

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



SAMARKAND
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 5
ISSUE 2

2024



ISSN 2181-0966

Doi Journal 10.26739/2181-0966

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 5, НОМЕР 2

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 5, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2024-2>

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, Узбекистан

Заместитель главного редактора:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
доктор медицинских наук, доцент Ташкентского
государственного стоматологического
института, Узбекистан

РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ:

Ответственный секретарь: А.С. Кубаев – доктор медицинских наук, профессор

Э.Н. Билалов

доктор медицинских наук, профессор

Д.М. Достмухамедов

доктор медицинских наук, профессор

О.Э. Бекжанова

доктор медицинских наук, профессор

Ф.А. Бахритдинова

доктор медицинских наук, профессор

А.М. Хайдаров

доктор медицинских наук, профессор

Ж.Ф. Шамсиев

доктор медицинских наук, доцент

С.Х. Юсупалиходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Э.А. Ризаев

доктор медицинских наук, доцент

Ю.А. Шукурова

доктор медицинских наук, доцент

Л.Э. Хасанова

доктор медицинских наук, доцент

Т.Э. Зойиров

доктор медицинских наук, доцент

У.Ю. Мусаев

доктор медицинских наук, доцент

А.И. Хазратов

кандидат медицинских наук, доцент

У.Н. Вахидов

кандидат медицинских наук, доцент

Ю.К. Еронов

доктор медицинских наук

М.М. Исомов

кандидат медицинских наук

Д.Ф. Раимкулова

кандидат медицинских наук, доцент

М.К. Юнусходжаева

ассистент

Ф.Ф. Лосев

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

С.П. Рубникович

академик, доктор медицинских наук,
профессор (Беларусь)

Джун-Янг Пэн

доктор медицинских наук, профессор
(Корея)

Дзинити Сакамото

доктор философии, профессор
(Япония)

М.А. Амхадова

кандидат медицинских наук, профессор
(РФ)

О.С. Гилёва

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

М.Т. Копбаева

доктор медицинских наук, профессор
(Казахстан)

А.А. Антонова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

Н.В. Шаковец

доктор медицинских наук, профессор
(Беларусь)

А.И. Грудянов

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

Д.С. Аветиков

кандидат медицинских наук, профессор (Украина)

Верстка: @devdasdesign

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

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2024-2>

Chief Editor:

Jasur A. Rizaev

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of the Samarkand State Medical University,
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:

EDITORIAL ADVISORY BOARD:

Executive Secretary: A. S. Kubaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.N. Bilalov

Doctor of Medical Sciences, Professor

D.M. Dostmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Professor

O.E. Bekjanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

F. Bakhritdinova

Doctor of Medical Sciences, Professor

A.M. Khaidarov

Doctor of Medical Sciences, Professor

J.F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

S.H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

E.A. Rizaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Yu.A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

L.E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

T.E. Zoyirov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.Yu. Musaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.I. Khazratov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

U.N. Vakhidov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Yu.K. Eronov

Doctor of Medical Sciences

M.M. Isomov

Candidate of Medical Sciences

D.F. Raimkulova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

M.K. Yunuskhodjaeva

assistant

F.F. Losev

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Honored Scientist of the Russian Federation

S.P. Rubnikovich

academician, doctor of medical sciences,
professor (Belarus)

Jun-Yang Peng

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Korea)

Jinichi Sakamoto

Doctor of Philosophy, Professor
(Japan)

M.A. Amkhadova

Candidate of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

O.S. Gileva

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

M.T. Kopbaeva

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Kazakhstan)

A.A. Antonova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

N.V. Shakovets

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Belarus)

A.I. Grudyanov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

D.S. Avetikov

Candidate of Medical Sciences,
Professor (Ukraine)

Page Maker: @devdasdesign

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. Абдувакилов Жахонгир Убайдуллаевич, Иргашев Шохрух Хасанович ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	7
2. Шаева Раъно Гайратовна, Шомуродов Кахрамон Эркинович, Бекмуродов Элер Эркинович, Нарзиева Дилфуза Бахтиёрвна ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЩЁЧНОЙ ЖИРОВОЙ ПОДУШКИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА.....	11
3. Яцук Александр Иванович, Шаковец Наталья Вячеславовна МОЛЯРО-РЕЗЦОВАЯ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ.....	17
4. Ахророва Малика Шавкатовна, Пардаева Мунира Суръат кизи ОСОБЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АДЕНТОМИИ.....	25
5. Аляви Муфассал Насирхановна, Хайдаров Артур Михайлович, Абдююсупова Камола Мирвалиевна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ИРРИГАЦИИ НА ОСНОВЕ РАСТВОРОВ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ.....	29
6. Gulyamov Sherzod Bakhramdjanovich, Karabaev Xurram Esankulovich, Hamroqulova Nargiza Orzuevna O‘RTA QULOQ PATOLOGIYALARI BILAN TASHQI ESHITUV YO‘LI TUG‘MAY ATREZĪYASIDA JARROR USULIDA DAVOLASHDA BIZNING TAJRIBA.....	34
7. Nematov Uktam Suyunovich, Lutfullaev Gayrat Amrullaevich BURUN BO‘SHLIG‘IDA XAVFSIZ QON TOMIR O‘SMALARI MAVJUD BO‘LGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ARPAODIYON EFIR MOYINING SAMARADORLIGI.....	39
8. Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Раупова Камола Мусиновна О ВОЗРАСТНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	45
9. Nematov Uktam Suyunovich, Lutfullaev Gayrat Amrullaevich OPERATSIYADAN KEYINGI YALLIG‘LANISH JARAYONINING BURUN BO‘SHLIG‘INING QON TOMIR O‘SMALARINI TASHXISLASH VA DAVOLASH.....	50
10. Муминова Дилноза Рахимовна, Гаффоров Суннатулло Амруллоевич, Хен Дмитрий Николаевич КЛИНИКО-ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.....	53
11. Максудов Дилшод Давронович, Камалова Малика Илхомовна АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРАМИ ПАЦИЕНТАМ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.....	63
12. Гаффоров Суннатулло Амруллоевич, Мадаминова Нодида Самандаровна, Хамроев Фарход Шарофович, Нурматова Шоира Октябровна ИЗУЧЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ.....	69
13. Иминов Комилжон Одилжонович ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ “PLATE RICHED FIBRIN” ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СКУЛО- ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.....	76
14. Абдуллаев Дилмурод Шарифович, Абдуллаев Шариф Юлдашевич ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.....	79
15. Саидова Диёра Отабековна ВЫБОР ТАКТИКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПЕРЕЛОМАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.....	84

16. Саидова Диёра Отабековна ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕСЕН И ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ.....	87
17. Maksudov Dilshod Davronovich YUZ-JAG‘ SOHASI FLEGMONASI BILAN DAVOLANAYOTGAN BEMORLARDA MAHALLIY HIMOYA OMILLARINING KO‘RSATKICHLARI.....	92
18. Djurabekova Surayyo Tohirovna TOOTHACHE AND PECULIARITIES OF DENTAL TREATMENT IN DIFFERENT TRIMESTERS OF PREGNANCY.....	97
19. Askarov Mansur Anvarovich, Shomurodov Kahramon Erkinovich RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF COMPLICATIONS IN MANDIBULAR THIRD MOLARS EXTRACTION (LITERATURE REVIEW).....	100
20. Аллаяров Азимбек Толибович, Ризаев Жасур Алимджанович, Юсупов Амин Абдуазизович ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР).....	104
21. Хушвакова Нилуфар Журакуловна, Очилов Тоир Мурод угли ВЛИЯНИЕ МИКРОБНОГО СИНЕРГИЗМА НА ТЕЧЕНИЕ РИНОФАРИНГИТА: ПЕРСПЕКТИВЫ МИКРОБИОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	111
22. Рахимова Лобар Дидоровна, Мухамадиев Рахман Оманович КСЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ И ЕЕ ОПТИКА КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА.....	117
23. Сайдалиев Уктам Тошбоевич, Рахимова Лобар Дидоровна, Мухамадиев Рахман Оманович СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ГЛАЗНИЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ ДО И ПОСЛЕ КСЕНОСКЛЕРОПЛАСТИКИ.....	123
24. Астанакулова Муниса Мирзоевна, Ризаев Элёр Алимжанович, Мусаева Гулчехра Абдухамитовна, Джаббарова Садокат Солижон кизи ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА.....	128
25. Nuritdinov Ulugbek Akbarovich, Fattakhov Ravshan Abdurashidovich METHODS FOR VISUALIZING THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT (SCIENTIFIC REVIEW).....	134

Абдуллаев Дилмурод Шарифович
Абдуллаев Шариф Юлдашевич
Ташкентского государственного
стоматологического института

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12531234>

АННОТАЦИЯ

Особое место в структуре стоматологической заболеваемости занимает патология пародонтального комплекса, в частности – хронический генерализованный пародонтит, который по данным ВОЗ находится на втором месте по частоте распространения, среди всех стоматологических заболеваний, уступая лишь кариесу. Первые признаки воспаления пародонта начинают проявляться уже в молодые годы, а к пожилому периоду – распространенность заболеваний пародонта достигает значений, стремящихся к 100%. Решение проблемы своевременной диагностики, профилактики и лечения патологии пародонта по-прежнему является актуальнейшей задачей современной стоматологии.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, патология пародонтального комплекса, иммуномодулирующей терапии

Abdullayev Dilmurod Sharifovich
Abdullayev Sharif Yo'ldoshevich
Toshkent davlat stomatologiya institute

IMMUNOMODULYATSION TERAPIYANING TURLI USULLARINI QO'LLASH ORQALI SURUNKALI UMUMIY PERIODONTIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

ANNOTATSIYA

Tish kasalliklari tarkibida periodontal kompleksning patologiyasi, xususan, surunkali umumiy periodontit alohida o'rin tutadi, bu JSST ma'lumotlariga ko'ra barcha tish kasalliklari orasida tarqalish chastotasi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi, faqat Kariesdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Periodontal yallig'lanishning dastlabki belgilari yosh yillarda paydo bo'la boshlaydi va kekxa davrga kelib periodontal kasalliklarning tarqalishi 100% ni tashkil etadigan qiymatlarga etadi. Periodontal patologiyani o'z vaqtida tashxislash, oldini olish va davolash muammosini hal qilish hali ham zamonaviy stomatologiyaning eng dolzarb vazifasidir.

Kalit so'zlar: surunkali umumiy periodontit, periodontal kompleks patologiyasi, immunomodulyatsion terapiya

Abdullaev Dilmurod Sharifovich
Abdullaev Sharif Yuldashevich
Tashkent State Dental Institute

INCREASING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF INDIVIDUALS IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALISED PERIODONTITIS BY APPLYING VARIOUS METHODS OF IMMUNOMODULATORY THERAPY

ANNOTATION

A special place in the structure of dental morbidity is occupied by pathology of periodontal complex, in particular - chronic generalised periodontitis, which according to WHO is on the second place by frequency of spreading among all dental diseases, second only to caries. The first signs of periodontal inflammation begin to appear already in young years, and by the elderly period - the prevalence of periodontal diseases reaches values tending to 100%. The solution of the problem of timely diagnosis, prevention and treatment of periodontal pathology is still the most urgent task of modern dentistry.

Keywords: chronic generalised periodontitis, periodontal complex pathology, immunomodulatory therapy

Введение. Генерализованный пародонтит – это не только очаг хронической инфекции и источник сенсibilизации организма, но также ведущая причина потери зубов (особенно в старших возрастных группах), приводящая к серьезным деструктивным последствиям, дезорганизирующим зубочелюстной аппарат. Данный факт способен серьезным образом повлиять на качество жизни человека, делая пародонтологическую проблему не только медицинской, но и социальной[1]. По прогнозам ООН, уже к 2050 году число представителей старших возрастных групп превысит 2 миллиарда человек, составив 20% популяции планеты; хотя в наше время этот показатель не превышает 11%, а в 1950 году был равен всего 8%. Аналогичные демографические явления свойственны и российскому обществу, постарение которого, несмотря на постепенную нормализацию естественного движения населения, в обозримом будущем продолжится[4].

Несмотря на очевидную актуальность данного вопроса, а также большой интерес к научным исследованиям в области пародонтологии – стоит признать, что уровень стоматологического здоровья, а также оказания пародонтологической помощи, в том числе пожилому населению – далеки от идеала[3]. Во многом это объясняется сложностью этиологии и патогенеза заболеваний пародонта, а также, нередко, отсутствием комплексного понимания данной патологии при ее терапии. В последние годы все больше авторов указывает на определяющую роль иммунологического компонента в патогенезе заболеваний пародонта. Фактически возникновение последних зависит от характера взаимоотношений микроорганизмов и организма хозяина. То есть повреждение тканей пародонта происходит в том случае, когда патогенное воздействие бактерий (и других этиологических факторов) превосходит его защитные механизмы, что приводит к формированию местного тканевого ответа[2]. Причем, выраженность и особенности данного ответа детерминируются интенсивностью местных патофизиологических, а также системных реакций организма человека. В то же время, высокие показатели общесоматической полиморбидности, у пациентов с сочетанной болезнью сердечно-сосудистой системы лишь усугубляют данные процессы[6]. Усиление активности микрофлоры, ассоциированное с иммунной недостаточностью, или иными изменениями иммунологической реактивности, приводит к выделению бактериями различных токсинов и ферментов, прямым, или опосредованным образом воздействующих на ткани пародонтального комплекса, вызывая в нем не только воспалительные, но и деструктивные процессы. Запускаются каскадные патофизиологические реакции, в которых участвуют все компоненты иммунной системы, как клеточные, так и гуморальные ее звенья, усиливается экспрессия литических ферментов. Возникает провоспалительное состояние, усугубляющее деструкцию тканей.

Таким образом, значительная роль иммунологического компонента в патогенезе, развитии и течении воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта – очевидна, что диктует необходимость дополнения комплексного лечения пародонтита средствами, оптимизирующими иммунные механизмы. Следовательно,

особую важность в пародонтологии имеет иммуномодулирующая терапия, основная цель которой – гармонизация иммунного статуса человека. Причем, крайне важно, чтобы она оказывала комплексное влияние на организм, соответствуя этиопатогенетической направленности лечения пародонтита. Указанным требованиям наилучшим образом соответствуют транскраниальная электростимуляция (ТЭС) и медикаментозная терапия истинным иммуномодулятором «Полиоксидоний»[9]. Особенно это актуально в отношении пародонтологических больных пожилого возраста. В настоящее время все большую популярность приобретает термин «иммуностарение». Так, по мнению ряда авторов, инволюция иммунной системы способна не только оказывать влияние на показатели здоровья человека и особенности проявления патологии, что можно охарактеризовать, как «воспалительное старение», но также ограничивать продолжительность его жизни. Клиническое значение иммуностарения заключается в дисбалансе между системами, обеспечивающими развитие полноценного воспаления и системами подавляющими воспалительные реакции[8]. Таким образом, исследование, посвященное оптимизации лечения хронического генерализованного пародонтита у лиц сочетанной болезнью сердечно-сосудистой системы представляется актуальным для практической стоматологии, поскольку позволит выявить тот метод терапии патологии пародонта, который является наиболее эффективным как с клинической, так и с иммунологической точек зрения[7].

Цель исследования: Изучение особенностей изменения цитокинового статуса и антимикробных пептидов ротовой жидкости и крови у больных хронической генерализованной пародонтитом сочетанной болезнью сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования: Обследован 58 человек с хроническим генерализованным пародонтитом сочетанной болезнью сердечно-сосудистой системы. В крови и ротовой жидкости выявлено активация провоспалительных цитокинов-ИЛ-1 и ИЛ6 на фоне снижения в ротовой жидкости уровня антимикробных пептидов-лактоферрина и дифензина.

Клиническое обследование пациентов включало: сбор анамнеза, выяснение жалоб, осмотр, рентгенологическое обследование. При клиническом осмотре полости рта определяли зубную формулу, вид прикуса, глубину преддверия полости рта, наличие травматической окклюзии. Оценивали цвет слизистой оболочки десен, выраженность уздечек, место их прикрепления на альвеолярном отростке верхней и альвеолярной части нижней челюстей, а также состояние твердых тканей зубов и имеющихся протезов.

Важнейшей задачей при терапии хронического генерализованного пародонтита является ликвидация воспалительного и деструктивного процессов. Комплекс лечебных мероприятий должен иметь этиопатогенетическую направленность, влиять не только на ткани пародонта, но также нормализовывать состояние всего организма, что необходимо для снижения числа обострений пародонтита и продления периода его ремиссии. Пациентам всех групп проводилась однотипная базовая общепринятая схема лечения хронического

генерализованного пародонтита, определяемая, как «традиционное лечение», рекомендованное Национальным руководством по пародонтологии (Дмитриева Л.А. с соавт., 2014), планами ведения стоматологических больных, основанных на национальных и международных клинических рекомендациях, а также принципах доказательной медицины (Атьков О.Ю., 2015).

Традиционное лечение состояло из нескольких этапов. Начальная терапия включала:

1. мотивацию пациентов к предстоящему пародонтологическому лечению; рекомендации по предметам, средствам гигиены, а также методике чистки зубов и уходу за протезами;

2. профессиональную гигиену полости рта: удаление зубных отложений (ручными и ультразвуковыми способами – аппаратом UDS-L Woodpecker (Китай)) под ванночкой антисептика (раствор хлоргексидина 0,06%) с последующим полированием открытых участков корней резиновыми головками и щеточкой с абразивной пастой;

3. санацию полости рта: устранение местных раздражающих факторов, а также очагов хронической инфекции: лечение зубов с кариесом и его осложнениями, депульпирование зубов по пародонтологическим показаниям;

4. оценку состоятельности протетических конструкций (при необходимости – их дальнейшую перебазирующую, или замену), консультации с ортопедом-стоматологами).

5. местную лекарственную терапию, включающую применение антисептиков, антибактериальных, противовоспалительных средств; 0,06% раствор 59 хлоргексидина (для антисептической обработки полости рта, десен при проведении всех манипуляций, для промывания пародонтальных карманов); также рекомендовалось домашнее использование хлоргексидина в виде ротовых ванночек: 2 – 3 раза в день по 20 минут после еды в течение 10 – 14 дней. На период снятия зубных отложений местно применялся метронидазол в сочетании с хлоргексидином: 1 таблетка трихопола растворялась в хлоргексидине и полученная смесь вводилась в пародонтальный карман на 30 минут. Для коррекции микроциркуляторного русла назначался 2% гель троксевазина (или гепариновая мазь): с 5 – 7 дня лечения – аппликации 1 раз в день на 15 минут, курс 5 – 10 дней. Особое внимание уделялось фитотерапии, имеющей хороший противовоспалительный, кровоостанавливающий, а также противозудный эффекты. В частности, рекомендовались растительные отвары для домашнего применения, приготавливающиеся из настоя сбора равных частей ромашки, зверобоя, крапивы, тысячелистника, шалфея, 10 г которого заливаются 250 мл воды – для ротовых ванночек на 10 – 15 минут 5 – 6 раз в день. В случае гиперестезии шеек зубов, наблюдаемой при выраженной рецессии десневого края – осуществлялась обработка чувствительных поверхностей десенситайзерами (бифлюорид, фторлак, эмальгерметизирующий ликвид).

6. общую лекарственную терапию, включающую назначение поливитаминных комплексов.

7. избирательное пришлифовывание по Дженкельсону (1972 г.) с целью гармонизации окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов, и устранения травматических супраконтактов.

8. временное шинирование подвижных зубов стекловолоконными шинами «Армосплит» (ЗАО

«Владмива», Россия). После проведения предоперационной подготовки всем пациентам за несколько посещений проводился кюретаж пародонтальных карманов с помощью скейлеров и кюрет, с последующим наложением на сутки изолирующей пародонтальной повязки – Септопак (Septodont, Франция). Операция одномоментно проводилась на половине челюсти под адекватным обезболиванием, и включала удаление поддесневых зубных отложений и патологически измененного цемента корней зубов. Затем остатки зубных отложений удалялись 60 ультразвуковыми скейлерами, с последующим сглаживанием поверхности корней пародонтологическими борами. Далее осуществлялось удаление грануляционной ткани, а также дезэпителизация кармана. После этого производилась обработка операционного поля изотоническим раствором хлорида натрия и наложение на сутки защитной повязки (Септопак).

Продолжительность хирургического этапа лечения пародонтальных карманов составляла, в среднем, 14 дней (Грудянов А.И., 2009; Дмитриева Л.А. с соавт., 2014). Помимо общепринятой схемы комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита, пациентам 2-ой, 3-ей и 4-ой групп назначались различные методы иммуномодулирующей терапии, а также их сочетание (в 4-ой когорте). Пациентам 2-ой и 4-ой групп проводились процедуры транскраниальной электростимуляции аппаратом «Трансаир-04», силой биполярного тока 1,0 – 2,0 мА, длительностью 20 – 30 минут, ежедневно, курсом – 10 процедур. Пациентам 3-ей и 4-ой когорт назначался истинный, высокомолекулярный иммуномодулятор «Полиоксидоний» по 1 таблетке (12 мг) сублингвально, 2 раза в день, через 12 часов, за 20 – 30 минут до еды, ежедневно, в течение 10 дней. Таким образом, пациентам 4-ой группы были одновременно назначены две различные методики иммуномодулирующей терапии: немедикаментозная – ТЭС и медикаментозная – фармакотерапия Полиоксидонием.

Результаты исследования. Для выявления особенностей иммунологического статуса лиц пожилого возраста с хроническим генерализованным пародонтитом, объективизации клинической картины, а также контроля результатов лечения, проводилось иммунологическое и биохимическое исследование десневой жидкости и венозной крови пациентов, заключающееся в оценке цитокинового профиля, уровня антител, а также определении активности ферментов. Лабораторные исследования осуществлялись в те же сроки, что и клиническое обследование: до лечения, на 7-й, 14-й, 21-й, 30-й день, а также через 3 месяца после начала терапии. Исследование местного иммунитета, а также ферментативной активности в десневой жидкости включало оценку следующих лабораторных показателей: уровня цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО- α (пг/мл); концентрации IgA (г/л) и ЛДГ (МЕ/л), относительного количества эпителиальных клеток, нейтрофилов и лимфоцитов (Э:Н:Л, %). Исследование общего иммунитета, а также активности ферментов в венозной крови состояло из изучения динамики показателей: уровня цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО- α (пг/мл); концентрации антител: IgG, IgM, IgA (г/л), а также ферментов: ЩФ и ЛДГ (МЕ/л). Материалом исследования служила кровь, взятая из локтевой вены (в количестве 2,0 мл на 1 пробу) и десневая жидкость из десневой борозды/пародонтального кармана.

Забор десневой жидкости осуществлялся по методике, разработанной Чукаевой Н.А., 1990. Для этого использовался шприц-тюбик, герметично 55 соединенный с зашлифованной, закругленной на конце иглой (рационализаторское предложение №457 от 14.11.1988). Перед проведением забора десневой жидкости обследуемый участок очищался от налета и высушивался ватными валиками. Закругленную иглу шприца-тюбика с небольшим количеством раствора Хенкса (0,1 мл) осторожно, не повреждая слизистую оболочку десны, и не допуская кровотечения, вводили в десневую борозду, выпускали каплю раствора Хенкса, после чего прижимали к десневой стенке борозды (пародонтального кармана) и, проводя вдоль нее – аспирировали (с помощью шприца-тюбика) содержимое в иглу. Полученную жидкость вносили в пробирку типа Эппендорф 2,0 мл с раствором Хенкса (0,3 мл). Для измерения малых объемов раствора использовали одноразовые инсулиновые шприцы. По данной методике осуществлялся забор десневой жидкости в области 3 – 4 зубов при каждом обследовании пациента (Робустова Т.Г. с соавт., 1990).

Общее число обследованных лиц пожилого возраста с ХГП средней степени тяжести составило 104 человека, разделенных на 4 клинические группы, в зависимости от методов комплексного лечения ХГП, а также типа иммуномодулирующей терапии, включенной в схему традиционного лечения. Обследование пародонтологических больных начиналось с расспроса: выяснения жалоб; давности заболевания; наличия и кратности обострений; длительности периодов ремиссии; содержания ранее проводимого лечения (если таковое имело место), его эффективности; а также сопутствующей патологии. Больные предъявляли жалобы на кровоточивость десен (возникающую при чистке зубов и/или употреблении жесткой пищи); неприятных запахов изо рта; неприятные ощущения в деснах; гиперестезию шеек зубов; на подвижность отдельных зубов, их смещение, и связанные с этим затруднения при откусывании и пережевывании пищи. Средняя продолжительность заболевания, со слов пациентов, составляла более 10 лет, обострения хронического пародонтита отмечались около 2 – 3 раз в год, при этом имели место повышение кровоточивости, неприятные и болезненные ощущения в деснах, в ряде случаев – усиление подвижности зубов, появление гнойного отделяемого из карманов. При внешнем осмотре отмечались выраженные носогубные и подбородочные складки, нередко – уменьшение высоты нижней трети лица и симметричное опущение углов рта (связанное с избытком мягких тканей и снижением тургора кожи). При осмотре преддверия полости рта выявлялось низкое прикрепление уздечек верхней и высокое – нижней губ к альвеолярным отросткам и альвеолярным частям верхних и нижних челюстей, соответственно. При осмотре зубных рядов оценивалась степень смещения зубов, их стираемость, обнажение шеек, наличие трем. Выявлялась патология твердых тканей как кариозного, так и некариозного происхождения (клиновидные дефекты, эрозии и др.); определялась состоятельность имеющихся пломб и реставраций, а также ортопедических конструкций (взаимоотношение элементов протезов с 62 тканями протезного ложа). Анализировался характер окклюзионноартикуляционных взаимоотношений зубных рядов (с помощью копировальной бумаги, а также метода

окклюдозографии) с целью обнаружения супраконтактов и дальнейшей гармонизации окклюзии. При оценке состояния пародонтального комплекса отмечалась гиперемия с цианозом папиллярной, маргинальной и альвеолярной десны, изменения ее конфигурации.

У большинства пациентов наблюдалось неплотное прилегание краевого пародонта к поверхности зубов, имелись множественные пародонтальные карманы, у отдельных зубов диагностировалась подвижность I – II степени. В целом, у обследованных лиц пожилого возраста наблюдались инволютивные изменения тканей пародонтального комплекса: рецессия десневого края, сопровождающаяся обнажением корней зубов; частичное, или полное разрушение и дегенерация эпителиального и соединительнотканного прикреплений, и связанное с этим нарушение соединения связочного аппарата пародонта с цементом. Величина потери прикрепления (определяемая, как сумма ГПК и величины рецессии) оценивалась с 4 поверхностей каждого зуба (вестибулярной, оральной, медиальной и дистальной), за основу брался наибольший показатель. У всех обследованных лиц отмечались обильные над- и поддесневые зубные отложения, в том числе минерализованные. Наблюдались высокие значения ИГ и, соответственно – плохой уровень гигиены: зубной налет и наддесневой зубной камень покрывали до 2/3 (в некоторых ситуациях более 2/3) поверхности зубов, также имелись отдельные отложения поддесневого зубного камня. Наиболее выраженные и обильные зубные отложения диагностировались в области зубов со значительной величиной потери прикрепления, скученностью, в местах прилегания фиксирующих и прочих элементов ортопедических конструкций, на зубах с оголенными фуркациями, а также I, II степени подвижности. Средние значения ИГ в группах составили: в I когорте – $3,91 \pm 0,114$; во 2-ой – $3,85 \pm 0,11$; в 3-ей – $3,9 \pm 0,097$; в 4-ой – $3,87 \pm 0,094$ (табл. 3). Уровень воспаления тканей краевого пародонта оценивали по значениям йодного числа Свракова, а также индекса РМА (в модификации Ратма). У пациентов всех четырех групп средние значения ИЧ соответствовали умеренно выраженному процессу воспаления и составили: в I группе – $3,23 \pm 0,13$; во 2-ой – $63 \ 3,28 \pm 0,11$; в 3-ой – $3,24 \pm 0,11$; в 4-ой – $3,19 \pm 0,09$. Средние значения РМА в группах были равны: в I группе – $48,93 \pm 1,73$; во 2-ой – $49,27 \pm 1,36$; в 3-ой – $49,83 \pm 1,36$; в 4-ой – $49,76 \pm 1,19$; что может быть интерпретируемо, как средняя степень тяжести воспаления в десне. Проявления симптома кровоточивости у обследованных лиц пожилого возраста имели некоторые особенности, не всегда в полной мере коррелирующие со степенью выраженности воспалительного процесса (Бутюгин И.А., 2002). В частности, относительно небольшую кровоточивость десен можно было объяснить возрастными склеротическими изменениями сосудистого русла маргинального пародонта; в то время, как существенный геморрагический синдром был нередко связан с приемом салицилатов и прочих препаратов, влияющих на показатели свертывания крови. Тем не менее, средние величины данного показателя соответствовали средней степени воспаления десны и составили: в I группе – $1,12 \pm 0,05$; во 2-ой – $1,15 \pm 0,07$; в 3-ой – $1,15 \pm 0,06$; в 4-ой – $1,18 \pm 0,05$. Степень выраженности воспалительно-деструктивных изменений в пародонтальном комплексе оценивалась посредством подсчета пародонтального индекса (ПИ). Его средние значения в группах составили: в

1 когорте – 3,51±0,14; во 2-ой – 3,57±0,14; в 3-ой – 3,53±0,13; в 4-ой – 3,64±0,15; что соответствовало пародонтиту средней степени тяжести .

При рентгенологическом обследовании (ОПТГ) пациентов всех групп отмечались признаки воспалительной вертикальной резорбции костной ткани межальвеолярных перегородок до 1/2 длины корней зубов, нередко – с образованием костных карманов; разрушение кортикального слоя в сочетании с очагами остеопороза без клинических признаков выраженного воспалительного процесса. Обнаруживались дистрофические изменения тканей пародонтального комплекса, проявляющиеся в виде относительно равномерной горизонтальной резорбции костных структур. Таким образом, характер изменений в костной ткани пародонта у лиц пожилого возраста,

страдающих ХГП, можно охарактеризовать, как воспалительно-дистрофический. Таким образом, клинкорентгенологические данные, индексная оценка состояния тканей пародонта соответствовали картине хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести

Выводы: таким образом особенности клинического течения ХГП у лиц пожилого возраста, заключающиеся в слабовыраженном воспалительном процессе на фоне существенных деструктивных явлений в пародонтальном комплексе, во многом детерминированы факторами иммуностарения, а также дисбалансом про- и противовоспалительных пулов цитокинов; что обуславливает необходимость иммуномодулирующей терапии при лечении указанной патологии.

Список литературы:

1. Акбиева Д.С. Роль цитокинов в развитии заболеваний гастродуоденальной зоны // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. С 64-69
2. Будихина А.С., Пинегин Б.В. Дефензины — многофункциональные катионные пептиды человека. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2008;2:31-40.
3. Бузрукзода, Ж., Ахтамов, Ш., & Щербаква, Ф. (2022). АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ СТРОЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА САМАРКАНДА ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. Медицина и инновации, 1(4), 238–241. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/391
4. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская О.Г. Слюна. Аналитические возможности и перспективы. М.: БИНОМ; 2014.
5. Казеко Л.А. Возможности диагностики заболеваний периодонта с использованием противомикробных пептидов слюны и десневой жидкости // Современная стоматология. - 2016. - №1. - С.11-16.
6. Пантелеев П. В., Болосов И. А., Баландин С. В., Овчинникова Т. В. Структура биологические функции Р-шипилечных антимикробных пептидов. Журнал «АКТА НАТУРЭ»-2015. - Т. 7. - № 1 (24). - С.37-47.
7. Ризаев, Ж., Кубаев, А. и Бузрукзода, Ж. 2022. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2, 3 (фев. 2022), 77–83. DOI:<https://doi.org/10.26739.2181-0966-2021-3-15>.
8. Alexandre L. Pereira, Gilson C. Franco, Sheila C. Cortelli.. Influence of Periodontal Status and Periodontopathogens on Levels of Oral Human P-defensin-2 in Saliva // Journal of Periodontology.-2013. - V.84. - №1. - P.1445-1453.
9. Ali Adem Bahar, Dacheng Ren. Antimicrobial Peptides//Pharmaceuticals (MDPI). - 2013. - Vol.6 (12). - P.1543-1575.
10. Buzrukzoda J.D., Kubaev A.S., Abdullaev A.S. Elimination Of Perforation Of The Bottom Of The Maxilla Jaw Sinus With Application Of Osteoplastic Material //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 162-166.
11. Ericksen B, Wu Z, Lu W, Lehrer RI. Antibacterial activity and specificity of the six human alfa-defensins. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2005;49(1):269-275.
12. Ferrari D., Pizzirani C., Adinolfi E., Lemoli R.M., Curti A., Idzko M., Panther E., Di Virgilio F. The P2X7 receptor: a key player in ИЛ-1 processing and release. J. Immunol. 2006;176: 3877–3883.
13. Rizaev Elyor Alimdjanovich, & Buzrukzoda Javokhirxon Davron. (2023). HEALING WITH THE USE OF TITANIUM THREADS OF CONTROLLED BONE RESORPTION. American Journal of Interdisciplinary Research and Development, 16, 9–14. Retrieved from <http://ajird.journalspark.org/index.php/ajird/article/view/649>
14. Rizaev, E. A., & Buzrukzoda, J. D. (2022). OPTIMIZATION OF GUIDED BONE REGENERATION IN CONDITIONS OF JAW BONE ATROPHY. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 4–8.

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 5, НОМЕР 2

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 5, ISSUE 2

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