

СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ



Олимов Сиддиқ Шарифович, Ахмедов Алибек Баходирович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Олимов Сиддиқ Шарифович, Ахмедов Алибек Баходирович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

INFLUENCE OF SOMATIC DISEASES ON THE CONDITION OF HARD TISSUE OF TEETH

Olimov Siddiq Sharifovich, Akhmedov Alibek Bahodirovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Долзарблиги: Ушбу мақолада организмдаги хамроҳ касалликлар негизда асосий стоматологик касалликларнинг учраши, таъсир этувчи омиллар, тиш қаттиқ тўқималари патологияси ва пародонт тўқимаси касалликлари шаклланишида тананинг умум соматик касалликлари ўртасида ўзаро боғлиқлик қатор тадқиқотлар асосида ўрганилган. Тадқиқотнинг мақсади: Соматик касалликларнинг тиш қаттиқ тўқималарининг ҳолатига таъсирини адабиётлар таҳлилини ўтказиш. Хулоса: Таҳлилий текширувни ҳисобга олган ҳолда, тиш ва пародонт тўқималари касалликлари шаклланишида хамроҳ касалликлар патологиялари хавф омили бўла олади деган хулосага келиш мумкин, улар орасида ёмон гигиена, нотўғри овқатланиш, чекиш ва ирсий омилларни ҳам инобатга олиш зарур. Бундан таиқари, оғиз бўшлиғида инфекция ўчоқларининг мавжудлиги баъзи умумий соматик патологияларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Калит сўзлар: соматик касалликлар, стоматология, этиопатогенез, тиш қаттиқ тўқимаси.

Abstract. Relevance. In this article, based on concomitant diseases in the body, the main dental diseases, influencing factors, and the relationship between the pathology of hard dental tissues are identified and studied on the basis of a number of studies of general somatic diseases of the body in the formation of periodontal tissue diseases. Purpose of the study: To analyze the literature on the impact of somatic diseases on the condition of hard dental tissues. Conclusion: Taking into account the analytical examination, we can conclude that the pathology of concomitant diseases may be a risk factor for the formation of diseases of the teeth and periodontal tissues, among which it is necessary to take into account poor hygiene, poor diet, smoking and genetic factors. In addition, the presence of foci of infection in the oral cavity can lead to the development of some common somatic pathologies.

Key words: somatic diseases, dentistry, etiopathogenesis, hard dental tissues.

Асосий стоматологик касалликларнинг юқори тарқалиши ривожланишнинг патогенетик механизмларини ҳисобга олган ҳолда даволашнинг оптимал воситаларини танлаш ва профилактика усулларини ишлаб чиқиш заруратини туғдиради [29].

Тиш қаттиқ тўқималари патологияси ва пародонт тўқимаси касалликлари шаклланишида тананинг умум соматик касалликлари ўртасида ўзаро боғлиқлик қатор тадқиқотлар асосида асосланган бўлиб, улар орасида овқат ҳазм қилиш тизими, юрак-қон томир тизими ва қон касалликлари, нафас олиш тизими, эндокрин тизими касалликлари алоҳида ўрин тутади [28,

32], бу тиш қаттиқ тўқималари касалликлари патогенезининг организм аъзо ва тизимларининг умумийлиги ва ўзаро таъсири билан боғлиқ.

Қатор маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлил натижаларига кўра, ҳозирги вақтда катта ёшли аҳоли орасида ички аъзо ва тизимларининг якка ёки қўшма патологиялари сони ортиб бораётганлиги, бу эса бундай беморларнинг стоматологик реабилитациясига алоҳида ёндашувни талаб қилади. Шу билан бирга, замонавий клиник стоматология амалиётида стоматологик беморларни уларнинг соматик патологиясини ҳисобга олган ҳолда комплекс

даволаш масалаларига ҳар доим ҳам етарли эътибор қаратилмайди.

Бундан англашиладики, тиш қаттиқ тўқималари касалликларини организм аъзо ва тизимларининг функционал ҳолатини инобатга олган ҳолда текшириш ва даволаш тадбирлари ҳажмини оптималлаштириш орқали даволаш самарадорлигини ошириш мумкин. Катта ва кекса ёшдаги беморларда тананинг функционал ҳолати ва мослашиш қобилиятининг 75% ҳолларда пасайиши, 20% ҳолларда кескин пасайиши қайд этилган. Шунингдек, инсон танасининг функционал ҳолатини ва мослашиш қобилиятини баҳолаш, тананинг функционал ҳолати ва соматик касалликнинг оғирлиги ўртасидаги боғлиқлик тўғрисидаги маълумотлар таҳлили ҳам стоматологик касалликларнинг хусусан, тиш қаттиқ тўқималари касалликлари шаклланиши тўғрисида муҳим фундаментал билимлар шакллантиради. Шундай тадқиқотлардан бири сифатида капилляр қон гемолизатининг спектрофотометрияси бўйича метаболизм ҳолатини баҳолашнинг тақдим этилган натижалари, шунингдек, бундай беморларда репаратив жараёнлар даражасини баҳолаш билан тасдиқланган [5].

Шундай қилиб, катта ва кекса одамларда ички органлар ва тана тизимларининг сурункали кўшма патологияси тананинг функционал ҳолатини ва мослашиш қобилиятини пасайтиради, бу уларнинг тиш қаттиқ тўқимаси касалликларининг кечишини оғирлаштиради ва бундай тиш касалликларини реабилитация қилишни қийинлаштиради. Беморлардаги бу ҳолат клиник амалиётдан олинган натижалар ва маълумотлар билан тасдиқланган [14]. Шу сабабли, стоматологларга тиш касалликлари билан оғриган катта ёшли беморларда тананинг функционал ҳолатини ва унинг мослашиш қобилиятини баҳолашнинг такомиллаштирилган усули, шунингдек, катталарнинг стоматологик реабилитацияси пайтида диагностика ва терапевтик чора-тадбирлар кўламини аниқлаш алгоритми ишлаб чиқилган ҳамда дентал артрологияда кенг қўлланилиши мумкин.

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, функционал ҳолат ва мослашиш қобилияти даражаси, шунингдек метаболизм даражаси катталардаги эндокрин касалликларда (гипотиреоз), қон касалликларида, юрак-қон томир тизими касалликларида, ошқозон-ичак тракти касалликларида энг кўп пасайиш билан кузатилади. Тананинг функционал ҳолати ва мослашиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, кекса ёшдаги одамларнинг стоматологик реабилитацияси жараёнида диагностика, терапевтик ва профилактика чоралари ҳажмини аниқлаш, интернистларнинг иштирокини

таъминлаш тўғрисидаги маълумотлар амалий қизиқиш уйғотади. Организмнинг функционал ҳолати ва мослашиш қобилияти паст бўлган катта ёшдаги одамларда тиш протезига тайёргарлик босқичида бирга келадиган коморбид патологияни аниқлаш ва даволаш муолажалари ўтказилиши мақсадга мувофиқ [5].

“Стоматологик саломатлиги ва полиморбидлик” муаммоси бўйича долзарб масалаларни кўриб чиқиб, шуни таъкидлаш керакки, ҳозирги вақтда сурункали яллиғланишли ичак касалликлари (СЯИК), айниқса Крон касаллиги (КК) ва сурункали ярали колит (СЯК) билан оғриган катталар сони ортиб бормоқда [16]. Бундай беморларнинг стоматологик ҳолатини ўрганиш катта амалий аҳамиятга эга, чунки сурункали одонтоген инфекция ўчоқларининг мавжудлиги СЯИК нинг клиник кечиши ва даволашига салбий таъсир қилади [2, 6]. Шу сабабли, маҳаллий адабиётларда тишларнинг кариес ва нокариес шикастланишлари (понасимон нуқсонлар, тиш қаттиқ тўқималарининг эрозиясининг кучайиши ва бошқалар) тарқалиши ва интенсивлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд. КК ва СЯК билан оғриган катталардаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, пародонт ва ЧПЖБ касалликлари стоматологларга асосий тиш касалликларини эрта босқичда мақсадли аниқлашга ва уларни интернистларнинг комплекс даволашида иштирок этишга ёрдам беради [13, 15]. Маълумки, КК ва СЯК билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималарининг касалликлари оғиз бўшлиғи гигиенаси пастлиги ва стоматологик парвариш даражасининг етарли эмаслиги фонида оғиз бўшлиғи патологияси бўлмаган катталарга караганда овқат ҳазм қилиш тракти касалликлари тез-тез учрайди ва оғирроқ кечаётганлиги аниқланган. Шуни таъкидлаш керакки, бундай беморларда тишларнинг қаттиқ тўқималари тузилишида соғлом одамларга нисбатан сезиларли фарқлар йўқлигига қарамай, КК ва СЯК билан оғриган одамлар одатда эмал ва дентин минерализациясининг сезиларли даражада пасайишини кўрсатадилар, бу эса тиш қаттиқ тўқималарининг кариоз ва нокариоз касалликларга чидамлигини сезиларли даражада камайтиради. [26], бу реминерализация терапиясини талаб қилади. Бундан ташқари, стоматологлар бундай беморларни ҳар томонлама текшириш, шу жумладан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида оппортунистик вирусли инфекциянинг пайдо бўлиш частотасини, шунингдек, оғиз суюқлигидаги яллиғланишни қувватловчи ва яллиғланишга қарши ситокинлар даражасини аниқлашни ҳисобга олишлари керак [16, 26]. Бу яллиғланишга қарши ва иммуномодуляцион воситалар ёрдамида бундай беморларда тиш

касалликларини даволашда фойдаланишни аниқлаштиришга имкон беради.

Стоматологлар сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан оғриган беморларда тиш касалликлари курсининг хусусиятларини тушунишлари ҳам муҳимдир. Маълумки, сурункали пиелонефрит (СП) ва сурункали гломерулонефрит (СГ) билан оғриган, қониқарли даражада стоматологик ёрдамга эга бўлган одамларда нокариоз шикастланишлар ва тиш протезларига эҳтиёж одатда ортади.

Шу билан бирга, соғлом одамлар билан солиштирганда, пародонт тўқималарининг ҳолати, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари ва тиш кариесини даволаш зарурати бўйича сезиларли фарқлар йўқлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган [6]. Шу билан бирга, сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) билан оғриган шахсларда гемодиализ терапиясидан қатъи назар, стоматологик парваришнинг этарли даражада эмаслиги, тишларнинг нокариоз шикастланишлари 40,8-43,9% гача кескин ўсиши, даволаш ва протезлаш зарурати мос равишда 85,7%-90,2% ва 93,9% -95,1%, шунингдек кариес жараёнининг интенсивлиги 15,9-18,7 гача [6]. Бундай беморларда пародонтологик статуснинг асосий кўрсаткичлари одатда бир хил ёшдаги соғлом одамларга қараганда ёмонроқ ва сурункали таркок пародонтитнинг оғир шакллари (КПИ 3,43-3,52) ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, лаблар ва тил касалликлари (16,3-39,0%) кенг тарқалган [6].

Адабиётларда СБЕ билан оғриган одамларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати хусусиятлари тўғрисида маълумотлар келтирилган. Шундай қилиб, сурункали буйрак етишмовчилигида, гемодиализ терапиясидан қатъий назар, беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг оғрик сезувчанлиги, электрогустометрия ва тилнинг таъмга сезгирлиги ошган, тил сўргичларининг функционал ҳаракатчанлигида сезиларли ўзгаришлар аниқланган. Бундай беморларни стоматологик даволашни ҳисобга олиш зарур. Бундан ташқари, СБК билан оғриган одамларда тишларнинг эмал ва дентинининг минерализация даражасининг умумий пасайиши фонида асосий макроэлементларнинг таркиби пасаяди (калций мос равишда 30,88-34,90 мас.% ва 22,10-26,60 мас.%, фосфор, мос равишда, 15,20-17,30 мас.% ва 11,00-12,70 мас.% ва тиш эмалининг Са/Р - коэффициентини (1,53-1,60 у.е.) назорат гуруҳидаги одамлар билан солиштирганда (калций, мос равишда, 32,52-36,50 мас.% ва 24,96-28,85 мас.%; фосфор, мос равишда, 15,35-17,40 мас.% ва 11,80-13,60 мас.%; Са/Р - коэффициентини 1,63 у.е.) улар қаршилигининг пасайишини кўрсатади [6]. Шунинг учун бундай беморларда асосий

стоматологик касалликларни даволашда яхши клиник натижага эришиш учун санитария тадбирларини йилига камида икки марта умумий ва маҳаллий қўллаш, шу жумладан оғиз бўшлиғи профессионал гигиенаси ва асосий макро- ва микроэлементларни ўз ичига олган озучавий биокорректорлар тутувчи реминерализация терапиясини ўтказиш керак. Бу нафақат тишларнинг кариес ва нокариоз шикастланишларини даволаш самарадорлигини оширишга ва бундай беморларда оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнларининг пасайишига олиб келади, балки оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати иммунитет ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Бу сўлакда яллиғланишга қарши ситокинлар IL-6 ($23,1 \pm 1,6$ дан $14,5 \pm 2,2$ пг/мл гача) ва IL-8 (913 ± 54 дан 518 ± 34 пг/мл гача) концентрациясининг пасайиши билан тасдиқланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг маҳаллий иммунитетининг ортиши негизда яллиғланишга қарши ситокинлар таркибининг (РАIL, IL-4, IL-10) ўзгармаганлиги, лекин, секретор иммуноглобулин А синтезининг ошиши билан намоён бўлади ($0,56 \pm 0,12$ дан). $0,92 \pm 0,07$ г/л гача) [6, 26].

Соматик патологияси бўлган одамлар орасида асосий стоматологик касалликлар интенсивлиги соғлом беморларга қараганда юқори эканлиги аниқланган [4]. 20-29 ёшдаги генитоурия тизими ва нафас олиш органларининг сурункали касалликлари мавжуд беморларда тиш кариесининг интенсивлиги ҳар бир бемор учун ўртача $6,52 \pm 0,41$ ни, 30-39 ёшли беморлар гуруҳида - $7,10 \pm 0,28$ ни, 40-49 ёшли беморлар гуруҳида - $7,36 \pm 0,30$ ни, 50-59 ёшлилар гуруҳида эса бу кўрсаткич $9,41 \pm 0,21$, 60 ва ундан катта ёшли беморларда эса $12,37 \pm 0,34$ ни ташкил этди [23].

Хамроҳ касалликларнинг оғирлигига қараб тиш кариесининг интенсивлик даражасини ўрганаётганда, муаллифлар умумий соматик патологияларнинг энгил шакли мавжуд беморлар гуруҳида КПУз кўрсаткичлари ($10,16 \pm 1,00$) хамроҳ касалликлари аниқланмаган назорат гуруҳидаги беморлари ($9,69 \pm 0,17$) кўрсаткичларидан юқорилиги аниқланган. Ички органларнинг ўртача оғирликдаги бирга келадиган касалликлари мавжуд беморлар гуруҳида тиш кариесининг интенсивлик даражаси бироз юқорироқ бўлиб, $11,76 \pm 1,10$ ни ташкил этган. Хамроҳ касалликларнинг оғир шакллари мавжуд беморларда КПУз нинг сезиларли ўсиши кузатилган, бу $19,91 \pm 1,80$ ни ташкил этган [17].

Ревматоид артритли беморларда В.М. Гринин ва бошқалар. [9, 10] тиш кариесининг хусусиятлари ва унинг асоратларига оид чуқур тадқиқотлар олиб боришган. Муаллифларнинг таъкидлашича, сўлак безлари шикастланмаган

ушбу беморларда тиш кариеси интенсивлигининг ўртача қиймати $16,0 \pm 4,65$ ни, Шегрен синдроми билан бирга келадиган беморларда - $23,4 \pm 5,61$ ва соматик жиҳатдан соғлом одамларда - $13,5 \pm 3,5$ ни ташкил этди.

Гемофилия А нинг оғирлигига қараб тиш кариесининг интенсивлик даражасини ўрганишда, ушбу патологиянинг энгил шакли мавжуд беморларда КПУз кўрсаткичлари ($8,11 \pm 0,10$) назорат гуруҳидаги ($7,64 \pm 0,12$) кўрсаткичлардан юқорилиги аниқланган. Бундай патологиянинг ўртача оғирликдаги шакли мавжуд беморлар гуруҳида бу кўрсаткич бироз юқорироқ бўлиб, $9,71 \pm 0,11$ ни ташкил этган ва патологиянинг оғир шакли мавжуд беморларда бу кўрсаткичнинг сезиларли ўсиши ($17,81 \pm 0,14$) кузатилган [19].

Ошқозон-ичак тракти касалликлари ва эндокрин патологиялари мавжуд беморларда тиш кариесининг интенсивлик даражаси назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада юқори бўлган. 20-29 ёшли асосий гуруҳ беморлари орасида КПУ кўрсаткичлари назорат гуруҳидагидан 1,5 баравар, 30-39 ёш тоифасида - 2,1 баравар, 40-49 ёш тоифасида - 2,7 баравар, 50-59 ёш тоифасида - 2,9 баравар, 60 ва ундан юқори ёш тоифасида - 3,4 баробарга юқори интенсивликка эгаллиги аниқланган [20].

Сурункали юрак етишмовчилиги билан касалланган беморларда кариес интенсивлиги индекси 20,3-24,6 бирлик оралиғида ўзгарган [27]. Адабиётлар таҳлилида [22] 20-24 ёшдаги беморларнинг ушбу тоифасида тиш кариесининг интенсивлиги кўрсаткичлари ўртача $7,08 \pm 0,69$; 25-29 ёшдаги беморлар гуруҳида бу кўрсаткич $9,48 \pm 1,23$; 30-34 ёшли беморларда - $10,5 \pm 0,64$; ва 35-39 ва 40-44 ёшдаги сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда бу кўрсаткичлар мос равишда $10,6 \pm 0,59$ ва $12,04 \pm 0,99$ ни ташкил қилган.

Ўрта мактаб ўқувчилари ўртасида кариесининг интенсивлигини ўрганиш натижалари сурункали гастродуоденит (СГ) билан оғриган болаларда ушбу кўрсаткичларнинг устунлигини кўрсатган, бу соғлом мактаб ўқувчиларига қараганда 1,4-1,7 баравар юқори бўлган. Бундан ташқари, 12 ёшдан 15 ёшгача бўлган даврда СГ билан касалланган мактаб ўқувчиларида тиш кариесининг интенсивлиги (КПУз) кўрсаткичлари 1,44 га, КПУп кўрсаткичлари эса 2,15 га, амалда соғлом болаларда эса 2,15 га ошган. Бу даврда болаларда КПУз кўрсаткичлари 1,0 га ошган, КПУп кўрсаткичлари эса деярли ўзгаришсиз қолганлиги аниқланган [11].

Умумий соматик патологиялар мавжуд бўлган ва тиш эмалининг функционал кислотага чидамлилиги ошган 20-29 ёшли беморларда тиш кариесининг интенсивлиги $6,52 \pm 0,41$, 30-39 ёшли беморларда - $7,10 \pm 0,28$ ни ташкил этган бўлса,

ушбу тоифадаги 40-49 ва 50-59 ёшдаги беморларда тиш кариесининг интенсивлиги мос равишда $7,36 \pm 0,30$ ва $9,52 \pm 0,24$ ни ташкил этган [25].

Миокард инфаркти ва тиш кариесининг интенсивлиги ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш жараёнида [33] улардаги КПУз индексининг ўртача қиймати ($20,1 \pm 5,4$) назорат гуруҳи ($18,6 \pm 5,6\%$) кўрсаткичларидан юқорилиги аниқланган.

Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларда тишларнинг йўқолиши кўпайган, бу терапевтик ва профилактика чораларидан этарли даражада фойдаланилмаганлигини кўрсатиши мумкин [19].

Юрак-қон томир патологиялари билан бирга келадиган спортчиларда тиш кариесининг интенсивлигини ўрганишда тишларнинг кариесли шикастланиши асоратлари 30,0% ҳолларда аниқланган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 9,4% ни ташкил этди [7]. Бундан ташқари олимлар маълумотларидан [31] гиёҳвандлар орасида тиш кариесининг интенсивлиги ($16,4$) гиёҳванд моддаларни истеъмол қилмайдиган ($8,85$) одамларга нисбатан 2 баравар юқорилигини кўришимиз мумкин.

Соматик касалликлар билан оғриган беморларда тиш кариесининг интенсивлигини ўрганиш жараёнида, даволаш керак бўлган кариес тишлари компонентининг кўрсаткичлари назорат гуруҳидагига қараганда деярли 1,2 баравар юқори эканлиги аниқланган. Энгил ва ўртача оғир шаклдаги умумсоматик патологиялари мавжуд беморлар гуруҳида олиб ташланиши керак бўлган кариес билан касалланган тишларнинг кўрсаткичлари назорат гуруҳидагиларга қараганда мос равишда 1,4 ва 1,1 баравар паст эканлиги аниқланган [3].

Генитоурия тизими ва нафас олиш органларининг турли даражадаги сурункали касалликлари мавжуд беморларда, тиш кариесининг ўртача интенсивлиги $8,55 \pm 0,31$ ни ташкил этган ва шу билан бирга, ноқулай прогноз кузатилди, бу кўп миқдордаги экстракция билан боғлиқ эди. тишлар (1 беморга ҳисоблашда ушбу компонентнинг кўрсаткичлари КУз таркибида $3,10 \pm 0,11$ ёки 47,55% ни ташкил қилган) [18].

Яна бир тадқиқотда хамроҳ касаллик сифатида юрак-қон томир патологияси мавжуд 19-30 ёшдаги беморларда тиш кариесининг интенсивлигини (КПУ) ўрганишда К компонентининг кўрсаткичи 38,42% эканлиги аниқланган. 41 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморларнинг ушбу тоифасида П компонентининг тарқалиши 42,8% ни ташкил этган бўлса, 60 ёшдан ошган беморларда У элементининг тарқалиши 35,52% ни ташкил этган [30].

А.А. Исмоилов ва бошқаларнинг сўзларига кўра [21], 60 ёшдан ошган хамроҳ касалликлари мавжуд беморларда, асоратлари бўлмаган ("К" компоненти), асоратлари бўлган ва уларни даволашга мухтож ("Р" компоненти), олиб ташланган (Х) тишларнинг умумий сони ёки пломбаланган ("П" компоненти) тишлар сезиларли даражада камроқ ва $0,04 \pm 0,01$, $1,47 \pm 0,02$, $3,77 \pm 0,08$ ва $0,06 \pm 0,01$ кўрсаткичларга тўғри келган, тишлар кариеси интенсивлигининг умумий структурасида ($12,41 \pm 0,35$) уларнинг улуши эса $0,32\%$, $11,85\%$, $30,38\%$ ва $0,48\%$ бўлган. Муаллифлар сийдик ва нафас олиш тизимларининг биргаликдаги патологиялари мавжуд беморларда пломбаланган тишлар сони сезиларли даражада камроқ эканлигини аниқлаганлар, бу оғиз бўшлиғининг режалаштирилган санацияси бўйича чора-тадбирларни кучайтириш зарурлигини кўрсатади.

Яна бир тадқиқотда умумий соматик касалликлари бўлган ва тиш эмалининг кислотага чидамлилиги паст бўлган беморларда тишларда кариес интенсивлик даражаси қониқарсиз кўрсаткичдалиги аниқланган. Нуров Д. И. ва бошқалар тадқиқотларида беморларнинг ушбу тоифасида "У" элементининг кўрсаткичлари $72,11\%$ ни ташкил этди [24].

Чет эллик муаллифларнинг тадқиқотларида [33] миокард инфаркти ва периапикал ўзгаришлар ўртасидаги тишларни йўқотиш частотаси билан боғлиқлиги ишончли тарзда исботланган. 20-29 ёшдаги бундай беморларда сақланиб қолган тишлар сони $29,1 \pm 2,6$ ни, 30-39 ёш оралиғидаги беморларда бу кўрсаткич $27,7 \pm 1,3$ ни, 40-49 ёш оралиғидаги беморларда - $26,8 \pm 2,7$ ни ташкил қилган бўлса, 50-59 ёшли беморларда - $18,4 \pm 9,4$ ни, 60-69 ёшли беморларда эса бу кўрсаткич $13,3 \pm 2,5$ ни ташкил этган.

Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган аёлларда тиш кариесининг интенсивлик индекси ўрганилган яна бир тадқиқотда, КПУ кўрсаткичининг ўртача қиймати $18,7$ ни, юрак-қон томир касалликлари мавжуд бўлмаган аёлларда - $15,6$ ни, юрак-қон томир касалликлари ва остеопороз кузатилмаган аёлларда - $11,4$ ни ташкил этган. Шу билан бирга, ушбу тадқиқот гуруҳлари аёлларида "У" компонентининг кўрсаткичлари мос равишда $9,4$, $5,4$ ва $3,2$ ни ташкил этган [8].

Бронхиал астма билан касалланган беморларда тиш кариесини даволашдан кейинги кузатиладиган асоратлари 1 йил ўтгач - $6,8\%$ ҳолатда, 2 йилдан кейин - $5,14\%$ ҳолатда, 3 йилдан кейин эса $9,45\%$ ҳолатда қайд этилган. Шу билан бирга, асоратларнинг умумий таркибида пломба тушиши ҳолатлари - $12,44\%$, иккиламчи кариес юзага келиши - $2,65\%$ ҳолатларда кузатилган, тишларни олиб ташлаш улуши - $0,33\%$ ҳолатларда қайд этилган [12].

Бир қатор муаллифлар [17] тиш кариесининг интенсивлиги ва хамроҳ касалликларнинг оғирлиги ўртасидаги боғлиқликни ўрганишда, энгил даражадаги соматик патологияси мавжуд беморларда дастлабки текширувда КПУ мутлақ қийматлари ($10,16 \pm 1,00$) иккинчи қатновда бўлган беморларнинг 5 йилдан кейинги ($15,07 \pm 2,18$) кўрсаткичларидан статистик фарқ қилишини аниқладилар. Шундай қилиб, 5 йиллик кузатувдан сўнг тишларда кариес интенсивлигининг ошиши ўртача $4,91 \pm 1,18$ ни ташкил этган. Ўртача соматик касалликлар билан оғриган беморлар гуруҳида тишларнинг кариесли шикастланишлари интенсивлигининг ошиши юқорироқ бўлиб, $5,43 \pm 1,53$ ни ташкил этган. Оғир соматик касалликлари мавжуд беморларда 5 йиллик кузатувдан сўнг бу кўрсаткич бошланғич қийматдан $1,3$ баравар юқори бўлган [1].

Таҳлилий текширувни ҳисобга олган ҳолда, тиш ва пародонт тўқималари касалликлари шаклланишида хамроҳ касалликлар патологиялари хавф омили бўла олади деган хулосага келиш мумкин, улар орасида ёмон гигиена, нотўғри овқатланиш, чекиш ва ирсий омилларни ҳам инобатга олиш зарур. Бундан ташқари, оғиз бўшлиғида инфекция ўчоқларининг мавжудлиги баъзи умумий соматик патологияларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Адабиётлар:

1. Амиджанова З. Р. и др. Прирост распространенности и интенсивности кариеса зубов в зависимости от тяжести общесоматической патологии //Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. – №. 1-2. – С. 261-264.
2. Арутюнов С. Д. и др. Заболевания пародонта и "системные болезни": известное прошлое, многообещающее будущее //Пародонтология. – 2009. – №. 1. – С. 3-6.
3. Ашуров Г. Г., Алимский А. В., Муллоджанов Г. Э. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов при разнонаправленных межсистемных нарушениях //Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. – №. 1-4. – С. 254-256.
4. Ашуров Г. Г., Ломиашвили Л. М., Юлдашев Ш. И. Социально-психологический статус соматических больных и особенности оказания им стоматологической помощи в условиях стационара //Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. – №. 1-3. – С. 197-199.
5. Бабич В. В. и др. Организация диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава с учетом адаптационных возможностей организма //СПб.: Нордмедиздат. – 2016. – Т. 77.

6. Бельских А. Н., Бельских О. А., Иорданишвили А. К. Хроническая болезнь почек: особенности стоматологической патологии //СПб.: нордмедиздат. – 2016. – Т. 124.
7. Беляев И. И. Стоматологический статус юных спортсменов с различным уровнем адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.И. Беляев. –Санкт-Петербург, 2014. -17с.
8. Бурдули В. Н. Оценка стоматологического статуса у пациенток с остеопорозом I типа и кардиоваскулярной патологией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.Н. Бурдули. -Москва, 2009. -24 с.
9. Гринин В. М., Скворцова А. А. Состояние зубов у больных серопозитивным ревматоидным артритом //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью" Форум стоматологии", 2011. – №. 2. – С. 58-59.
10. Гринин В. М., Скворцова А. А. Факторы, влияющие на поражаемость зубов кариесом и его осложнениями у больных ревматоидным артритом //Стоматология для всех. – 2011. – №. 1. – С. 30-31.
11. Давыдов Б. Н., Гаврилова О. А., Пиекалнитс И. Я. Клиническое обоснование необходимости междисциплинарного подхода к лечению стоматологических заболеваний у детей с хронической патологией верхних отделов пищеварительного тракта //Стоматология. – 2015. – Т. 94. – №. 1. – С. 54-56.
12. Дехнич С. Н., Купреева И. В., Молоканов Н. Я. Опыт организации санации полости рта у больных бронхиальной астмой и пути ее совершенствования //Стоматология. – 2012. – Т. 91. – №. 3. – С. 22-23.
13. Иорданишвили А. К., Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Изменения слизистой оболочки полости рта при злокачественных новообразованиях кишечника // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – 2022. – С. 122-126.
14. Иорданишвили А. К., Амро А. Вклад ученых Санкт-Петербурга в развитие научных и прикладных вопросов стоматологической артрологии //Пародонтология. – 2013. – Т. 18. – №. 3. – С. 67-71.
15. Иорданишвили А. К., Поленс А. А. Военная стоматология в России //СПб.: Нордмедиздат. – 1998. – 53 с.
16. Иорданишвили А. К., Щербо А. П., Пирожинский В. В. Организация и результаты проведения лечебно-профилактических стоматологических мероприятий у людей, работающих на производстве синтетических моющих средств //Пародонтология. – 2007. – №. 1. – С. 73-76.
17. Исмоилов А. А. и др. Динамика редукции и прироста структурных элементов интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией // Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. – №. 1-1. – С. 223-227.
18. Исмоилов А. А. К вопросу об уровне оказанной стоматологической помощи и наивысшей интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией // Донишгоњи миллии тољикистон Таджикский Национальный Университет. – 2012. – С. 248.
19. Исмоилов А. А., Ашуров Г. Г. Совершенствование оказания стоматологической помощи гематологическим больным //Стоматология. – 2011. – Т. 90. – №. 3. – С. 12-15.
20. Исмоилов А.А. Частота распространения основных стоматологических заболеваний у больных с неблагоприятной общесоматической патологией и разработка путей повышения адаптационных возможностей органов полости рта: Автореф. дис. д-ра мед наук / А.А. Исмоилов. –Омск, 2012. -45 с.
21. Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г. Наивысшая интенсивность кариеса зубов у больных с неблагоприятным соматическим фоном // Стоматология Таджикистана. – 2010. - № 2. – С. 18-20.
22. Кузьмина Э. М., Невдачина И. Ф., Равинская А. А. Влияние комплекса профилактических средств на клиническую оценку реставраций твердых тканей зубов из светоотверждаемого композиционного материала" Ceram X mono" //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью" Форум стоматологии", 2011. – №. 4. – С. 24-26.
23. Леонтьев В.К., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г. Результаты клинико-эпидемиологического анализа интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией // Стоматология Таджикистана. – 2009. – № 1. –С. 39-43.
24. Нуров Д. И., Ашуров Г. Г. Скорость восстановления поверхностного слоя эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов и общего состояния организма //Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. – №. 1-3. – С. 243-246.
25. Нуров Д.И., Ёраков Ф.М. Взаимообуславливающая оценка структурнофункциональной резистентности эмали и прироста интенсивности кариеса зубов // Стоматология Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 18-21.
26. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите //

Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

27.Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

28.Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

29.Ризаев Ж. А. и др. Развитие Зубоврачевания В Эпоху Древности // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 398-404.

30.Соколов В.В. Планирование стоматологических вмешательств и обоснование выбора метода обезболивания у больных с сердечнососудистыми заболеваниями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.В. Соколов. -Москва, 2009. -26 с.

31.Фурсова А. Д. Патогенетические особенности стоматологического статуса и лечения наркоманов в зависимости от стажа опиоидной зависимости и выраженности абстинентного синдрома: Автореф. дисс. канд. мед. наук / А.Д. Фурсова. -Москва, 2009. -26 с.

32.Grossi S. G. Treatment of periodontal disease and control of diabetes: an assessment of the evidence

and need for future research //Annals of periodontology. – 2001. – Т. 6. – №. 1. – С. 138-145.

33.Willershausen I. et al. Association between chronic periodontal and apical inflammation and acute myocardial infarction //Odontology. – 2014. – Т. 102. – С. 297-302.

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Олимов С.Ш., Ахмедов А.Б.

Резюме. Актуальность. В данной статье на основании сопутствующих заболеваний в организме выделены основные стоматологические заболевания, факторы влияния, взаимосвязь патологии твердых тканей зубов и изучается на основе ряда исследований общесоматических заболеваний организма в формировании заболеваний тканей пародонта. Цель исследования: Провести анализ литературы о влиянии соматических заболеваний на состояние твердых тканей зубов. Заключение: С учетом проведенного аналитического обследования можно сделать вывод, что патология сопутствующих заболеваний может быть фактором риска формирования заболеваний зубов и тканей пародонта, среди которых необходимо учитывать несоблюдение гигиены, неправильное питание, курение и генетические факторы. Кроме того, наличие очагов инфекции в полости рта может привести к развитию некоторых распространенных соматических патологий.

Ключевые слова: соматические заболевания, стоматология, этиопатогенез, твердые ткани зубов.