки жағ бўғими оғрикли синдромини даволашни такомиллаштириш текширув картаси (Бухоро давлат тиббиёт институти 24.06.2021 йилдаги 12 сонли Кенгаш баённомаси) ёрдамида аниқланди, шунингдек барча беморларга умумий клиник ва тавсия қилинган усулда текширувнинг махсус усуллари ўтказилди.

Назорат гуруҳи беморларининг текшируви умумий қабул қилинган схема бўйича ўтказилди, ҳар бир бемор учун тиббий карта тўлдирилди ва субъектив, объектив ва махсус тадқиқот усулларининг маълумотлари киритилди.

Асосий гуруҳ беморларининг ташхиси ЧПЖБ патологияси мавжуд беморларни текшириш; субъектив ва объектив тадқиқот усуллари батафсил таърифланган бўлимлардан ташкил топган сўровнома асосида, жумладан; бош ва қулоқ соҳасида шовкин ҳолатлари – тури ва тавсифи; ЧПЖБ соҳасида ва бошдаги оғриқлар – тавсифи, вақти, кучи, давомийлиги; пастки жағ нинг чиқиши – тўла, қисман ва вақти; пастки жағ ҳаракатининг чегараланиши

(блокировка) – қисман ёки тўла, вакти, тавсифи; ЧПЖБ фаолият-ташхис синамалари асосида соҳаларни пайпаслаганда пастки жағ бошчасининг жойлашиши, мушаклар тонуси, оғриқлилиги, зичлиги, мушакнинг асимметрик қисқариши, пастки жағнинг силжиши юзага келиши каби қатор шикоятлар мукамал ўрганилди ва баҳоланди.

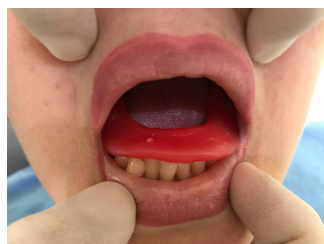
Анамнезда касалликнинг сабаблари – чайнов тишларида окклюзияни назорат қилмасдан пломба билан қайта тиклаш, бир томонда узоқ муддат чайнаш ва зарарли одатлар мавжудлигига эътибор қаратилди. Кейинчалик тиш-жағ аппарати фаолиятининг бузилишида кузатилган клиник белгилар қачон пайдо бўлганлиги, оғриқнинг пайдо бўлиш вақти, оғиз очилишининг чекланиш вақти, жағ ҳаракатларида асимметриянинг намоён бўлишини кузатганлиги ёки эътиборсизлиги аниқланди.

ЧПЖБ патологияларининг этиологиясига аниқлик киритиш мақсадида тиш ва тишлар қаторидаги окклюзия юзаси, нуқсонлари, эрта тишлов муносабатлари мавжудлигини ташхислаш учун диагностика моделлар тайёрланди ва артикуляторга гипсланиб ўрганилди; тишлар, тиш қаторлари,

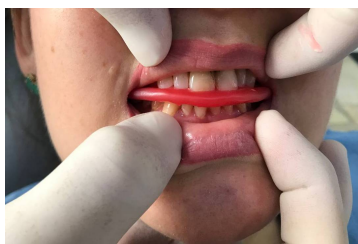
тишлов тури, окклюзияли, айниқса визуал таджикот учун оғиз бўшлиғида (ОБ) да кўринмайдиган муносабат нуқталари баҳоланди, шунингдек пастки жағ силжиш томони, окклюзия эгри чизигининг тавсифи, супермуносабатлар, пастки жағ ҳаракатини чеклаган ёки тўскинлик қилган соҳалар аниқланди [12.15.17].

ЧПЖБ соҳасида кузатилаётган морфологик ҳаракатлар ўта мураккаб биомеханик тизимдаги муносабатларнинг ўзаро бир-неча сониялардан ўнлаб мартаба қисқа муддатда юзага келаётган ҳаракатлардан иборат. Шунинг учун ЧПЖБ суяк элементлари, бўғим бириктирув ва қопловчи қобик тўқималари, уларнинг ҳаракатини бошқарувчи мушаклар тизимини клиник фаолиятини баҳолаш, ўрганиш ва таҳлил қилиш замонавий тиббий ва физик асбоб-ускуналарсиз амалга оширишнинг имконияти йук.

ЧПЖБ ҳаракатларини ҳозирги кунда окклюдзиография усулунаси ёрдамисиз баҳолаш мумкин эмас. Шунинг учун **окклюдзиография** усулидан ва бир вақтда фаолият-ташхис синамалари ҳар-бир беморда қўлланилди. Окклюдзиография эрта контактлар аниқланди.



А



Б



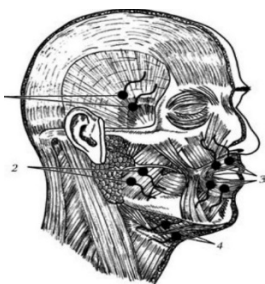
С

Беморларда окклюдзиография усулини ўтказиш А) Аввалдан тайёрланган окклюдзио тишлов болишча тишловгача Б) тишлов жараёнида ва С) тишловдан сўнг ҳолати

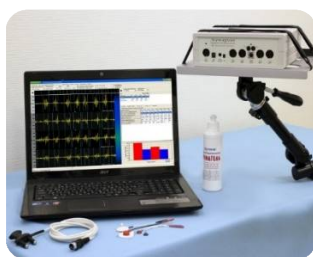
Чайнов мушакларини биоэлектрик фаолиятининг тадқиқоти “Neurotech” фирмасининг “Sinapsis” стоматология тадқиқотлари учун тўрт каналли мослашувчан **электромиографида (ЭМГ)** ўтказилди. ЧПЖБ патологияси мавжуд беморларда чайнов ва чакка мушакларининг фаолият ўзгаришларини ўрганиш учун биз чакка ва чайнов мушакларини бир вақтнинг ўзида икки томонлама ўргандик. Бунинг учун мушаклардаги биопотенциалларнинг рўйхатга олинishi текширилган барча учун бир хил схемада ўтказилди: тинчлик ҳолатида (20 с.) ва фаолият вақтида, айнан жағ

максимал қисилганда (5 с.), 0,8 г қурилган бодомни ихтиёрый чайнашда ва ўнг ва чап томонда алмаштириб чайнашда (15 с.).

Электромиограмма – мушаклар қисқариш тонусини ёзиб олишда ва қайта ишланганида қуйидагилар аниқланди: фазалар – тинчлик (ТБЭ), данакни чайнаш жараёнида (БЭФж), жағлар максимал қисилганида (БЭФсж) биопотенциалларнинг ўртача амплитудаси мкВ да, чайнаш вақти сонияларда, тинчлик ҳолати, чайнаш частотаси ва “К” коэффициент.



А



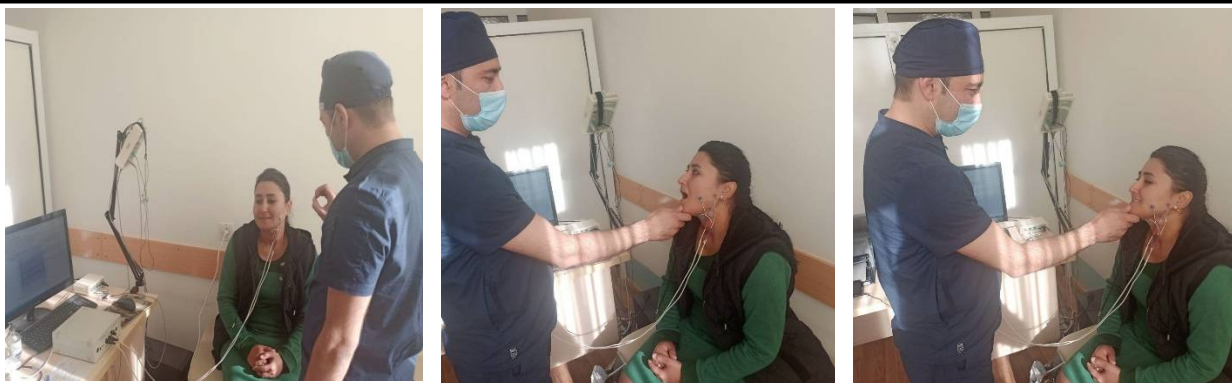
Б



С

Электромиографияда мушакнинг тонусини аниқлаш нуқталари. Б. С) Sinapsis электромиографи.





Электромнографияда мушакнинг тонусини аниқлаш. А) Марказий окклюзия ҳолатида Б) Оғиз очик ҳолатда С) Тишлов вақтида

Спирал компьютер томографияси (СКТ) спирал кўп кесимли томографда ("GE Light Speed" фирмаси), оғиз очик ва ёпик ҳолатда, бунда бир босқичда сканерлаш вақти 5-7 сония. Сканерлаш кесим қалинликлари: 120 Кв; 140 мА; кесим қалинлиги 1,25 мм, реконструкция оралиғи 0,8 мм; шунингдек сагиттал ва фронтал текисликларда мултипланар реконструкциялар, шунингдек оғиз ёпик ва очик ҳолатда уч ўлчамли (3Д) тасвирнинг реконструкцияси ўтказилди.

Бўғим бўртиғининг учидан (А1 нукта) ташқи эшитув йўлининг пастки четига (А5 нукта) чизик; шунинг учун чизик бўғим бошчаси ва бўғим чуқурчаси билан қуйидаги кесилув нукталарини ҳосил қилди: А2 – бўғим бошчасининг олд юзаси; А3 – бўғим бошчасининг орқа юзаси; А4 – бўғим чуқурчасининг орқа юзаси.

Бўғим бошчасида энг юқори жойлашган нуктадан А1-А5 кесимга – (Б1 нукта), перпендикуляр – В2 нукта туширилди; В2-В1 кесимни бўғим чуқурчаси билан кесилувга қадар юқорига давом эттирилди – В3 нукта; А1 В2 В3, А5 В2 В3 бурчаклар биологик секторларга бўлинди. Ҳар бир биологик секторлар бўғим бошчаси ва бўғим чуқурчасини икки нуктада кесиб ўтди.

Шундай қилиб, ЧПЖБ СКТ таҳлили қуйидаги нукталар ўртасида бўғим ёриғининг кенглигини ўрганиш имконини беради: С1-С2 = D1 – юқори-олд ўлчам; В1-В3 = D2 – юқори ўлчам; С3-С4 = D3 – юқори орт ўлчам; А1-А2 = D4 – олд ўлчам; А3-А4 = D5 – орқа ўлчам. Оғиз ёпик ҳолатда бўғим бошчасининг энг юқори қисми орқали, оғиз очик ҳолатда – бўғим бўртиғининг учи орқали ўтувчи кесимда томограммалар ўрганилди. Бўғим бошчасининг бўртиғига нисбатан жойлашуви, бўртиқли ўсик бошчасининг 1-2 мм, 3-4 мм, 5 мм ва ундан ортиқ масофага силжиш даражаси, бўғим элементларининг тузилмалари ўзгаришлари ўрганилди.


Фойдаланилган адабиётлар

1. Гаффаров С. А., Астанов О. М. Методы диагностики и лечения больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава // *Stomatologiya*. – 2020. – №. 4 (81). – С. 52-55. (14.00.21, №12)
2. Гаффаров С. А., Астанов О. М. Дифференциальная диагностика больных с синдромами болевой дисфункции височно-нижне челюстного сустава // *Тиббиётда янги кун*. – 2020. – №. 3 (31). – С.289-295. (14.00.00, №22)
3. Gaffarov S. A., Astanov O. M. Diagnosis of patients with temporomandibular joint pain dysfunction syndromes // "International CONGRESS ON MODERN EDUCATION AND UNTEGRATION" VOLUME 5 P.137-139 (Impact factor 7,625)
4. Astanov O. M., Gaffarov S. A. Chak-statistical analysis of dental examinations of activity disorders in the lower jaw // *World Bulletin of Social Sciences*. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 129-132. (Impact factor 7,545)
5. Gaffarov S. A., Astanov O. M. Clinical features of diOF nistics and their defenses in patients with dysfunction of the high-mandibular joint without pathology, inflammatory-dystrophic origin. *Middle European Scientific Bulletin*. – 2020. – Issue 4. – pp. 14-20. (Impact factor 7,525)
6. Gaffarov S. A. Astanov O. M. Differential diOF nosis of patients with temporomandibular joint pain dysfunction syndromes. // *International Journal on Integrated Education*. 2021. – Vol. 9, Issue 3, 2020, pp. 229-234. (Impact factor 7,242)
7. Astanov O. M., Gaffarov S. A. DiOF nosis and Treatment of Patients with Maxillary-Mandibular Joint Dysfunction without Pathology of Inflammatory-Dystrophic Origin // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. 2021. – Vol. 25, Issue 1, 2021, pp. 5721 - 5737. (Scopus Q2)
8. Гаффаров С. А., Идиев Г. Э., Астанов О. М. Междисциплинарный подход к лечению пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Universum: Медицина и фармакология*. – 2021. – №. 11 (82). – С. 10-18.
9. Астанов О. М. Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава без патологии воспалительно-дистрофические происхождения // Научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии» Фергана 9 -2021 г. С.21-22.

10. Астанов О. М. Диагностики и лечения больных с дисфункции височно-нижнечелюстного сустава без патологии воспалительно-дистрофические происхождения // “ACTUAL PROBLEMS PEDIATRIC DENTISTRY” BUXARA 10 may 2021 year. P. 17-20
11. Astanov O. M. TMJ dysfunction a fairly common pathology // «Actual problems of children’s dentistry» scientific practical conference. International Engineering Journal For Research & Development. India 22.05.2020. P.8-9.
12. Astanov O. M. Diagnosis of patients with temporomandibular joint pain dysfunction syndromes // International congress on modern education and integration. International Engineering Journal For Research & Development. India 11.10.2020. P.137-139.
13. Астанов О. М. Диагностики и лечение больных с дисфункции височно-нижнечелюстного сустава без патологии воспалительно - дистрофические происхождения // International scientific practical online conference «Actual problems pediatric dentistry». Bukhara 10.05.2021. P. 17-20.
14. Gafforov S. A., Astanov O. M., Idiev G. E., Chin-The Algorithm of DiOgnosis in Pathologies of Lower Jaw Activity and the Effectiveness of Komplex Treatment Methods // Middle european scientific bulletin
15. Астанов О. М. Чакка – пастки жағ бўғими фаолияти бузилишидаги оғрикли симптомларини комплекс даволаш усуллари // Методические рекомендации. - Бухара, 2021.16 с.
16. Астанов О. М. Тиш қатори ва чайнов юзаси нуқсонлари асоратидан шаклланган чакка – пастки жағ бўғими фаолиятидОғи оғрикли синдромларга ташхис қўйишни мукаммаллаштириш // Методические рекомендации. - Бухара, 2021. 18 с.
17. Astanov O. M. The morphological structure and biomechanics of the temporomandibular system // NOVATEUR PUBLICATIONS JournalNX- A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal ISSN No: 2581 – 4230 VOLUME 7, ISSUE 12, Dec. -2021 P.184 - 187

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Эронов Ёқуб Қуватович
Машарипов Азиз Умидович
Бухоро давлат тиббиёт институти

ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-14>

АННОТАЦИЯ

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида тишлар кариесини олдини олишни алоҳида усул ва дастурлари, санитар-гигиеник тарбиялар, вақтинчалик табиий тиш чуқурчаларини муҳрлашга қаратилган қатор тадқиқотлар амалга оширилган. Шунингдек, имконияти чекланган болаларда тиш кариес профилактикасини олиб бориш борасида истиқболни белгилаш тизими ишлаб чиқилмаган. Демак, бу каби болаларда тишлар кариеси муаммосини аниқлашда мажмуавий ёндошув зарурлигига, таққослаш таҳлили асосида турли дастурларни афзаллик ва камчиликларини аниқлашга ва оптимал ечимларни таклиф этиш долзарб ҳал қилиниши зарур муаммолардан биридир.

Калит сўзлар: имконияти чекланган, тиш кариеси, профилактика, тиш-жағ тизими

Камалова Феруза Рахматиллаевна
Эронов Ёқуб Қуватович
Машарипов Азиз Умидович
Бухарский государственный медицинский институт

ПОКАЗАНИЯ К ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

АННОТАЦИЯ

Среди детей дошкольного и школьного возраста был проведен ряд исследований, направленных на методы и программы профилактики кариеса зубов, пломбирования зубных полостей санитарно-гигиеническими процедурами, временной медицинской помощи. Также не разработана система определения перспектив проведения профилирования кариеса зубов среди детей ограниченными возможностями. Это означает, что при определении проблемы кариеса зубов у детей с ограниченными возможностями необходимость комплексного сопутствующего лечения, выявления преимуществ и недостатков различных программ на основе сравнительного анализа и предложения оптимальных решений является одной из актуальных проблем, которые необходимо решить.

Ключевые слова: ограниченная способность, кариес зубов, профилактика, зубо-челюстная система

Feruzha Kamalova R.
Yoqub Eronov Q.
Aziz Masharipov U.
Bukhara State Medical Institute

INDICATIONS FOR THE DIAGNOSIS OF DENTAL CARIES IN CHILDREN WITH DISABILITIES

ABSTRACT

A number of studies were conducted among preschool and school-age children aimed at methods and programs for the prevention of dental caries, filling dental cavities with sanitary and hygienic procedures, and temporary medical care. Also a system for determining the prospects for profiling dental caries among school-age children has not been developed. This means that when determining the problem of dental caries in preschool and school age, the need for comprehensive concomitant treatment, identifying the advantages and disadvantages of various programs based on comparative analysis and offering optimal solutions is one of the urgent problems that need to be solved.

Keywords: limited throughput, dental caries, prevention, dental system

Долзарблик: Маълумки, церебрал фалажи бор болаларда стоматологик касалликлар, тиш кариеслари болалик даврида энг кенг тарқалган касаллик эканлигини инобатга олиб, биз ушбу потологияни тиш-жағ тизимининг бошқа ўрганилган касалликларидан алоҳида ҳолда ўрганишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, Бухоро шаҳридаги 27-сонли имконияти чекланган болалар мактаб интернатида доимий яшовчи 6 ёшдан 18 ёшгачагача бўлган болаларда тиш кариесининг тарқалиши 37,3% (n=47) ни ташкил этади.

Мактаб (мактаб интернат) ёшидаги текширилаётган церебрал фалажи бор болалар орасида кариснинг тарқалиши ва жадаллигини

| Болалар ёши, йилларда | Тиш карисеси тарқалганлиги | | Тиш карисеси интенсивлиги |
|--------------------------|----------------------------|------|---------------------------|
| | Мутлоқ | % | кп |
| 7-14 ёшгача, n=34 | 34 | 29,8 | 0,31±0,08 |
| 14 ёшдан 16 ёшгача, n=59 | 59 | 51,7 | 1,97±0,26 |
| Жами, n=93 | 93 | 81,5 | 1,14±0,27 |

Церебрал фалаж билан касалланган болаларда кариоз тишлар 2 ёшдан пайдо бўла бошлаган ва 6-12 ёшларга келиб ҳар учинчи болада кариоз тишлар қайд этилган (29,8%). 12 ёшдан 18 ёшли болаларда бу параметр 1,6 бараварга, 51,7% гача (n=59) ошганлиги аниқланди.

Кариоз тишлар билан болалар сонини текширилаётган болаларнинг умумий сонига таққосласак (n=114), ёшига қараб тиш кариозларининг кўпайиши барибир тасдиқланди - мос равишда 6 ёшгача бўлган болаларда 3,8% ва 6 дан 12 ёшли болаларда 13,6% ни ташкил этади, бу эса 3,6 баравар миқдори белгиланди.

Тиш карисесининг интенсивлигини ўрганишда (кп) худди шундай тенденцияни қайд этилди - ёшларига қараб мос равишда 0.31±0.08 ва 1.97±0.26 (P <0.001). Бу далил церебрал фалаж билан касалланган боланинг ёши ортиб бориши билан кариоз тишларнинг шаклланиши ва ривожланиш хавфи ортишини, шунингдек махсус мактаб болалари тиш кариселарининг жадаллашуви аниқланди.

Шундай қилиб, Бухоро шаҳридаги йигирма еттинчи сонли махсус мактабда церебрал фалажи бор болаларда 6 ёшгача бўлган болаларда тиш карисесининг тарқалиши 37,3% ни ташкил этганлиги аниқланди. Кариоз тишлар 2 ёшдан пайдо бўла бошланиб, 3 ёшга келиб улар ҳар учинчи болада учради. 6 ёшдан 12 ёшли болаларда бу параметр 1.6 баравар юқоридир. Тиш карисесининг жадаллигини ўрганишда (кп) худди шундай тенденция (0.31±0.08 ва 1.97±0.26) ўрганилди. Бу далил церебрал фалаж билан касалланган боланинг ёши ўсиб бориши билан кариоз тишларнинг шаклланиши ва ривожланиши хавфини ҳам, шунингдек, мактабгача ёшдаги болаларда тиш кариселарининг жадаллашувининг ошишини исботлайди.

Тиш кариселарининг тарқалиши ва интенсивлигини ўрганиш бўйича олинган натижалар таҳлил қилинганда, мактаб интернат ёшидаги болаларда бу маълумотлар мактабгача ёшдаги кўриқдан ўтган болаларнинг кўрсаткичларидан бирмунча фарқ қилиши аниқланди.

Церебрал фалаж билан касалланган болаларда тиш карисесининг интенсивлиги (кп) ўрганиш бўйича тадқиқот натижаларини баҳолашда биз худди шундай тенденцияни қайд этдик, яъни церебрал фалаж билан касалланган болаларда ёшнинг ортиб боришига қараб, тарқалиш параметрлари билан бирга, болаларда тиш карисесини аниқлашнинг жадаллашуви ҳам ортиб, бу 12 ёшдан 16 ёшли бўлган болаларда 2.95±0.68 ва 16 дан 18 йилгача бўлган болаларда натижалари 3.75±0.94 (p<0.001) аниқланди. Мактаб ўқувчилари ва мактаб ёшида бўлмаган болаларда карис касаллигининг тарқалиши ва жадаллиги бўйича аниқланган далиллар шуни кўрсатадики, режалаштириладиган профилактик тадбирлар мазкур минтақада боланинг ёши, тиш карисесининг тарқалиши ва жадаллигини инobatга олган ҳолда текширувлар ўтказилди.

Шундай қилиб, церебрал фалаж билан касалланган болаларда тиш карисесининг тарқалишининг ошиш тенденцияси, ёшнинг ўсишига қараб, мактаб ёшидаги болаларда ҳам сақланиб қолди. 10 ёшдан 16 ёшгача бўлган кўриқдан ўтган болаларда тишларнинг кариоз зарарланиши 61,3% ҳолларда аниқланиб, бу мос равишда мактаб ёши бўлмаган болаларнинг икки ёш гуруҳига нисбатан 1,6 ва 1,1 баравар кўпдир. 16 ёшдан 18 ёшли болаларда тиш карисесини

аниқлана олинмиши 10 ёшдан 16 ёшли болаларга қараганда 10,5% га (1,2 баравар) юқори бўлди.

Ёш ортиши билан тарқалиш параметрлари билан бирга болаларда тиш карисесини аниқлаш жадаллиги ортиб бориши ҳам аниқланди (10 дан 16 ёшгача болаларда 2.95±0.68 бўлиб, 16 дан 18 ёшли болаларда эса 3.75±0.94). Мактаб ўқувчиларида карис касаллигининг тарқалиши ва жадаллиги бўйича аниқланган далиллар шуни кўрсатадики, режалаштириладиган профилактик тадбирлар боланинг ёши, минтақада тишлар карисесининг тарқалиши ва жадаллигини инobatга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Тадқиқотларнинг кейинги босқичи кўриқдан ўтган болаларда тиш карисесининг шаклини (компенсацияланган, субкомпенсацияланган, декомпенсацияланган) аниқлашдан иборат бўлди. 6 ёш орасидаги кўриқдан ўтган болаларда тиш карисесининг декомпенсацияланган шакли мавжуд эмаслиги аниқланди.

Умуман олганда тиш карисесининг компенсацияланган шакли (85.1%, n=40) ҳолатда аниқланиб, субкомпенсацияланган шакли эса 47 (14.9%) ҳолатдан 7 тасида аниқланди. Шунинг учун, 6 ёшгача болаларда фақат тиш карисе тарқалганлиги нафақат пасайган, балки камдан-кам ҳолларда субкомпенсацияланган шакли учраб, тишлар карисесининг декомпенсацияланган шакли учрамайди.

Тадқиқотга жалб қилинган 6 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда бироз бошқача манзара намоён бўлиб, бунда карисесининг компенсацияланган шаклини аниқлаш фоизи (53.9%, n=90) тишлар карисесининг субкомпенсацияланган (41,9%, n=70) шаклининг 2.8 бараварга ва декомпенсацияланган шакллариининг (4,2%, n=7) ошиши ҳисобига олинган ёш гуруҳларидаги болаларга қараганда сезиларли даражада 1.6 бараварга камайди.

Компенсацияланган шаклининг аста-секин камайиши ва бошқа шакллариининг (субкомпенсациялашган ва декомпенсациялашган) кўпайиш тенденцияси 10 ёшдан 16 ёшгача бўлган кўриқдан ўтган болаларда ҳам давом этди. Бу ёш гуруҳи болаларида карисесининг компенсацияланган шаклининг пасайиши 6 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 2,0 бараварга ва 6 ёшгача бўлган болаларга нисбатан эса 3,1 бараварга қайд этилган. Шунга мос равишда, тиш карисесининг бошқа шакллариининг фоиз нисбатлари аниқланди.

Кўриқдан ўтган 16 ёшдан 18 ёшгача бўлган болаларда бу нисбат янада сезиларли эди. Тишлар карисесининг компенсацияланган шакли болаларнинг бошқа ёш гуруҳларига нисбатан кам миқдорда (13.6%, n=29) – камайиш мос равишда 6.3, 4.0 ва 2.0 баравар бўлган. Тиш карисесининг субкомпенсацияланган шакли бор бўлган болаларнинг нисбий сони, аксинча, энг юқори (74.8%, n=160) даражани ташкил этди. Бу ёш гуруҳида даволаш ва тиш функциясини тиклаб бўлмайдиган карисесининг декомпенсацияланган шакли энг катта миқдорда бўлиши ҳолати таъшиш уйғотади (11,6%, n=25), яъни ҳар ўнинчи карисе касалигини ўғил ёки қиз болада патологик жараён ортга қайтариб бўлинмас эди.

Бундан ташқари, ўрганилаётган ёш гуруҳларига қараб мос равишда 3,4%, 4,7%, 5,8% ва 7,2% ҳолларда аниқланган карисе туфайли нобуд бўлган тишлар соҳасида шиш, гипере мия ва милкларда қон кетиш мавжудлиги аниқланди.

Таддикотларда церебрал фалаж билан касалланган болаларда тиш кариеслари учун етакчи хавф омиллари бу соматик патологияси (болалар церебрал фалаж), тишларнинг гипоплазияси ва оғиз бўшлигининг ногигиеник таркиби эканлиги аниқланди. Кўриқдан ўтган церебрал фалаж билан касалланган бу болаларда боланинг ёшидан қатъий назар тишлар кариесининг субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган шакллари кўпайганлиги қайд этилди ($P < 0.001$). Олинган натижалар аниқ далилга, яъни оғиз бўшлиғи саломатлиги ва инсоннинг, шу жумладан барча ёш гуруҳларига тегишли болалар организмнинг умумий саломатлиги ўртасида ўзаро боғлиқлик борлигига белгиланмоқда.

Шундай қилиб, 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларда олдинги ёш гуруҳ болаларига таққослаганда субкомпенсацияланган (41,9%) ва декомпенсацияланган тиш кариесининг шакли (4,2%) ошиши ҳисобига кариеснинг компенсацияланган шаклини аниқлаш 1,6 бараварга камайдди. Бундай тенденция 12 ёшдан 16 ёшгача бўлган болаларда ҳам давом этиб, бу ёш гуруҳидаги болаларда кариеснинг компенсацияланган шаклининг камайиши 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 2,0 бараварни 6 ёшгача бўлган болаларга нисбатан эса 3,1 бараварни ташкил этган. Тишлар кариесининг компенсацияланган шакли болаларнинг бошқа ёш гуруҳларига нисбатан кам миқдорда (13,6%, $n=29$) учраган - пасайиш мос равишда 6,34,0 ва 2,0 баравар бўлган. Субкомпенсацияланган тиш кариеси болаларнинг нисбий сони энг юқори (74,8%, $n=160$) фоизни ташкил этди. Бу ёш гуруҳида тиш кариесининг декомпенсацияланган шакли энг катта (11,6%) бўлган. Кариес туфайли нобуд бўлган тишлар соҳасида шиш, гиперцеребрал ва милклар соҳасида қон кетиши ўрганилган ёш гуруҳларига қараб мос равишда 3,4%; 4,7%; 5,8% ва 7,2% ҳолатлари ўрганилди.

Церебрал фалаж билан касалланган болаларда тишлар кариеси ривожланишининг етакчи хавф омиллари бу организмдаги фон асосий соматик патологияси (болалар церебрал фалаж), тишларнинг гипоплазияси ва оғиз бўшлигининг ногигиеник таркиби эканлиги аниқланди. Натижалар оғиз бўшлиғи саломатлиги ва болаларнинг организмнинг умумий ҳолати ўртасида яқин алоқадорлик борлигини кўрсатди.

- церебрал фалаж билан касалланган 4 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларда олдинги ёш гуруҳ болаларига нисбатан субкомпенсацияланган (41,9%) ва декомпенсацияланган тиш кариеси шакли (4,2%) ошиши туфайли кариесларнинг компенсацияланган шаклининг аниқланиши 1,6 бараварга пасаяди;

- шундай тенденция 12 ёшдан 16 ёшгача бўлган церебрал фалаж билан касалланган болаларда ҳам давом этди, бу болаларда кариесларнинг компенсацияланган шаклининг пасайиши 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 2,0 баравар, 6 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 3,1 баравар эканлиги қайд этилди. Тиш кариесининг компенсацияланган шакли болаларнинг бошқа ёш гуруҳларига нисбатан кам миқдорда (13,6%) учраган - пасайиш мос равишда 6,3 4,0 ва 2,0 бараварни ташкил этган. Тишлар кариесининг субкомпенсацияланган шакли бор бўлган болаларнинг нисбий сони энг юқори (74,8%) бўлиб, бу ёш гуруҳида тишлар кариесининг декомпенсацияланган шакли энг юқори (11,6%) аниқланган;

- тишлар кариеси туфайли бузилган тишлар соҳасидаги шиш, гиперцеребрал ва милкларда қон кетиши, ўрганилган ёш гуруҳларига қараб, мос равишда 3,4%, 4,7%, 5,8% ва 7,2% ҳолларда ўрганилди;

- болаларда стоматологик кариес ривожланишининг етакчи хавф омиллари соматик патология (болалар церебрал фалаж), тишларнинг гипоплазияси ва оғиз бўшлигининг ногигиеник таркиби бўлмаган миқдори эканлиги аниқланди. Оғиз бўшлиғи саломатлиги ва болалар бутун организмнинг умумий аҳоли ўртасида яқин алоқадорликнинг мавжудлигини кўрсатади.


Хулоса. Соматик ҳолатнинг таъсири церебрал фалаж билан зарарланган болаларнинг стоматологик ҳолатига бевосита боғлиқлиги аниқланди. Таққослаш гуруҳи болаларидан фарқли ўларок, лабларнинг қуриш шикоятлари олтидан тўрт бутун қирик миқдори ва оғиз бўшлиғи шиллик қавати (76,27%), милклардан қон кетиши (40,67%), милкларнинг қичиши ва куйишиши (28,81%), ($P < 0,05$) кузатилди. Кариеснинг тарқалиши ва юқори интенсивлиги ($5,73 \pm 2,45$ ва 84,74%) ва пародонтнинг касалликлари ($2,09 \pm 0,95$ ва 83,05%) кузатилди, таққослаш гуруҳидаги болаларда кариеснинг тарқалганлиги ва интенсивлиги ва пародонт касаллиги камайди ва мос равишда $4 \pm 1,20$ (73,33%) ва $1,45 \pm 0,63$ (66,66%) ташкил этди ($P < 0,05$).

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Eronov Yo.K. Indications for oral hygiene in stch children with cerebral palsy // International Journal of teguated Education Vol 3, Issue VI, June, 2020.-P. 26-27
2. EronovYo. K.Evaluationofstomatologicalinvestigations in children diagnosed with cerebral palsy. “Актуальные вызовы современной науки” Украина выпуск 4(48) Часть-1.-P. 45
3. EronovYo. K. Caries and stactical indicators in children with cerebral palsy. “Actual problems of children’s dentistry” // “Actual problems of childrens denistry” India 22 may 2020. - P.26-27
4. Мирсалихова Ф.Л.Минимально щадящий подход к лечению кариеса зубов у детей. // Материалы межрегиональной заочной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию профессора В.Ю.Миликевича «Актуальные вопросы стоматологии».
5. Волгоград.29 апреля 2017 г. С- 238-241.
6. Камалова Ф.Р. Изменение микрофлоры и неспецифических факторов защиты у детей при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста»// Вторая Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора СайфуллинойХалимыМухлисовны. Сборник научных статей. – 2019. – С. 70-74.
7. Камалова Ф.Р. Изучение важных аспектов в развитии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 4,1 (98). – С. 69.
8. Камалова Ф.Р. Изучение стоматологического статуса у детей с сахарным диабетом в Бухарской области// Новый день в медицине. - 2020. - №1(29). - С. 216-218.
9. Камалова Ф.Р. Лечебно-профилактические мероприятия стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом// Новый день в медицине. – 2019. - №2 (30/2). - С. 223-226.
10. Камалова Ф.Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей// Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 383.
11. Yarieva O.O. The grade of damage to hard tissues of teeth of noncarious and carious among children and teenagers of the Bukhara region// World Journal of Pharmaceutical Research. - 2020. Vol. 3. - P. 345-350.
12. YariyevaO.O. Clinic, Early Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Children// International journal of Bio-Science and Bio-Technology. – India. – 2019. Vol. 6. – P. 15-23.

Ахмедов Алибек Баходирович,
Камалова Феруза Рахматиллаевна.
Бухоро давлат тиббиёт институти

БОЛАЛАРДА ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАСИ ФЛЮОРОЗИ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (Адабиётлар шархи)

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-15>

АННОТАЦИЯ

Флюороз - бу фторид билан заҳарланиш натижасида келиб чиқадиган ва фторид микдори кўп бўлган ичимлик сувини истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган эндемик касаллик. Флюорознинг дастлабки белгиларидан бири тишларнинг шикастланишидир. Сувдаги фториднинг 6 мг/л дан ортиқ концентрацияси шаклландиранган тишларда ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Мамлакатлар ва китъалар бўйича флюорознинг тарқалиши фоизи - Африка мамлакатларида 46% - 84%, Шимолий Америкада - 22% - 78%, Жанубий Америкада - 53% - 89%, Австралияда - 17% - 32%, Европада - 15% дан 100% гача эканлиги аниқланган. Мавжуд адабиётларда флюороз патологияси ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилиб, шуни хулоса қилиш мумкинки, ҳозирги кунга қадар тиш флюорозининг пайдо бўлишининг сабаблари ва механизмлари бўйича ягона қоидалар ишлаб чиқилмаган. Бу муаммонинг долзарблигини ва қўшимча тадқиқотларга эҳтиёж борлигини таъйозо этади.

Калит сўзлар: флюороз, тарқалганлиги, этиология, патогенез, тиш қаттиқ тўқимаси

Ахмедов Алибек Баходирович,
Камалова Феруза Рахматиллаевна.
Бухарский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЭТИОЛОГИЮ И ПАТОГЕНЕЗ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Флюороз – эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором и возникающее в результате потребления питьевой воды с повышенным содержанием фтора. Одним из наиболее ранних признаков флюороза является поражение зубов. Концентрация фтора в воде, превышающая 6 мг/л, может вызвать изменения в уже сформировавшихся зубах. Установлено процентное соотношение степени распространения флюороза по странам и континентам - в странах Африки 46% - 84%, в Северной Америке - 22% - 78%, в Южной Америке - 53% - 89%, в Австралии – 17% - 32%, в Европе – от 15% до 100%. Анализируя сведения по патологии флюороза в доступной литературе, можно сделать вывод, что на сегодняшний день не сформулированы единые положения о причинах и механизмах формирования флюороза зубов. Эта проблема является актуальной проблемы и необходимости дальнейших исследований.

Ключевые слова: флюороз, распространенность, этиология, патогенез, твердых тканей зубов

Akhmedov Alibek Bahodirovich,
Kamalova Feruza Rakhmatillaevna
Bukhara state medical institute

MODERN VIEWS ON THE PREVALENCE, ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF DENTAL FLUOROSIS IN CHILDREN

ANNOTATION

Fluorosis is an endemic disease caused by fluoride intoxication and resulting from the consumption of drinking water with a high fluoride content. One of the earliest signs of fluorosis is tooth damage. The concentration of fluoride in water exceeding 6 mg / l can cause changes in already formed teeth. The percentage of the prevalence of fluorosis by countries and continents has been established - in African countries 46% - 84%, in North America - 22% - 78%, in South America - 53% - 89%, in Australia - 17% - 32%, in Europe - from 15% to 100%. Analyzing the information on the pathology of fluorosis in the available literature, it can be concluded that to date, no unified provisions on the causes and mechanisms of the formation of dental fluorosis have been formulated. This problem is an urgent problem and the need for further research.

Key words: fluorosis, prevalence, etiology, pathogenesis, dental hard tissues

Стоматологияда флюороз одатда тиш шаклланиши босқичларида организмга фторнинг кўп микдорда кириши натижасида қаттиқ тўқималар ривожланишининг тизимли

бузилиши деб тушунилади, бўрсимон ва пигментли доғлар пайдо бўлиши, эмалнинг емирилиши билан бирга келади. Флюороз - бу фтор билан заҳарланиш натижасида келиб чиқадиган ва фтор

микдори кўп бўлган ичимлик сувини истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган эндемик касаллик бўлиб ҳисобланади. Флюорознинг дастлабки белгиларидан тиш қаттиқ тўқималардаги ўзгаришларда ўз аксини топади [42, 43].

Этиологияси ва патогенези. Фтор галоген қаторининг энг фаол элементи бўлиб, табиатда кенг тарқалган. Вояга етган одам кунига ўртача 0,5-1,1 мг фторни озик-овқат билан, 2,2-2,5 мг сув билан қабул қилади. Характерли жиҳати шундаки, озик-овқат таркибидаги фторидлар сувда эрийдиган фторидларга қараганда ёмонроқ сўрилади [4]. Клиник кузатувлар асосида ичимлик сувда фторнинг мақбул миқдори 1 мг/л эканлиги аниқланган. Бундай концентрацияда флюороз камдан-кам ҳолларда кузатилади (ёки энгил шаклда намоён бўлади) ва яққол кариесга қаршилик кучини ҳам саклаш таъсири мавжуд [25]. Сувдаги фтор концентрацияси 6 мг/л дан ошса, шакланган тишларнинг ўзгаришига олиб келиши мумкин [19, 42]. Иссиқ иқлимли минтақаларда ичимлик сувда ўртача фтор миқдори (0,5-0,7 мг/л) билан оғир тиш флюорози кузатилиши мумкин. Бу организмда сувнинг кўпайиши билан боғлиқ. Тиш флюорозининг даражаси тананинг фтор билан заҳарланишига сезгирлик даражаси ва бу таъсирга қарши туриш қобилияти билан белгиланади. Флюороз пайдо бўлишининг аниқ механизми ҳали тўлиқ ўрганилмаган. Тиш эмали ривожланишида фторнинг эмалобластларга гематоген токсик таъсири, эмалнинг ногўғри шаклланишига олиб келадиган ғоя асосли деб қаралади. Фтор ферментатив заҳар бўлиб, фосфатаза фаоллигини пасайтиради ва шу билан эмалнинг минерализациясини бузиши тўғрисида ҳам маълумотлар мавжуд. Флюороз, асосан, бола туғилгандан кейин ёки 3-4 ёшидан бошлаб эндемик ўчоқда яшовчи болаларнинг доимий тишларига (камдан-кам ҳолларда сут) таъсир қилади. Муаллифлар ушбу патология белгиларининг намоён бўлиш интенсивлиги бевосита болаларнинг эндемик худудда яшаш муддатига боғлиқ деб ҳисоблайди. Флюороз даражаси боланинг танасига ҳаддан ташқари кўп миқдорда фторли бирикмалар тушган даврда тиш қаттиқ тўқималарнинг минерализация даражаси билан боғлиқ деб таъкидлаган [12, 27, 35, 36]. Ушбу хулоса, агар 12 ойгача бўлган чақалоқларнинг танасида фтор миқдори кўпайган бўлса, у ҳолда флюороз биринчи доимий озик тишларда ва марказий юқори кесувчиларда ривожланиши билан тасдиқланади. 2-3 ёшгача бўлган болаларга фторид бирикмаларнинг таъсири кичик озиклар ва иккинчи доимий катта озик тишларнинг шикастланишига олиб келиши кузатишган [15, 34].

Дунё бўйича флюороз тарқалиши турлича кўрсаткичларни кўрсатади ва энг кўп эндемик флюороз учрайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) сўнгги маълумотларига кўра, бутун дунёда 300 дан ортик эндемик флюороз ўчоқлари мавжуд. Мамлакатлар ва китъалар бўйича флюорознинг тарқалиши улуши - Африка мамлакатларида - 46% - 84%, Шимолий Америкада - 22% - 78%, Жанубий Америкада - 53% - 89%, Австралияда - 17% - 32%, Европада - 15% дан 100% гача аниқланган. Уганда, Нигерия, Марокаш ва Жанубий Африка каби бир қатор Африка мамлакатлари аҳолиси орасида флюорознинг тарқалиши 50% га, Танзанияда - 74%, Эфиопияда - 84% га етди. Буни сув олиш манбалари, тупроқ ва жинслардаги фторнинг сезиларли даражада кўплиги билан изоҳлаш мумкин. Ушбу касалликнинг алоҳида эндемик ўчоқларини Яқин Шарқ мамлакатларида, шунингдек, Осиёда топиш мумкин: Кувайт, Қозоғистон, Эрон, Озарбайжон ва баъзи бошқа минтақаларда 64% гача юқори кўрсаткични кўрсатган [28, 37, 38]. Муаллиф ўз тадқиқоти натижаларидан олинган маълумотларга кўра - Яман Республикасида флюороз билан зарарланганлар барча ёш тоифалари аҳолисининг 19,7% - 83,6% ини ташкил қилади [5]. Ҳиндистонда бу патология 23% - 30% болаларда аниқланган [30, 40]. Мексикада болаларда флюороз билан касалланиш ортиб бораётганлиги кузатишган. Тиш эпидемиологик текшируви натижаларига кўра, 12 ёшгача бўлган барча текширилган болаларда у ёки бу даражада флюороз аниқланган, тишларнинг қаттиқ тўқималарига жиддий зарар етказилган ҳолатларнинг 30% дан ортиги айнан ушбу патологияга тўғри келган [3, 41]. Фторли тузни истеъмол қилиш ва сувни назоратсиз фторлаш касалликнинг ривожланиш хавфини

сезиларли даражада оширади. Қайд этилишича, тоғли худудлар аҳолисида касалликнинг оғирлиги текис худудларга қараганда анча яққол намоён бўлади [39]. АҚШнинг сувдаги фторидларнинг рухсат этилган миқдори ошиб кетган худудларида ўтказилган қиёсий таҳлил натижаларига асосланиб, ушбу патологиядан азият чекадиган болалар сони 1940 йилдаги 15% дан 2004 йилда 75% гача кўтарилган деган хулосага келган. Европа мамлакатлари (Германия, Англия, Италия, Болгария) ҳам эндемик флюороз ўчоқлари бўлган баъзи худудларини белгиллаган. Россия Федерацияси худудида ичимлик сувининг ортиқча фтор билан тўйинганлиги бўйича эндемик худудлар мавжуд. Россиядаги эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўртача 12 ёшгача бўлган болаларда флюороз 6,9% ни ташкил қилади. [14]. Аммо баъзи эндемик худудларда бу кўрсаткич 100% га етди.

Флюорознинг маҳаллий, хорижий таснифлари мавжуд. МКБ-10 касалликларининг халқаро таснифига кўра, оғиз бўшлиғи касалликларининг кичик бўлими К00.3 "Хиралашган тишлар" коди билан ифодланади, унга "Эмалнинг эндемик флюорози" (К00.30); Чет эллик муаллифлар Деан Х. (1942) томонидан флюорозда қаттиқ тўқималарнинг шикастланишини тизимлаштиришдан кенг фойдаланишади ва унда 5 та шакл аниқланган:

I шакл - шубҳали (сўроқли) флюороз - камдан-кам кўринадиган оқ рангли доғлар, эмалда майда доғлар учратилади;

II шакл - жуда заиф флюороз – тиш тож юзасининг тўртдан бир қисмидан камроқ қисмини қоплайдиган бўрсимон оқ рангли доғлар пайдо бўлиши;

III шакл - заиф флюороз - шунга ўхшаш катта хиралашган оқ доғлар характерлидир, эмал юза қатламнинг ярмидан кўпи бузилмасдан қолади;

IV шакл - мўътадил флюороз - жигарранг доғлар пайдо бўлиши кузатилади, эмалнинг тузилишида емирилишлар ва ўзгаришлар содир бўлади;

V шакли - оғир флюороз - тишларнинг мутлақо барча юзаларида зарарланиш ўчоқлари кузатилади ва сезиларли жигарранг рангга эга бўлган жойларнинг шаклланиши, эмални йўқ қилиш манбаларининг пайдо бўлиши билан ажралиб туради.

И.О.Новик таснифига мувофиқ тиш флюорози ривожланишининг уч босқичи аниқланган. П.Т. Максименко ва А.К. Николишин флюороз ривожланишининг тўртта даражасини аниқлаган ва концепцияни киритган - чекланган ва кенг тарқалган (умумий) флюороз. Мамлакатимизда В.К. Патрикеевнинг таснифига энг катта устунлик берилди. У флюорозни қуйидаги шаклларда кўриб чиқишни таклиф қилди: I шакл - чизикли; II шакл - доғли; III шакл - бўрсимон доғли; IV шакл - эрозив; V шакли - деструктив.

Флюорознинг турли шакллари ўзига хос хусусиятларга ва белгиларга эга. Ҳам чизикли, ҳам доғли шаклларда эмал юзаси силлиқ ва ялтироқлиги сақланади. Бўрсимон доғли шаклга ўтиш билан ялтираш йўқолади, эмалда хиралик пайдо бўлади ва марказий кесувчи тишларнинг вестибуляр юзасида бўрсимон доғлар кузатилади. Касалликнинг ўртача ва оғир шакллари турли хил ранг интенсивлиги, ҳажми ва шакли билан фарқ қилувчи пигментли доғлар мавжудлиги билан тавсифланади [7, 10, 24, 26]. Эрозив ва деструктив шакллар оғир шаклар деб аталади. Флюорознинг эрозив ва деструктив шакллари билан зарарланган тишларда мўртликнинг кучайиши ва тиш қаттиқ тўқималарида нуксонларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади, бу эмал ва ҳатто дентиннинг тез емирилишига сабабчи бўлади ва қаттиқ тўқималарда ёриқлар пайдо бўлишига олиб келади [11, 16, 20]. Беморда битта эмас, балки бир вақтнинг ўзиде флюорознинг турли шаклларига мос келадиган белгилар мажмуи бўлиши мумкин: нуктали ёки бирлаштирган эрозия, эмалнинг емирилиши ва ёрилиши, бўрсимон ва пигментли доғлар [15, 19].

Флюорозни ташхислашда кўринадиган клиник белгиларни диққат билан таҳлил қилиш керак, улар бошқа касалликларга ҳам хос бўлиши мумкинлиги келтирилган [31]. Чизикли ва доғли шакллар эмал пигментацияси, доғ босқичида кариес ва гипоплазия билан ўхшаш кўринишга эга. Бўрсимон доғли шакл юзаки кариес, кислота некрози, гипоплазия ва мрамар касаллиги, Стептон-Капдепон синдроми билан таққосланади. Эрозив ва деструктив

шакллари юза ва ўрта кариес, эрозия, понасимон нуқсон ҳамда тугалланмаган амелогенездан ажратиш керак [1, 4, 13, 14, 16, 29].

Тиш флюорозининг патогенези концепцияси ривожланиш даврида фторнинг кўпайиши тиш эмалига токсик таъсир кўрсатиши мумкин бўлган маълумотларга асосланади [6, 8]. Фторнинг шаклланмаган эмалга таъсири ферментатив жараёнларни ўзгартиришдан иборат бўлиб, бу эмалнинг оксил матрицаси бузилишига, оксил ва минерал компонентларининг бузилишига сабабчи бўлади. Г.Д. Овруцкий фторидларнинг амелобластлар ҳужайраларига бевосита токсик таъсири натижасида уларнинг дегенерацияси содир бўлишини таъкидлайди. Бу ўз навбатида, эмал призмаларининг шаклланишини тўхтатади ва эмалнинг ривожланишини бузади. Фтор амелобластларга салбий таъсир кўрсатади, ферментатив жараёнларга аралашади, амелобластларда амелогенезнинг парчаланишига ёрдам берадиган протеолитик ферментларни ишлаб чиқариш қобилиятдан маҳрум қилади, шаклланган эмалдан оксил ва сувни олиб чиқариш қобилиятини бузади [32]. 1981 йилда О. Фежерсков флюороз патогенези схемасини тақлиф қилди, унга кўра секретор фазада амелобластларга, синтезланган эмал оксилларининг миқдори ва таркибига аниқ ситотоксик таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, кристалл ўсишига бевосита таъсир амалга оширилади. Эмал шаклланиш босқичида амелобластларга ферментатив тизим ва эмал органига таъсир қилувчи ситотоксик таъсир кўрсатилади. Шундай қилиб, фторнинг ситотоксик таъсири бевосита минерал алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади. 1995 йилда А.К. Николишин Тиш флюорози шаклланишининг 3 босқичини аниқлади:

1. Флюороз ҳосил бўлишининг бошланғич босқичи - амелогенез босқичида фтор тиш муртагининг қон томирлари орқали амелобластларга қиради. Шу билан бирга, фтор ионлари эмал ҳосил қилувчи калцийни боғлайдиган оксил билан қўшилиб, гидроксифлуорапатитни ҳосил қилади.

2. Флюорознинг жағ ичи шаклланиш даври - 20 та фторид бирикмалари эмал юзасида калций шаклида чўқади, гидроксипатит кристаллари устида қатламлар ҳосил қилади. Ушбу ҳодисалар фаоллигининг чўққиси эмалнинг калцификацияси тугаганидан кейин икки-тўрт ёшда доимий тиш муртақларида содир бўлади.

3. Флюорознинг тиш чиққандан кейинги шаклланиш босқичи тиш чиқиши тугагандан сўнг калций фторид синтезининг узайиши билан тавсифланади. Эмал қатламининг калций фторидлари ва тиш эмалининг фторпатити ўртасидаги боғланишнинг мустақамлиги этарли эмаслиги сабабли, механик таъсирлар таъсирида эмалнинг нуқсонлари ва бузилиши ҳосил бўлади. Шунга ўхшаш жараёнлар тишлар чиққандан 3 йилдан кейин қузатила бошлаган. Эмал юзасида калций фторид қатламининг қалинлиги қанчалик катта бўлса, флюорознинг оғирлиги шунчалик юқори бўлади. [17].

Кўпгина муаллифлар флюорознинг патогенезини кўп миқдорда фторид билан фторнинг структурвий оксиллар ва ферментлар билан бевосита ўзаро таъсир қилиши, оксиллар ва аминокислоталарнинг метаболизмга салбий таъсир кўрсатиши билан боғлашган. Танага ортиқча фторни узоқ вақт қабул қилиш фосфатаза фаоллигини пасайтиради, бу эмалнинг минерализация жараёнига салбий таъсир қилади [16, 22, 23].

Флюорознинг пайдо бўлиш эҳтимоли эмал ривожланишининг ҳар қандай босқичида, муртақлик давридан тортиб то якуний шаклланишигача истисно қилинмайди. Тишларнинг турли гуруҳларини шаклланиш босқичларини таҳлил қилгандан сўнг, ушбу патология ривожланишининг энг катта хавф давлари

аниқланди: - 0 дан 4 ёшгача - кесуви ва кичик озиқ тишлар эмалининг шаклланиши; - 4 ёшдан 6 ёшгача - биринчи ва иккинчи катта озиқ тишларнинг ривожланиши; - 6 ёшдан катта - учинчи катта озиқ тишларнинг ривожланиши [18].

Баъзи хорижий муаллифларнинг изланишларида фторнинг ортиқча миқдори тиш эмалининг оксил матрицаси синтезини таъминловчи геннинг нормал ифодасини бузганлиги қайд этилган. Бу оксил синтезининг бутун жараёнининг ўзгаришига таъсир қилади [9]. Фторнинг юқори миқдори амелобластларнинг ситоплазматик тармоғига таъсир қилади, ўсаётган ҳужайраларда "стресс" пайдо бўлишига олиб келади [44]. А.С. Анохина тадқиқот натижаларига кўра, узоқ вақт давомида фторнинг ҳаддан ташқари тўйинганлиги суяк тўқималарида метаболик силжишлар ва гормонал тизимнинг (паратиреоид гормони – калцитонин) қайта тузилиши билан намоён бўладиган калций-фосфор алмашинувининг номуаносиблигини келтириб чиқаришини таъкидлайди. Кейинчалик метаболик ўзгаришлар ситокимёвий бузилишларга олиб келади, улар тизимли даражада буйрак функцияси ва сув-туз метаболизмига таъсир қилиши мумкин [2]. Э.В. Боровский флюорозли тишлар қаттиқ тўқималарининг шакли ва структурвий бузилишлари ўртасидаги мувофиқликни аниқлади. Касалликнинг дастлабки босқичида қаттиқ тўқималар ички тузилмаларида бир-бирдан катталиги ва шакли бўйича фарқ қилидиган ўзгариш ўчоқлари кузатилади. Қаттиқ чегараланган Гунтер-Шрегер ва Ретциус чизиклари аниқ кўрилади [4]. Минераллашган эмалнинг юза қаватидан фарқли ўларок, эмал ички қаватлари деминерализацияланганлиги кузатилади. Бўрсимон дегенерацияланган эмалда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: призмаларо бўшлиқлар кўпаяди, эмал зичлиги пасаяди ва унинг ўтказувчанлиги ортади. Ушбу жараёнлар бўёқларнинг тарқалиши натижасида эмалнинг пигментациясига олиб келади. Оғир шакллarda гидроксипатит кристалларининг тузилмалари ўзгаради, эмал емирилиш ўчоқлари пайдо бўлади. Дентин эмал чегараси тишсимон шакл билан тавсифланади. Дентин асосий моддасининг тузилиши сиқилади, дентин найчалари атрофида гиперкалцификация майдони аниқланади, дентиннинг микрокаттиқлик кўрсаткичи ошади [16]. Касалликнинг оғир шакли мавжуд тишлардаги эмал ва дентиндаги калций миқдори соғлом тишдаги бир хил кўрсаткичларга нисбатан сезиларли даражада камаяди. Флюороз билан касалланган тишларнинг эмали ички қатламининг фтор билан тўйинганлиги сабабли, оддий тиш эмалига қараганда емирилишга ва парчаланишга кўпроқ мойил бўлади [14].

Худди шу эндемик ҳудудда флюорознинг турли шакллари (оғир ва энгил) мавжудлигини қандай тушунтириш мумкин? Бундан ташқари, бундай ҳудудларда мутлақо соғлом болалар бор [21, 33]. Хулоса қилиш мумкинки, организмнинг фторидни қабул қилишга муносабати индивидуалдир. Бир хил сув таъминоти манбасидан бир хил миқдордаги фторни истеъмол қилиш учун тананинг идроки бир хил эмас. Бундан ташқари, мавжуд адабиётларда бир вақтнинг ўзида касалликнинг эндемик ўчоғини тарқ этган одамларда тиш флюорозининг қандай хусусиятлари кузатилганлиги ҳақида ишончли маълумот йўқ. Бу хусусиятларни аниқлаш, шунингдек, эндемик ўчоқда доимий яшовчи шахсларда флюорознинг намоён бўлиши билан қиёсий таҳлил қилиш, бизнинг фикримизча, катта илмий ва амалий кизиқиш уйғотади.

Шундай қилиб, мавжуд адабиётларда флюороз патологияси ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилиб, ҳозирги кунга қадар тиш флюорози пайдо бўлишининг сабаблари ва механизмлари бўйича ягона қондалар шакллантирилмаган деган хулосага келиш мумкин. Бу муаммо долзарб ва қўшимча тадқиқотлар талаб этилади.

Список литературы.

1. Алимский А.В. Показатели пораженности кариесом и флюорозом зубов школьников, родившихся и постоянно проживающих в разных по уровню содержания фтора в питьевой воде регионах Азербайджана / А.В. Алимский, Р. К. Алиева // *Стоматология*. – 2000. – №2. – С. 40-42.
2. Анохина А.С. Функционально-метаболические нарушения и компенсаторные механизмы при хронической интоксикации: эксперим. исслед. : дис. ... канд. мед.наук / А.С. Анохина. – Новосибирск, 2006. – 138 с.

3. Ахмедов А.Б. Проблемы профилактики и лечения некариозных поражений зубов в детском возрасте // «Профилактика стоматологических заболеваний» сборник материалов республиканской научно-практической конференции. Ташкент 23-24 март 2018 г. С.11-12.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Г. В. Банченко. – Москва: Мед.информ. агентство, 2003. – 216 с.
5. Гажва С.И. Комплексное исследование стоматологического статуса жителей Республики Йемен: дис. ... канд.мед.наук / С. И. Гажва, Я.А.А. Мауда. – Нижний Новгород, 2010. –209 с.
6. Гажва С.И. Этиопатогенетические механизмы развития флюороза зубов / С.И. Гажва, М.В. Гадаева // Фундаментальные исследования 2014. – №7. – С. 181-186.
7. Гаффоров С.А., Ахмедов А.Б. Научные взгляды на этиопатогенез, лечение и профилактику некариозных поражений тканей зубов (обзор литературы) // Stomatologiya. – 2019. – №2. – С. 79-82.
8. Гороховский В.Н. Нарушение синтеза гликозаминогликанов при экспериментальном флюорозе и пути их коррекции / В.Н. Гороховский, Р.П. Подорожная, О.И. Сукманский // Рос.стоматол. журн.–2008. –№1. – С.11-13.
9. Гроссер А.В. Микроэлементы и микроэлементозы: кремний, фтор, йод / А.В. Гроссер, С.К. Матело, Т.В. Купец // Профилактика сегодня. – 2009. –№ 10. – С.6-14.
10. Камалова Ф.Р. Изучение стоматологического статуса у детей с сахарным диабетом в Бухарской области// Новый день в медицине. - 2020. - №1(29). - С. 216-218.
11. Камалова Ф.Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей// Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 383.
12. Кисельникова Л.П. Изучение исходного уровня минерализации и уровня функциональной резистентности эмали постоянных зубов у детей, проживающих в очаге эндемического флюороза / Л.П. Кисельников, С.С. Богомолова // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 56-57.
13. Кисельникова Л.П. О дифференциальной диагностике различных форм пороков развития твердых тканей зубов / Л.П. Кисельникова, Т.А. Рзаева, О.С. Ковылина // Стоматология дет.возраста и профилактика. – 2010.– №2(33). – С.18-21.
14. Кузьмина Э.М. Фториды в клинической стоматологии: учеб. - метод. пособие / Э.М. Кузьмина, Т.А. Смирнова. – Москва: МГМСУ, 2001. – 32 с.
15. Леонтьев В.К. Национальное руководство по детской терапевтической стоматологии / В.К. Леонтьев, Л.П. Кисельникова. – Москва: ГЭОТАР, 2010. – 896 с.
16. Михальченко В. Ф. Болезни зубов некариозного происхождения: учеб.пособие / В.Ф. Михальченко, Н.Ф. Алешина, Т.Н. Радышевская. – Волгоград: ВГМУ, 2005. – 89 с.
17. Николишин А. К. Флюороз зубов / А. К. Николишин. Полтава, УМСА, 1999. – 136 с.].
18. Оулис К. Руководящие указания по применению фторидов у детей: док., отражающий политику Европ.акад. дет. стоматологии / К. Оулис, И. Раадал, Л. Мартенс // Стоматология дет. возраста и профилактика. – 2008.].
19. Персин Л.С. Стоматология детского возраста. – 5-е изд., перераб. доп. / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. – Москва: Медицина, 2006. – 640 с. 88.
20. Потопина С.Я. Патогенетические аспекты флюороза зубов в условиях дефицита йода: автореф. дис. ... канд. мед.наук / С.Я. Потопина; Читин. гос. мед. академия. – Иркутск, 2002. – 22 с.
21. Самаркина А.Н. Медико-социальные аспекты лечения и профилактики флюороза зубов у детей, проживающих в эндемическом очаге.: автореф. дис. ... канд. мед.наук /А.Н. Самаркина – Тверь. 2017 – 23 с.
22. Степко Е.А. Влияние курса корригирующей терапии на содержание компонентов слюны у больных флюорозом /Е.А. Степко // Стоматология. – 2007.– №5. – С.89-92.
23. Степко Е.А. Применение комплексных терапевтических методов коррекции метаболизма больных флюорозом: автореф. дис. ...канд. мед.наук / Е.А. Степко; ГУМиФ им. Н. Тестемициану. – Кишнев, 2009. – 25 с.].
24. Терапевтическая стоматология детского возраста / под ред. проф. Л.А. Хоменко. – Киев: Кн. плюс, 2010. – 804 с.
25. Терапевтическая стоматология/Под ред. Е.В. Боровского, - ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 840 с.
26. Федоров Ю.А. Особенности клиники, диагностики и лечения гипоплазии эмали, флюороза и других некариозных поражений зубов у детей /Ю.А.Федоров, И.А. Киброцашвили, Д.К. Щербина // Клин.имплантология и стоматология. – 2000. –№3/4. – С.94-96.
27. Хоменко Л.А. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков / Л.А.Хоменко, Е.И. Остапко, Н.В. Биденко. – Москва: Кн. плюс, 2004. – 200 с.
28. Abid A. Oral health in Tunisia / A. Abid // Int. Dent. J. – 2004. – Dec. – V.54(6 Suppl. 1). – P.389-394., Caries and fluorosis in 6- and 9-year-old children residing in three communities in Iran / H. Meyer-Lueckel [et al.] // Community Dent. Oral.Epidemiol. – 2006. – Feb. – V.34 (1). – P.63-70.
29. Akhmedov A.B., Ishanova M.K., Qodirova M.T., Dosmukhamedov E.Kh., Utesheva I.Z. Prevalence, prophylaxis and treatment principles of primary teeth erosion in children // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020, Vol. 24, Issue 04, pp. 2073-2078.
30. Arjunan Isaac. Prevalence and manifestations of water-born fluorosis among schoolchildren in Kaiwara village of India: a preliminary study / Isaac Arjunan, C. R. Wilma Delphine Silvia // Asian Biomedicine. – 2009. – Vol. 3, № 5 – P. 563-566.
31. Bodden M.K. Treatment of endemic fluorosis and tetracycline staining with macroabrasion and nightguard vital bleaching: a case report / M.K. Bodden, V.B. Haywood // Quintessence Int. – 2003. – V.34. – P.87-91.
32. Bronckers A.L. The impact of fluoride on ameloblasts and the mechanisms of enamel fluorosis / A.L. Bronckers, D.M. Lyaruu, P.K. DenBesten // J Dent Res. – 2009. – Vol. 88(10). – P. 877-893.
33. DenBesten P.K. Chronic fluoride toxicity: dental fluorosis / P. Denbesten, W. Li // Monogr Oral Sci. – 2011. – Vol. 22. – P. 81-96.
34. Eronov Yo.Q., Mirsalixova F.L. Indications for the comprehensive prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy.(2021) Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 25 (1), pp. 5705-5713.
35. Kamalova F. R., Eshonkulov G.T. The study of the prevalence of anomalies of the dentition in the bukhara region, their early diagnosis and treatment// Academica: Vol. 10 Issue 1, January. Vol. 1. - 2020. - P. 61-63.
36. Kamalova F.R., Rakhmatova D.R., Turaeva F.A., Eronov Yo.Q. Changes in microflora and non-specific factors protection of the oral cavity in children with inflammatory diseases maxillofacial area// Asian Academic Research journals. – 2019. Vol. 4.09. – P. 68-70.
37. Khalid A. The presence of dental fluorosis in the permanent dentition in Doha / A. Khalid // Bahrein Medical Journal. – 2004. – May. – V.10 (3). –P.425-428.


38. Meyer-Lueckel H. Reexamination of caries and fluorosis experience of children in an area of Jamaica with relatively high fluorosis prevalence / H.Meyer-Lueckel, K.Bitter, W.Hopfenmuller,S. Paris // *Caries Res.* – 2009. –№43 (4). – P.250-253.
39. Miller M.B. Reality: the information source for esthetic dentistry / M.B. Miller // Reality Publishing. – 2000. – V.14. – P.101-105.
40. Nichani M. Prevalence of dental fluorosis and the influence of water fluoride level on caries activity / M. Nichani // Abstracts of the 22nd Congress of the International Association of Paediatric Dentistry. – Munich, Germany. – June, 17-20, 2009. – 30 p.
41. Soto-Rojas A.E. A review of the prevalence of dental fluorosis in Mexico / A.E. Soto-Rojas, J.L. Urena-Cirett, E.A. Martinez-Mier // *Rev. Panam. Salud.Publica.* – 2004. – Jan. – V.15 (1). – P.36-40.
42. Yarieva O.O. The grade of damage to hard tissues of teeth of noncarious and carious among children and teenagers of the Bukhara region// *World Journal of Pharmaceutical Research.* - 2020. Vol. 3. - P. 345-350.
43. Yariyeva O.O. Importance of medical and social factors in etiology of carious and non-carious diseases of children// «International journal of pharmaceutical». - 2019. Vol. 7. – P. 456-461.
44. Young Fluoride induces Endoplasmic Reticulum Stress in Ameloblasts Responsible for Dental Enamel Formation /Kubota Kaori, Daniel H. Lee, Tsuchiya Masahiro, Conan S. // *The journal of biological chemistry.* – 2005. – Vol. 280. – №.24. – P.23194-23202.

УДК: 616.31-011.616.31-002.1. 616.31-007.232

Жабборова Феруза Узаковна
Иноятлов Амрилло Шодиевич
Казакова Нозима Нодировна

Бухарский государственный медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-16>

АННОТАЦИЯ

В слизистой оболочке ротовой полости вирусные инфекции разрушают эпителиальные клетки и вызывают местные воспалительные реакции, которые обычно проявляются внезапным началом. Известно, что при SARS-CoV-2 повреждение эпителия вызывает аналогичные патогенные признаки в тканях полости рта, такие как язвы, эрозии, пузыри, пузырьки, пустулы, трещинный или депапилированный язык, пятно, папула, бляшка, пигментация, неприятный запах изо рта, беловатые участки, геморрагическая корка, некроз, петехии, отек, эритема, угловой хейлит по типу Кавасаки, атипичный синдром Свита и синдром Мелкерсона-Розенталя.

Ключевые слова: COVID-19, слизистая оболочки полости рта, гигиена

Жабборова Феруза Узаковна
Иноятлов Амрилло Шодиевич
Казакова Нозима Нодировна
Бухоро давлат тиббиёт институти

COVID-19 НИНГ ТУРЛИ ШАКЛИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

АННОТАЦИЯ

вируси инфекциялар оғиз бўшлиғи шиллик қаватида эпителий хужайраларни йўқотиши ва одатда тўсатдан пайдо бўладиган яллиғланиш реакцияларини келтириб чиқаради. SARS-CoV-2 касаллиғида эпителийнинг зарарланиши шиллик қаватларда яралар, ёриқлар, эрозия, папула каби элементлар пайдо бўлишига олиб келиб, доғ қараш, пигментация, тилнинг зарарланиши, оғиздан бадбўй хид келиши, шиш, Кавасаки бурчакли хейлити, Свитнинг атипик синдроми ва Мелкерсон-Розентал синдромлари шулар жумласидандир.

Калит сўзлар: COVID-19, оғиз бўшлиғи шиллик қавати, гигиена

Jabbarova Feruza Uzakovna
Inoyatov Amrillo Shodiyevich
Kazakova Nozima Nodirovna
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina

FEATURES CHANGES IN THE ORAL CAVITY IN PERSONS WITH DIFFERENT COURSE OF COVID-19

ANNOTATION

In the oral mucosa, viral infections destroy epithelial cells and cause local inflammatory reactions that usually present with sudden onset. In SARS-CoV-2, epithelial damage is known to cause similar pathogenic features in the tissues of the oral cavity, such as ulcers, erosions, blisters, vesicles, pustules, fissured or depapilled tongue, spot, papule, plaque, pigmentation, bad breath, whitish patches, hemorrhagic crust, necrosis, petechiae, edema, erythema, Kawasaki-type angular cheilitis, atypical Sweet syndrome, and Melkerson-Rosenthal syndrome.

Key words: COVID-19, oral mucosa, hygiene

Актуальность: Благодаря последним разработкам в области пандемии COVID-19, текущие исследования показывают, что коронавирусная инфекция проникает в клетки человека через рецептор 2 ангиотензинпревращающего фермента (ACE2) посредством анализа данных scRNA-seq. Так, учеными было выявлено, что наиболее частыми участками поражения являются язык (38%), слизистая оболочка губ (26%) и небо (22%) [3]. Также

в некоторых работах показано, что поражения полости рта были почти одинаковыми у обоих полов. У пациентов старшего возраста и с более высокой степенью тяжести заболевания COVID-19 были более распространенные и тяжелые поражения полости рта [4,5]. Так, выявлено, что гистологический анализ оральных поражений SARS-CoV-2 связан с дефектами сосудистого расположения слизистой оболочки полости рта [6,7]. Видимо, патогенез

поражения слизистой оболочки полости рта COVID-19 связан с накоплением лимфоцитов и клеток Лангерганса в сосудистой сети подкожных переходов, а вирус вызывает разрушение кератиноцитов цитотоксическими лимфоцитами [8,9]. Было обнаружено, что отсутствие гигиены полости рта, оппортунистические инфекции, стресс, иммуносупрессия, васкулит и гипервоспалительная реакция, вызванная COVID-19, являются предрасполагающими факторами для возникновения поражений полости рта у пациентов с COVID-19 [10,11, 12,13,14].

Поражения языка могут быть связаны с увеличением активности вирусных событий на эпителиальной слизистой оболочке языка. С другой стороны, подавление иммунитета может привести к укрыательству условно-патогенных микроорганизмов, таких как *Candida albicans*, что может привести к наблюдаемым выше поражениям языка [12].

Некоторые исследователи сделали акцент на возможную корреляцию состояния пациентов с COVID-19 с цитокинами, в конечном итоге участвующими в локальном «цитокиновом шторме».

Цель исследования. оценка изменений слизистой ротовой полости у лиц с различной формой COVID-19.

Материал и методы исследования. Исследование полости рта было проведено у 120 пациентов, 22 из которых не болевшие коронавирусной инфекцией и обследованные в стоматологическом учебно-практическом центре при Бухарском государственном медицинском институте города Бухары. 98 пациентов были обследованы в Зангиотинской больнице №2 Ташкентского района, предназначенной для лечения больных с COVID-19. Обследованные больные в зависимости от степени тяжести COVID-19 были распределены на 3 группы: 1 группа – пациенты со средне - тяжелой степенью COVID-19 (n=58), 2 группа – пациенты с тяжелой степенью COVID-19 (n=40), 3 группа пациенты не болевшие COVID-19 (n=22).

Анализ половой особенности обследованных больных показал: мужчин – (58 %) и женщин (42%) (P>0,05) (табл. 1).

В первой группе мужчины составили 35 (60,3 %), а женщины 23 (39,7%); во второй группе соответственно мужчины 23 (57,5 %) и женщины 17 (42,5 %), в 3 группе мужчины составили 10 (45,4 %), а женщины 12(54,6 %); (P>0,05).

Перед нами были поставлены следующие задачи для реализации данной работы. К ним относятся, изучение состояния слизистой оболочки полости рта при COVID-19 и без COVID-19.

Таблица 1

Распределение больных по полу в исследуемых группах

| Пол | Контроль, n=22 | | 1 группа, n=58 | | 2 группа, n=40 | | Всего | | P |
|---------|---------------------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-------|-------------|-------------------------------|
| | Abs | M±m,% | abs | M±m,% | abs | M±m,% | abs | M±m,% | |
| Мужчины | 10 | 45,45±10,62 | 35 | 60,34±6,42 | 23 | 57,50±7,82 | 68 | 56,67±4,52 | Хи-квадрат = 2,133; p = 0,144 |
| Женщины | 12 | 54,55±10,62 | 23 | 39,66±6,42 | 17 | 42,50±7,82 | 52 | 43,33±4,52 | |
| Итого | 22 | 100,00±0,00 | 58 | 100,00±0,00 | 40 | 100,00±0,00 | 120 | 100,00±0,00 | |
| P | Хи-квадрат Пирсона = 1,457; p = 0,483 | | | | | | | | |

Возраст больных колебался от 35 до 70 лет.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту (n=120)

| Возраст больных | 3 группа, n=22 | | 1 группа, n=58 | | 2 группа, n=40 | | P |
|-----------------|--|-------------|----------------|------------|----------------|------------|--------------------------------|
| | abs | M±m,% | abs | M±m,% | abs | M±m,% | |
| до 40 лет | 2 | 9,09±6,13 | 5 | 8,62±3,69 | 10 | 25,00±6,85 | Хи-квадрат = 14,200; p = 0,003 |
| 41-50 | 4 | 18,18±8,22 | 8 | 13,79±4,53 | 12 | 30,00±7,25 | |
| 51-60 | 8 | 36,36±10,26 | 17 | 29,31±5,98 | 10 | 25,00±6,85 | |
| 61-70 | 8 | 36,36±10,26 | 28 | 48,28±6,56 | 8 | 20,00±6,32 | |
| Итого | 22 | 100,0±0,00 | 58 | 100,0±0,00 | 40 | 100,0±0,00 | |
| P | Хи-квадрат Пирсона = 13,919; p = 0,031 | | | | | | |

Результаты исследования: Так, при исследовании было установлено, что пациенты с COVID-19 предъявляли жалобы на появления различных бляшек, трещин, высыпаний, дефектов в ротовой полости. При этом не отмечалась чёткая граница относительно времени возникновения тех или иных патологических элементов в полости рта. Не было ясно, образовались ли эти проявления в полости рта в период разгара болезни COVID-19 или появились после лечения. К сожалению, было очень сложно провести осмотр пациентов с COVID-19 в период разгара заболевания из-за высокой опасности заражения, так как передача вируса была воздушно-капельным путем. В первую очередь, большинство пациентов, около 97 %, отмечали неприятный запах изо рта. Эти неприятные ощущения в ротовой

полости, обусловлены нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Известно, что коронавирусная инфекция приводит к временным нарушениям вкусовой и обонятельной чувствительности. 25 % пациентов заявили о снижении обоняния после выздоровления, в то время как все пациенты отметили восстановление вкуса в различные сроки после выздоровления. Как показали определения КПУ, установлено, что самый высокий показатель наблюдался у 1 группы пациентов 28±3,16 в возрасте от 51-60 до 61-70 лет (28±2,60) со среднетяжелой формой COVID-19. Также высокий показатель был у 2 группы пациентов 28± 2,22 с тяжелой формой COVID-19 в возрасте от 51-60 лет, и полное отсутствие зубов КПУ=0 было у пациентов 61-70 лет той же

группы. КПУ в контрольной группе было высоким в возрасте 61-70 лет (20±1,93) (табл. 3).

Показатель ГИ был очень плохим у пациентов 2 группы с тяжелой формой COVID-19 в возрасте 51-60 лет (4,5±0,29), у пациентов 1 группы этот показатель был высоким в возрасте 61-70 лет (3,6±0,22), а в контрольной группе самый высокий показатель был у пациентов в возрасте 61-70 лет, который составил (1,6±0,27) (табл. 4).

Показатель РМА был неудовлетворительным у пациентов с тяжелой формой COVID-19 в возрасте 51-60 лет (85±4,17), в среднетяжелой группе этот показатель был высоким в возрасте 51-60 и 61-70 лет (55±4,57; 55±2,34), хорошим был у пациентов контрольной группы в возрасте 51-60 и 61-70 лет (30±1,49) (табл. 5).

Таблица 3

Показатель КПУ у больных с разным показателем тяжести COVID-19, М±m

| Возраст больных | КПУ | | | | | |
|-----------------|----------------|------------|----------------|-------------|----------------|---------------|
| | Контроль, n=22 | | 1 группа, n=58 | | 2 группа, n=40 | |
| | n | M±m | n | M±m | n | M±m |
| до 40 лет | 2 | 7±0,59 | 5 | 20±2,70** | 10 | 25±2,66* |
| 41-50 | 4 | 10±0,83 | 8 | 23±2,74** | 12 | 23±2,42* |
| 51-60 | 8 | 13±0,78 | 17 | 28±3,16*** | 10 | 28±2,22* |
| 61-70 | 8 | 20±1,93 | 28 | 28±2,60** | 8 | 0,0±0,00*x |
| Итого | 22 | 14,46±1,23 | 58 | 26,62±1,63* | 40 | 20,15±1,97*** |

Примечание: * - отмечена достоверность различий по отношению контроля (***) - P<0,05; ** - P<0,01; * P<0,001); x – между 1 и 2 группой (xxx - P<0,05; xx - P<0,01; x P<0,001).

Таблица 4.

Показатель ГИ у больных с разным показателем тяжести COVID-19, М±m

| Возраст больных | ГИ | | | | | |
|-----------------|----------------|-----------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Контроль, n=22 | | 1 группа, n=58 | | 2 группа, n=40 | |
| | n | M±m | n | M±m | n | M±m |
| до 40 лет | 2 | 1,3±0,81 | 5 | 3,2±0,26 | 10 | 4,2±0,34 xxx |
| 41-50 | 4 | 1,4±0,49 | 8 | 3,3±0,60*** | 12 | 4,3±0,50** |
| 51-60 | 8 | 1,5±0,35 | 17 | 3,5±0,42* | 10 | 4,5±0,29* |
| 61-70 | 8 | 1,5±0,27 | 28 | 3,6±0,22* | 8 | 0,0±0,0*x |
| Итого | 22 | 1,46±0,18 | 58 | 3,49±0,18* | 40 | 3,47±0,33* |

Примечание: * - отмечена достоверность различий по отношению контроля (***) - P<0,05; ** - P<0,01; * P<0,001); x – между 1 и 2 группой (xxx - P<0,05; xx - P<0,01; x P<0,001).

Таблица 5.

Показатель РМА у больных с разным показателем тяжести COVID-19, М±m

| Возраст больных | РМА | | | | | |
|-----------------|----------------|------------|----------------|-------------|----------------|------------------|
| | Контроль, n=22 | | 1 группа, n=58 | | 2 группа, n=40 | |
| | n | M±m | n | M±m | n | M±m |
| до 40 лет | 2 | 25±0,41 | 5 | 45±4,90*** | 10 | 75±3,15*x |
| 41-50 | 4 | 28±0,38 | 8 | 50±4,48** | 12 | 80±5,75*x |
| 51-60 | 8 | 30±0,58 | 17 | 55±4,57* | 10 | 85±4,17*x |
| 61-70 | 8 | 30±1,49 | 28 | 55±2,34* | 8 | 0,0±0,0*x |
| Итого | 22 | 29,18±0,65 | 58 | 53,45±1,90* | 40 | 64,0±5,56* x x x |

Примечание: * - отмечена достоверность различий по отношению контроля (***) - P<0,05; ** - P<0,01; * P<0,001); x – между 1 и 2 группой (xxx - P<0,05; xx - P<0,01; x P<0,001).

Фотография пациента COVID-19 с заболеваниями в полости рта, у которого наблюдалось нарушение вкуса (рис. 6 и рис. 7).



Рис. 6. Пациент Н., 51 год. Атрофия слизистой оболочки языка. Белый вязкий налет в области глотки языка. Пациент был направлен на микроскопическое обследование налета.



Рис. 7. Пациентка Р., 60 лет. Трещины и гиперемия на спинке и кончике языка.

У всех пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой COVID-19 наблюдался галитоз. Галитоз мог быть причиной респираторных инфекций. Одним из ведущих осложнений COVID-19 была пневмония, при этом пациенты отмечали неприятный запах изо рта. Галитоз у мужчин встречался реже, чем у лиц женского пола. Практически у каждого второго пациента (52 %),

которые были обследованы, отмечали появление язв на щеках. При этом больные предъявляли жалобы на боль при разговоре, акте жевания, глотания и при приеме пищи. На этом фоне пациенты отмечали снижение аппетита, потерю массы тела, некоторые вообще отказывались от приема пищи из-за сильной боли во время еды. (рис. 8).



Рис.8. Пациент Ф., 70 лет. На слизистой оболочке языка и губ язвы.

У 70 % пациентов был поставлен диагноз кандидоз. У 50-60% людей в норме присутствуют грибы рода *Candida*, которые

относятся к условно-патогенной флоре. Нет доказательств того, что кандидоз, является причиной COVID-19 или приемом

антибактериальных препаратов. Пациенты предъявляли жалобы на болезненность, изменение вкуса, появление запаха изо рта и жжение (рис. 9).



Рис. 9. Пациент Ш., 53 года. Некоторые участки языка сглажены. Спинка языка слабо болезненно.

После проведения бактериологических исследований было выявлено грибковое заболевание. После применения противогрибковых препаратов жалобы прекратились. В группе со среднетяжелой формой COVID-19 у пациентов в возрасте 61-70 лет из n=28 пациентов у n= 20, в группе же с тяжелой формой COVID-19 из n=8 у n=8 на твердом нёбе отмечали малые в размерах петехии без эритемы на фоне невоспаленной слизистой оболочки. Эти пациенты отметили появление петехий до разгара болезни COVID-19. Это говорит об исключении реакций слизистой на лекарственные препараты, вероятно, вирусная этиология была первопричиной развития патологии. Хронический

рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), являлся одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в полости рта у пациентов с COVID-19. Диагностические исследования не вызвали трудностей. Этиологическим фактором в возникновении развития заболевания хронического рецидивирующего афтозного стоматита, являлось нарушение клеточного и гуморального иммунитета, как местного, так и общего. В этиопатогенезе ведущим фактором является модуляция перекрестной иммунной реакции, в результате чего в полости рта образовались афты (рис. 10).



Рис 10. Пациент С., 70 лет. Афтозные высыпания по всей полости рта

Пациенты при хроническом афтозном стоматите жаловались на наличие болезненного дефекта. У пациентов среднетяжелой и тяжелой групп отмечали появление небольшого размера, гиперемированного резко болезненного, ограниченного в виде ободка овального и круглого пятна диаметром до 1 см, которое через несколько часов эрозировалось и превращалась в афту. Высыпания были множественные. Переходная складка, слизистая оболочка губ, щек и боковые поверхности языка являлись самым локализованным местом афт. У тяжелых пациентов с коронавирусной инфекцией количество афт становилось больше. Учитывая это, период их заживления длился от 7-10 дней до 2-4

недель. Следует отметить, что у всех пациентов с коронавирусной инфекцией в 100 % случаев отмечались заболевания пародонта. В зависимости от степени тяжести перенесенной коронавирусной инфекции и возраста пациента, отмечались явления гингивита и пародонтита. Гигиена полости рта у обеих групп с коронавирусной инфекцией, как видно в таблице 1, была неудовлетворительной, обильное количество мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня. Можно предположить, что развитие плохой гигиены полости рта является нарушением баланса микроорганизмов полости рта.

Также у пациентов с коронавирусной инфекцией отмечали сухость в полости рта. Ксеростомия у таких пациентов обусловлена приемом лекарственных препаратов или под

влиянием системных заболеваний. Наличие сухости в ротовой полости влияет на развитие заболеваний. У таких пациентов губы шелушатся, трескаются и могут быть атрофичными (рис. 11).



Рис.11. Пациент О., Шелушение, трески и атрофии губ и языка на фоне заболевания кандидоза


Выводы: Гуморальный местный иммунитет в слюнной жидкости у пациентов с Covid-19 со среднетяжелым и тяжелым течением характеризуется снижением значений секреторного иммуноглобулина А в 2,3 раза и в 10 раз соответственно. А также, самое низкое содержание секреторного иммуноглобулина А в слюне было обнаружено у лиц с тяжелой формой Covid-19. Противовирусный местный иммунитет в слюнной жидкости у пациентов с Covid-19 со среднетяжелым и тяжелым течением характеризуется снижением значений IFN-альфа в 1,7 раза и 7,2 раза соответственно. Самое низкое содержание ИФН-альфа в слюне характерно для лиц с тяжелой формой COVID-19.

Выводы: Таким образом, полученные результаты обследования полости рта у больных с COVID-19 показывают разнообразные стоматологические проявления. В ходе исследования видно, что нельзя определить, как началось заболевание в полости рта. Являлся ли первой причиной развития осложнений в полости рта при коронавирусной инфекции сам вирус или те препараты, которые пациенты получали во время фармакотерапии. Как видно из исследования, даже бессимптомно протекающий COVID-19 может оставить неблагоприятные последствия в виде ослабления иммунитета или склонности к аутоиммунным процессам, в том числе и в полости рта.

Список литературы:

1. Taylakova D.I, KamilovKh.P, Kasymov M.M. The prevalence of systemic hypoplasia in children depending on the adverse environmental conditions and their prevention / INTERNATIONAL JOURNAL FOR SOCIAL STUDIES. – 2019. - Volume 5 (4) - P. 25-33.
2. Kazakova N.N. Dental status in patients with inflammatory disease of the joints// «Актуальные вызовы современной науки» XVIII Международная научная конференция. Переяслав. - 2020. – С .57-58.
3. Khabibova N.N. Characteristic features of free-radical processes and antioxidant protection in the oral cavity during chronic recurrent aphthous stomatitis// European Science Review. - 2018. - P. 191-193.
4. Kazakova N.N. The Chronic Catarrhal Gingivitis Diagnosis Specifics in Patients with Rheumatism// JournalNX. -2020. - №11(6). – P. 396-400
5. Hamroeva D.Sh. Comparative Analysis Of The Effectiveness Of The Treatment Of Parodontitis In Patients With Obesity// International Journal of Progressive Sciences and Technologies International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT) ISSN: 2509-0119. -Vol. 24 No. 1 December 2020. – P. 469-472.
6. Казакова Н.Н. Использование бактериофагов в профилактике воспалительных заболеваний полости рта при ревматизме// «Актуальные вызовы современной науки» XVIII Международная научная конференция. Переяслав. - 2020. - С. 90-92.
7. Казакова Н.Н., Собиров А.А. Изучение влияния зубных паст на микробиоту ротовой полости// «Актуальные вопросы фармакологии: от разработки лекарств до их рационального применения» Бухара. - 2020. - С. 36-38.
8. Khabibova N.N., Akhmadaliev N.N. Diagnosis and prognosis of chronic recurrent aphthous stomatitis// 4th international multidisciplinary conference 2019. Special issue European Journal of Business and social Sciences. - 2019. June. – P. 52.
9. Хабибова Н.Н. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у взрослых// Актуальные проблемы стоматологии. - 2019. – С. 12.
10. Kazakova N.N., Sobirov A.A. Changes in saliva in children with comorbidities// Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science. – 2021. - № 4(3). – P. 28-31.

THE USE OF X-RAY METHOD OF RESEARCH FOR THE EVALUATION OF MANDIBULAR OSTEODYSTROPHY IN CKD

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2022-1-17>

ANNOTATION

According to the World Dialysis Society 2019, chronic kidney disease (CKD) affects between 7 and 15% of the world's adult population, but no more than 4% are aware of it. According to 2021 data, about 840 million people worldwide live with this disease, of which 47 million are in the territory of the European Union countries. At the same time, many of the disease is not diagnosed. The article describes a methodology for assessing mandibular osteodystrophy in CKD, conducted in 68 people in Uzbekistan. The description of special qualitative indices is given, the shortcomings of some of them are substantiated.

Key words: orthopantomography, osteodystrophy, dentistry, chronic kidney disease, CKD.

Ризаев Жасур Алимжанович
Хусанбаева Ф.А.

Олимжонова Фарангиз Жасур кизи

Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский государственный стоматологический институт

ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТЕОДИСТРОФИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ХБП

АННОТАЦИЯ

По данным всемирного диализного общества за 2019 год, хронической болезнью почек (ХБП) страдают от 7 до 15% взрослого населения мира, но осведомлены об этом не более 4%. По данным на 2021 год, около 840 миллионов человек по всему миру живут с этим заболеванием, из которых 47 млн находятся на территории стран Евросоюза. При этом у многих болезнь не диагностирована. В статье описывается методика оценки остеодистрофии нижней челюсти при ХБП, проведенная у 68 человек в Узбекистане. Приведено описание специальных качественных индексов, обоснованы недостатки некоторых из них.

Ключевые слова: ортопантомография, остеодистрофия, стоматология, хроническая болезнь почек, ХБП.

Хроническая болезнь почек (ХБП) - это общий термин для различных хронических состояний, которые приводят к нарушению функции почек [7]. Почки больше не может поддерживать нормальный гомеостаз, что приводит к уремии, вызванной почечной недостаточностью, задержке продуктов выделения и нарушению эндокринной и метаболической функции [2].

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 100 человек, из них 68 больных ХБП, из которых 15 пациентов получали гемодиализ. 32 практически здоровых людей составили контрольную группу. Возраст пациентов

составил 45-56 лет. Мужчин - 58, женщин - 42 человек. Исследование проходило в 2020-2022 гг. на базе Многопрофильной областной больницы города Самарканда.

Пациенты были распределены на следующие группы:

1. Группа лиц, не имеющих патологии со стороны мочевыделительной системы - 32 человека (группа А);
2. Пациенты с хронической болезнью почек, не находящиеся на лечении на гемодиализе - 53 человека (группа Б);
3. Пациенты с хронической болезнью почек, находящиеся на лечении на гемодиализе - 15 человек (группа В).

Таблица 1.

Обследуемые пациенты с ХБП, в зависимости от стадии заболевания [5].

| Стадии ХБП | Количество пациентов, n=68 |
|---|----------------------------|
| Стадия 1: нормальная СКФ (>90 мл/мин/1,73 м ²) в сочетании с признаками нефропатии. | 14 |
| Стадия 2: СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м ² . | 13 |

| | |
|---|----|
| Стадия 3а: 45-59 мл/мин/1,73 м ² | 9 |
| Стадия 3б: 30-44 мл/мин/1,73 м ² | 8 |
| Стадия 4: СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м ² (преддиализная стадия) | 9 |
| Стадия 5: СКФ <15 мл/мин/1,73 м ² (диализная стадия) | 15 |

Для изучения степени остеодистрофии применялась ортопантомография. ХБП является заболеванием, влияющим на костный метаболизм. Изменения структуры костной ткани у пациентов с ХБП, также известные как почечная остеодистрофия, происходят из-за нарушений регуляции воды и электролитов, вызванных заболеванием. Были измерены средние значения количественных параметров, таких как ментальный индекс (МИ), панорамный нижнечелюстной индекс (ПНИ) и антегониальный индекс (АИ), а также качественные параметры, такие как нижнечелюстной кортикальный индекс (НКИ) и структура

трабекулярной кости (СТК), для оценки изменений применялась классификация Klemetti. Первые три индекса измерялись по способу Ledgerton D. и др.[4] В исследование не включались пациенты с заболеваниями, влияющими на костный метаболизм, такими как хронические заболевания печени, прием кортикостероидов, употребление алкоголя и курение в анамнезе.

МИ: проводится линия, перпендикулярная основанию нижней челюсти посередине подбородочного отверстия. По этой линии измеряется толщина кортикального слоя нижней челюсти (рисунок 1).

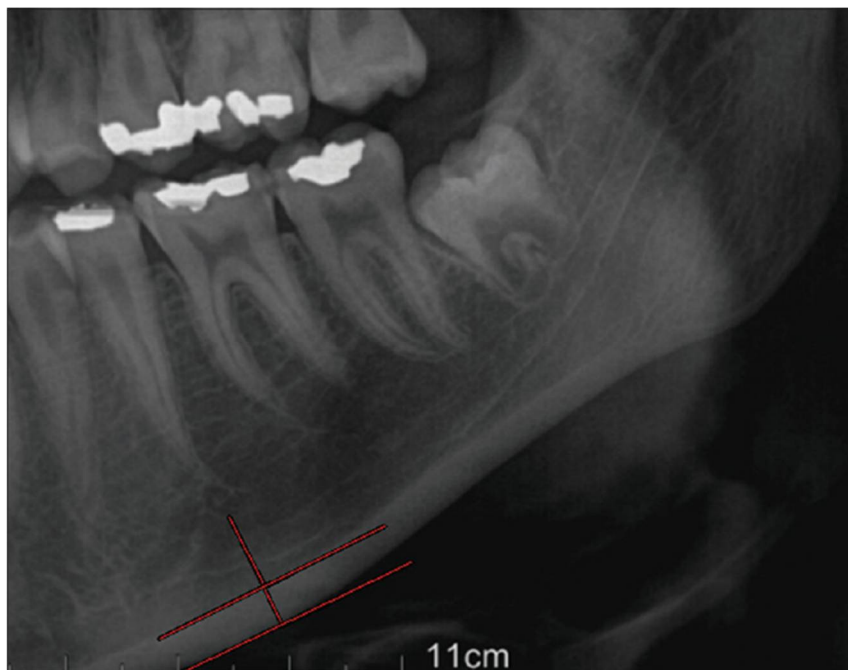


Рисунок 1. Способ измерения ментального индекса.

ПНИ: измеряется толщина кортикального слоя нижней челюсти и расстояние между подбородочным отверстием и нижним краем нижней челюсти. ПНИ представляет собой соотношение двух показателей.

АИ: ширина кортикального слоя нижней челюсти в области впереди от гониона в точке, определяемой продолжением линии «наилучшего соответствия» на переднем крае восходящей ветви вниз до нижнего края нижней челюсти

Каждый из указанных показателей измеряли с обеих сторон нижней челюсти, и в данном исследовании использовалось их среднее значение.

НКИ: этот индекс оценивает состояние кортикального слоя нижней челюсти дистальнее ментального отверстия. Согласно классификации Klemetti и др. (1994), НКИ подразделяется на три уровня. С1: Эндостальный край коры нижней челюсти острый и ровный с обеих сторон. С2: Эндостальный край имеет полулунный дефект (лакунная эрозия) или, по-видимому, образует эндостальные кортикальные остатки с одной или обеих сторон. С3: Кортикальный слой образует тяжелые эндостальные остатки и явно пористый (Рисунок 2).

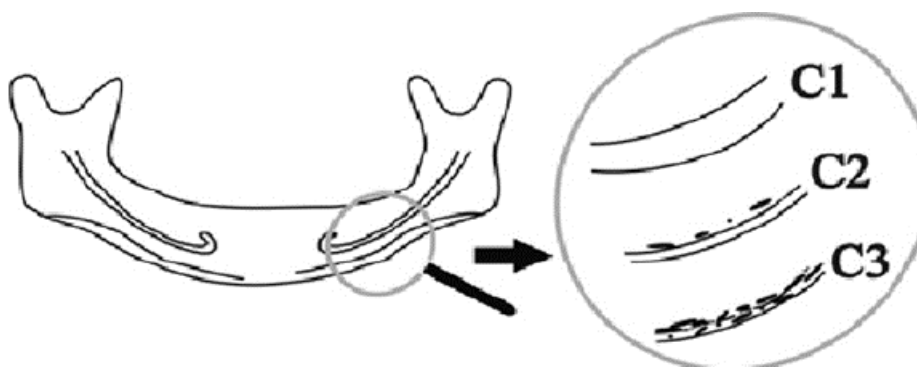


Рисунок 2. Классификация Klemetti [8]



Рисунок 3. Классификация трабекулярного рисунка кости нижней челюсти по Lindh и др.

СТК: это индекс, который определяет билатеральный трабекулярный рисунок кости нижней челюсти как 1) плотный; 2) неоднородный; 3) редкий; 4) и редкий с эффектом матового стекла в соответствии с Lindh и др. (2008) [6] (рисунок 3).

Кроме того, в качестве качественного показателя сообщалось о состоянии остеодистрофии для обеих челюстей. В зависимости от

тяжести потери костной массы все участники разделялись на «интактных» или с «генерализованной потерей костной массы».

Результаты рентгенологического исследования.

По t-критерию средние значения МИ, ПНИ и АИ у пациентов с ХБП были меньше, чем в контрольной группе, но достоверной разницы в этих показателях между двумя группами не существует ($P > 0,05$).

Таблица 2.

Сравнение качественных данных между пациентами с ХБП и группой А

| Индексы | Группа А | Группа Б | Группа В |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| МИ | 3,4±0,57 | 3,2±0,65 | 3,1±0,71 |
| ПНИ | 0,31±0,64 | 0,29±0,56 | 0,28±0,47 |
| АИ | 2,8±0,71 | 2,7±0,87 | 2,6±0,78 |
| P<0,001 | | | |

Критерий Манна-Уитни выявил значительную разницу НКИ у пациентов с ХБП и контрольной группой ($P = 0,038$). У пациентов с ХБП было больше дефектов в кортикальном слое нижней челюсти. С3 наблюдалась у больных групп Б и В (3,9% и 8,6%,

соответственно), но не выявлялось ни у одного из здоровых лиц. Количество здоровых людей с С1 было достоверно выше, чем с С2 и С3. Так, 83,3% здоровых людей группы А относились к классу С1.

Таблица 3.

Распределение типов НКИ у пациентов

| Группы | НКИ | | |
|----------|-------|-------|-------|
| | С1, % | С2, % | С3, % |
| Группа А | 83,3 | 26,7 | 0 |
| Группа Б | 67 | 29,1 | 3,9 |
| Группа В | 59 | 32,4 | 8,6 |
| P=0,038 | | | |

СТК у пациентов с ХБП была более пористой, чем в контрольной группе ($P = 0,001$). В группе А не наблюдались картина рыхлой кальцификации и рыхлой кальцификации в виде матового стекла, в то время как эти два паттерна наблюдались у 8,6% и 17,7% пациентов групп Б и В, соответственно. Плотный рисунок наблюдался у большинства здоровых лиц (87,7%).

Таблица 4.

Структура трабекулярной кости у обследованных лиц

| Пациенты | СТК, % | | | |
|----------|-----------------------|----------------------------|----------------------|---|
| | Плотная кальцификация | Неоднородная кальцификация | Рыхлая кальцификация | Рыхлая кальцификация в виде матового стекла |
| Группа А | 87,7 | 12,3 | 0 | 0 |
| Группа Б | 57,1 | 34,3 | 5 | 3,6 |
| Группа В | 45,4 | 36,9 | 11 | 6,7 |
| P=0,001 | | | | |

Критерий хи-квадрат использовали для сравнения статуса потери костной массы в трех группах. Количество участников с интактной костью составило 45,4%, 57,1% и 87,7% у пациентов групп В, Б и А, соответственно. Наблюдалась достоверная разница между статусом потери костной массы и ХБП ($P = 0,001$).

Обсуждение результатов рентгенологического исследования

У больных с хроническими заболеваниями почек нарушаются механизмы физиологической регуляции кальция и фосфора, витамина D, паратиреоидного гормона и факторов роста фибробластов, что нарушает целостность костной структуры, приводя к почечной остеодистрофии [1].

Частым видом исследования в стоматологии является панорамная рентгенография. Знание количественных и качественных показателей и оценка их при панорамной рентгенографии пациентов могут быть полезны для определения степени остеопороза.

При хроническом заболевании почек может возникнуть широкий спектр костных аномалий. Они отражают различные дефекты метаболизма кальция, в том числе: потерю гидроксилирования 1- гидроксиколекальциферола до активного витамина D (1,25- дигидроксиколекальциферол); снижение экскреции ионов водорода (и, как следствие, ацидоз); гиперфосфатемия; гипокальциемия и как следствие вторичный гиперпаратиреоз; и, наконец, вмешательство в биохимию фосфатов путем диализа [1,3].

Костные изменения, вызванные ХБП, включают деминерализацию кости, уменьшение трабекул, уменьшение

ширины кортикального слоя, внешний вид матового стекла, метастатическую кальцификацию мягких тканей, рентгенопрозрачные фибропоражения, переломы костей [1]. Многие из них измеряются с помощью количественных и качественных показателей в панорамной рентгенографии. СТК, МИ, ПНИ, АИ, НКИ являются пятью основными рассматриваемыми индексами, применяемыми для оценки степени остеопороза.

По результатам нашего исследования индексы АИ, ПНИ и МИ не показывают достоверной разницы между здоровыми лицами и пациентами с ХБП. Среднее значение МИ у больных с ХБП ниже, чем в группе А, но разница не статистически значима ($P > 0,05$).

По нашему мнению, для оценки состояния костной ткани рекомендуется использовать индексы СТК и НКИ. На эти два показателя в меньшей степени влияют панорамные рентгенографические искажения и увеличение, что делает их более надежными показателями для выявления остеопороза.

В нашей работе выявлено, что качество кости, костная трабекуляция и объем костного мозга у пациентов с ХБП ниже, чем у здоровых лиц. Большой процент контрольной группы имел плотную кальцификацию (87,7%), в то время как только половина пациентов с ХБП имели такой уровень качества кости (45,4% и 57,1%, по группам). Рыхлая кальцификация в виде матового стекла наблюдалась только у пациентов с ХБП. Таким образом, СТК и НКИ можно использовать для прогнозирования статуса остеопороза.

Использованная литература:

1. Abdinian M, Mortazavi M, Jandaghian Z. Comparison of skeletal changes related to patients with chronic kidney disease and healthy individuals in digital panoramic radiography. *Indian J Dent Res* 2019;30:358-62.
2. Anuradha B.R., Katta S., Kode V.S., Praveena C., Sathe N., Sandeep N., et al: Oral and salivary changes in patients with chronic kidney disease: A clinical and biochemical study: *J Indian Soc Periodontol*. 2015; 19: 297-3.
3. Costantinides F., Castronovo G., Vettori E., Frattini C., Artero M.L., Bevilacqua L., et al: Dental Care for Patients with EndStage Renal Disease and Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Dentistry Volume*. 2018| doi.org/10.1155/2018/9610892
4. Ledgerton D, Horner K, Devlin H, Worthington H. Radiomorphometric indices of the mandible in a British female population. *Dentomaxillofac Radiol*. 1999 May;28(3):173-81. doi: 10.1038/sj/dmfr/4600435. PMID: 10740473.
5. Levey A, Eckhardt K, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease; a position statement from kidney disease improving global outcome. *Kidney Int*. 2005;67:2089–100
6. Lindh C, Horner K, Jonasson G, Olsson P, Rohlin M, Jacobs R, et al. The use of visual assessment of dental radiographs for identifying women at risk of having osteoporosis: The osteodent project. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:285-93
7. Nascimento MAG, Soares MSM, Chimenos-Küstner EC, Dutra DM, Cavalcanti RL. Oral symptoms and oral health in patients with chronic kidney disease. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2018;66(2):00-00. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720180002000093436>
8. Watanabe, P. C. A. , de Carvalho Watanabe, M. G. , & Tiozzi, R. (2012). How Dentistry Can Help Fight Osteoporosis. In (Ed.), *Osteoporosis*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/29007>

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 3, 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 Тадқиқот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000