

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 1

2024



ISSN 2181-0966

Doi Journal 10.26739/2181-0966

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 5, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 5, ISSUE 1



ТОШКЕНТ-2024

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 Фазилят 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

Исомов Мираскад Максудович

PhD, доцент, Узбекистан

Эронов Ёкуб Куватович

PhD, доцент, Узбекистан

Хайдаров Артур Михайлович

доктор медицинских наук профессор Узбекистан

Кубаев Азиз Сайдалимович

ответственный секретарь, PhD, доцент, Узбекистан

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

Junichi 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

Мамедов Умиджон Суннатович

доктор медицинских наук, доцент, Узбекистан

Раимкулова Дилноза Фарходдиновна

PhD, доцент, Узбекистан

Юнусходжаева Мадина Камалитдиновна

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, Docent, Uzbekistan

Jahongir F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Saodat H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Ulugbek N. Vakhidov

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Saidmurodkhon S. Murtazaev

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Umida A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Lola E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Alisher I. Khazratov

PhD, Uzbekistan

Miraskad M. Isomov

PhD, Docent, Uzbekistan

Yokub K. Eronov

PhD, Docent, Uzbekistan

Xaydarov Artur Mixaylovich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Uzbekistan

Aziz S. Kubayev

Executive Secretary, PhD, Docent, 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

Jinichi Sakamoto

Doctor of Medicine, Professor, Japan

Dilshod M. Dustmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Rizaev Elyor Alimdjanovich

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Kamalova Feruza Raxmatillaevna

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Jakhongir U. Abduvakilov

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Tulkin E. Zoirov

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Umidjon S. Mammadov

Doctor of Medical Sciences, Docent, Uzbekistan

Raimkulova Dilnoza Farxoddinovna

PhD, Docent, Uzbekistan

Madina K. Yunuskhodjaeva

Docent, 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. Ахмедов Алишер Астанович, Абдуллаева Нилуфар Икромбековна ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАРОДОНТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	6
2. Камиллов Хайдар Пазилович, Тахирова Камолахон Аброровна, Азимова Азиза Аббосовна, Олимжанов Камронбек Жасур угли ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ.....	10
3. Bakieva Shaxlo Xamidullaevna, Karimberdiev Baxriddin Ismatullaevich, Djuraev Jamol Abduqaxxorovich G'ALVIRSIMON BO'ShLIQ VA BURUN-YoNOQ-KO'Z KOMPLEKSI DEVORLARINING QO'ShMA JAROHATI BO'LGAN BEMORLAR KLINIK-RENTGENOLOGIK VA FUNKSIONAL TEKShIRUV NATIJALARI.....	14
4. Chakkanov Faxritdin Xusanovich PULPITNI DASTLABKI KLINIK BELGILARI FAOLIYANI TASHXISLASH VA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH.....	20
5. Gaffarov Sunnatullo Amrulloevich, Djumaev Zuxriddin Furkatovich, Qayumov Gayratsher Olimovich YUZ-JAG' SOHASI TUQIMALARINI ONKOLOGIK OPERATSIYADAN KEYINGI NUQSONLARINI ORTOPEDIK PROTEZLASH YORDAMIDA BARTARAF ETISH.....	23
6. Islamova Nilufar Bustanovna STUDIES OF THE CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES IN ELDERLY WOMEN AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT.....	30
7. Ахророва Малика Шавкатовна МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ФИКСАЦИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ В ПОЛОСТИ РТА.....	34
8. Исакова Фотима Шарифовна, Хушвакова Нилуфар Журакуловна, Гадов Ренат Хайит углы, Ёдгоров Шамшод Норбек углы, Хожимуродов Афзалшох Бекмуродович КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	39
9. Исакова Зухро Шарифкуловна, Исаев Умид Исмаилович, Валиева Фарангиза Садыковна, Хасанов Давлатшох Икромжон угли, Нормуродов Исломжон Ислом угли ОСЛОЖНЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19.....	43
10. Ашуев Жаруллах Абудллахович, Межевикина Галина Сергеевна, Юсупова Саният Ашурбековна, Гаффаров Усмон Бобоназарович, Кучкаров Фирдавс Шералиевич ПРЕДРАКОВЫЕ БОЛЕЗНИ ГУБ У НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.....	50
11. Ризаев Жасур Алимджанович, Туляганов Нозим Алишерович СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА: (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	56
12. Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкаров Фирдавс Шералиевич, Усмонов Рахматулло Файзуллаевич ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА (случай из практики).....	64
13. Shirinova Nilola Hamroqulovna AHOLI ORASIDA PARODONT TO'QIMASI KASALLIKLARNING XAVF OMILLARI.....	68
14. Bekjanova Olga Esenovna, Mannanov Javlonbek Jamoliddinovich D-GIPOVITAMINOZNING TISH IMPLANTATSIYASI PAYTIDA ASORATLARNING CHASTOTASI VA XAVFIGA TA'SIRI.....	72
15. Хазратов Алишер Исомиддинович, Раззокова Шохиста Бахтиёрвна СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	76
16. Юсупова Саният Ашурбековна, Ашуев Жаруллах Абдуллахович, Гаффаров Усмон Бобоназарович, Ибрагимов Даврон Дастамович РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДРАКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГУБ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	85

Ахмедов Алишер Астанович
Абдуллаева Нилуфар Икромбековна
Самаркандский государственный
медицинский университет

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАРОДОНТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Воспалительные заболеваний пародонта занимают одно из ведущих мест среди заболеваний полости рта. В нынешнее время сложно определить этиопатогенез развитие заболевание пародонта. Ухудшение микроциркуляции является важным звеном в цепи патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Факторы обеспечивающие постоянство гемодинамики являются одними из предопределяющих возникновение и течение патологических процессов. Основными методами исследования состояния гемодинамики сосудов тканей пародонта являются функциональные.

Ключевые слова: ультразвуковая доплерография, гингивит, пародонтит.

Akhmedov Alisher Astanovich
Abdullaeva Nilufar Ikrombekovna
Samarkand State Medical University

THE VALUE OF ULTRASOUND DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN THE DYNAMICS OF TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE IN ADOLESCENCE

ANNOTATION

Inflammatory periodontal diseases occupy one of the leading positions among oral diseases. Nowadays, it is difficult to determine the etiology and pathogenesis of periodontal disease development.

Deterioration of microcirculation is an important link in the chain of pathogenesis of inflammatory periodontal diseases. Factors providing constancy of haemodynamics are one of the factors predetermining the occurrence and course of pathological processes. The main methods of studying the state of haemodynamics of periodontal tissue vessels are functional.

Keywords: Microcirculation, Laser Doppler flowmetry, Gingival blood flow.

Ahmedov Alisher Astanovich
Abdullayeva Nilufar Ikrambekovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

O'SMIRLIK DAVRIDA PERIODONTAL YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH DINAMIKASIDA DOPPLER ULTRATOVUSHINING AHAMIYATI

ANNOTATSIYA

Periodontal yallig'lanish kasalliklari og'iz kasalliklari orasida etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Hozirgi vaqtda etiopatogenezni aniqlash qiyin periodontal kasalliklarning rivojlanishi. Mikrosirkulyatsiyaning yomonlashishi periodontal yallig'lanish kasalliklarining patogenezi zanjirining muhim bo'g'inidir. Gemodinamikaning barqarorligini ta'minlaydigan omillar patologik jarayonlarning paydo bo'lishi va borishini oldindan belgilab beradi. Periodontal to'qimalarning qon tomirlari gemodinamikasining holatini tekshirishning asosiy usullari funktsionaldir.

Kalit so'zlar: Doppler ultratovush, gингивит, пародонтит.

Relevance. Gingival inflammation results in increased number of capillary loops, enlargement of the vessel size and slowing of blood flow, and limitation of the afferent blood

vessels. Laser flowmetry and ultrasound high-frequency Doppler ultrasonography are based on the Doppler effect and use quite similar wavelengths: 550 nm in laser and 660 Nm in

ultrasound. These wavelengths allow to work in the zone of microcirculatory blood flow, at the same time, the physical basis of the light wave in laser and mechanical in ultrasound implies a number of significant differences.

Laser flowmeters measure the level of blood flow in 1 mm³ of the examined tissue, as a result of which there are no direct indicators of blood flow parameters. Ultrasonic flowmeters determine such characteristics as linear and volumetric blood flow velocity along the slice of the sounded tissue.

Measurement of microcirculation readings using Laser Doppler Flowmetry (LDF) is one of the non-invasive methods for assessing the effect of intermittent pneumatic compression (IPC) on hemodynamics in human limb vessels. External rhythmic compression of the limbs can increase the probability of improving the result of treatment of patients with peripheral vascular diseases. This fact has been statistically recognized for many decades.

Methods of Research. The study used an ultrasound device “Edan U50” (China) with a linear sensor model L15-7b with frequencies 10.0/12.0/14.0 MHz, 128 elements, in pulse Doppler mode (PW) 7.2 MHz. Mode B was used to visualize the arteries,

and color coding mode CD was used to find arterial blood flow. Pulse-wave Doppler mode was used to measure arterial blood flow dopplerograms. The screen resolution of the ultrasound device was 1024 × 768 pixels. Grayscale 256 was used when capturing the image.

Microcirculation readings were measured using a portable LDF device “LAZMA PF” (Russia). The “LAZMA PF” device uses a single-frequency laser with a radiation power of 0.7 mW and a wavelength of 850 nm, the depth of penetration into the skin of which is about 1–1.2 mm. With the help of laser Doppler flowmetry, fluctuations in blood volume caused by the activity of vascular smooth muscles are recorded.

The control group consisted of 40 patients, 19 (40,4%) girls and 28 (59,5%) boys, 17 patients had partial adentia with pronounced gingivitis, 15 patients had orthognathic bite with light pink gingiva, 8 patients had prognathic bite with signs of periodontitis, 7 had dysocclusion with marked signs of periodontal inflammation, during the examination of these patients the depth of periodontal pockets was determined with a periodontal probe and X-rays were evaluated, namely 3 D X-rays where a clear outline of the periodontal border was visible.

Fig.1 LDF-gram after pressotherapy .

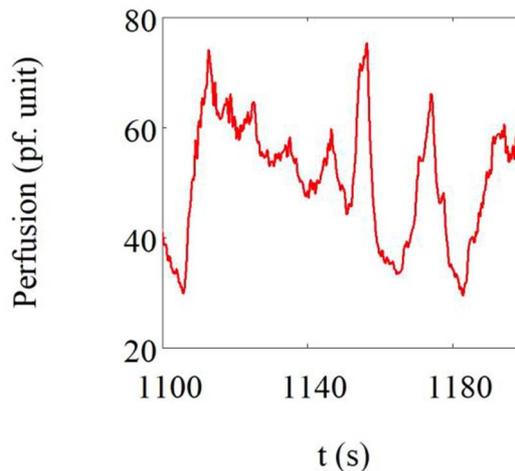


Fig. 2 The wavelet spectrum of the LDF-gram before the pressotherapy (a), the wavelet spectrum of the LDF-gram after the pressotherapy (b).

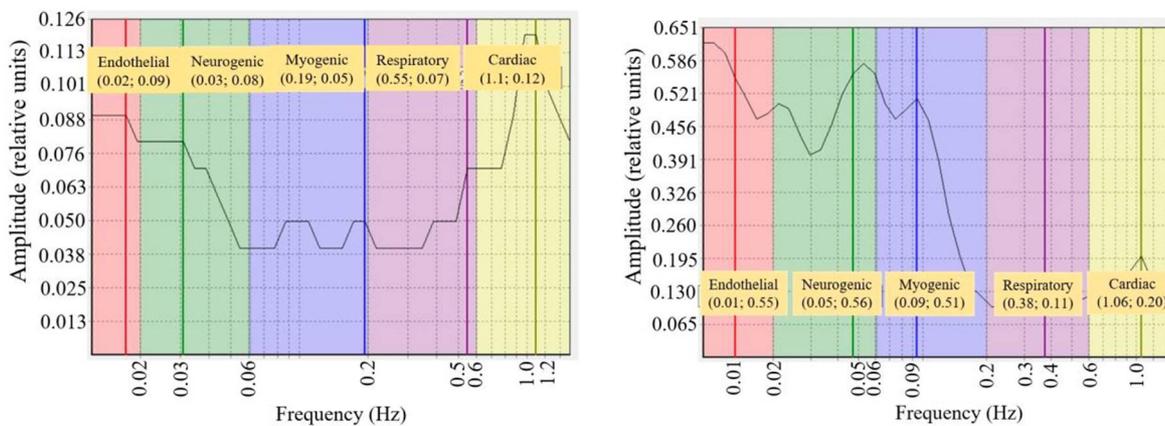
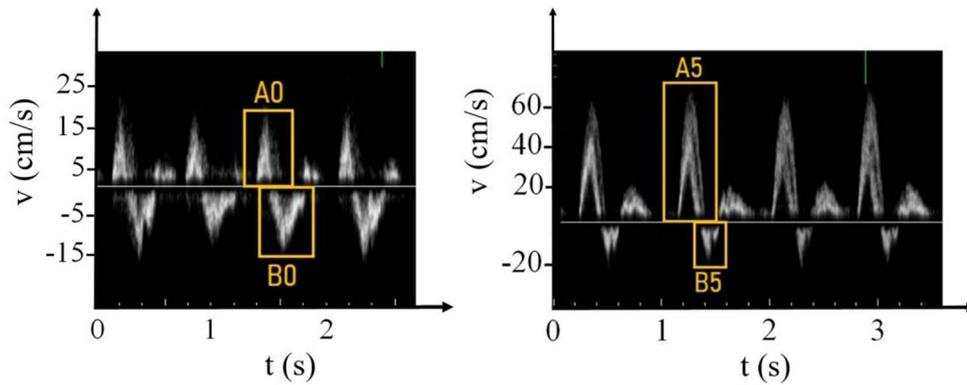


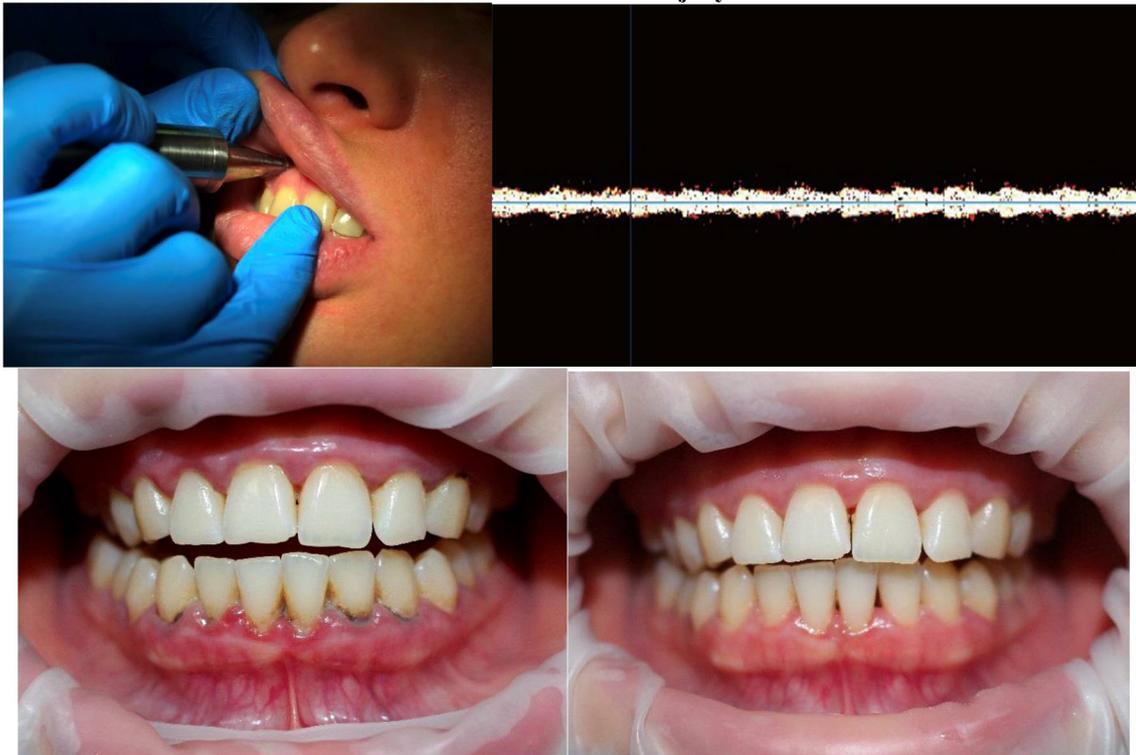
Fig. 3 Dopplerogram before pressotherapy with selected areas of interest (a), Dopplerogram after pressotherapy with selected areas of interest (b). Areas “A0” and “A5” – direct blood flow, “B0” and “B5” – reverse blood flow.



Figs. 3(a) and 3(b) show ultrasound Dopplerograms corresponding to LDF-grams before and after the IPC procedure, respectively. There was an increase in the maximum rate of direct blood flow from 17 to 51 cm/s. The maximum rate of reverse blood flow increased after the procedure from -15 to -20 cm/s. Before IPC, there is a large reverse blood flow, shown

in Fig. 3(a), the amplitude of which is almost equal in magnitude to the direct blood flow. According to the Dopplerogram in Fig. 3(b), it can be seen that after the pressotherapy procedure, the amplitude of the direct blood flow increased noticeably, the reverse one decreased.

Fig. 1. In case 1, discoloration of tooth 12 was observed at 2 weeks after the injury; The result of an ultrasound Doppler test at 6 weeks after the injury



Discussion. Pink discoloration, which may occur within 2 - 3 days after a traumatic injury, is caused by the rupture of capillaries and the release of red blood cells into the pulp chamber. Hemolysis leads to the diffusion of hemoglobin into the dentinal tubules, which shift the tooth color from pinkish to grayish-blue. Some fading of the grey-blue tint can occur when the blood supply to the pulp is maintained and the pulp survives.

Suppression of sensitivity to blood flow leads to vasoconstriction and an increase in blood pressure. Nitric oxide (NO) is the main endothelial relaxation factor, relaxing the smooth muscles of the vessels that maintain the tone of the vascular wall. Activation of endothelial cells in the body can occur both under the action of NO and of vasoactive substances and under the action of mechanical stimuli, for example,

stretching or squeezing of the vessel during the IPC procedure. Under physiologically normal conditions, the activation of vasodilatory mechanisms is associated with the influence of shear stress.

Measurement of microcirculatory perfusion parameters with a laser Doppler flowmeter and blood flow velocity in arterial vessels with an ultrasound device performed on a group of healthy subjects aged 23 to 42 years showed an ambiguous change in these parameters after the pressotherapy procedure. Perhaps this is due to the high adaptation of blood vessels at a young age and the physical fitness of the vascular system in some of the test subjects.

Conclusions: According to the data of comparative analysis of LDF and USDG parameters it has been established that at

catarrhal gingivitis microcirculation parameters in periodontal tissues increase by 5-22% and correlate with the parameters of tissue blood flow haemodynamics, which increase by 3-13% that is connected with strengthening of mechanisms of tissue blood flow regulation in response to inflammation.

Positive correlations of linear (Vas) and volumetric blood flow velocities (Qas, Qam) with the mean square deviation of erythrocyte flow fluctuation (o), vasomotor activity of microvessels (Kv) and vasomotion level (AmaxLF) were determined in periodontitis of medium, severe degree and periodontosis, which indicates a direct dependence of blood flow

velocity on the mechanism of active modulation of tissue blood flow.

According to the data of correlation analysis of LDF and USDG indices in norm and in periodontal diseases, expressed correlations of linear blood flow velocity with neurogenic (HT) and myogenic tone (MT) of microvessels, as well as with the shunting index (SI) of tissue blood flow were revealed, which indicates a direct dependence of tissue blood flow velocity in periodontium on the state of microvascular tone, which determines the level of nutritive and shunting blood flow (Kp=0.83; Kp=0.69 and Kp=0.7, respectively)

Literature:

1. Abdullaeva N. I., Akhmedov A. A. Disturbances in the system of lipid peroxidation in periodontal disease //European journal of modern medicine and practice. – 2023. – Т. 3. – №. 9. – С. 57-61.
2. Abdullaeva N. I., Akhmedov A. A. Immunological Aspects of the Pathogenesis of Gingivitis and Periodontitis //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 5. – С. 17-21
3. Abdullaeva N. I., Akhmedov A. A. Osteoporosis as a Cause of Inflammatory Periodontal Diseases.
4. Abdullaeva N. I., Akhmedov A. A. The role of the microbial factor in the etiopathogenesis of inflammatory periodontal diseases //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2023. – Т. 2. – №. 9. – С. 27-33.
5. Alimjanovich, R. Z., & Rustamovich, B. L. (2022). НОВЫЙ ПОДХОД К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РЕЗОРБЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(5).
6. Axmedov A., Rizayev J., Hasanova L. The evaluation of the functional condition of thrombocytes in athletes of a cyclic sport //International Journal of Advanced Science and Technology. – 2020. – Vol. 29. – No. 5. – pp. 1945-1947.
7. Buzruzkoda 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.
8. N. I., A. ., & A. A., A. . (2023). Changes in Hemodynamics in the Gums of Adolescents and Young Persons With Increased Risk of Inflammatory Periodontal Diseases. *Procedia of Engineering and Medical Sciences*, 5, 1–8. Retrieved from
9. N. I., A. ., & A. A., A. . (2023). Modern Methods of Early Diagnosis of Inflammatory Periodontal Diseases. *Scholastic: Journal of Natural and Medical Education*, 2(9), 1–6. Retrieved from
10. Rizaev Elyor Alimjanovich, & Buzruzkoda 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>
11. Rizaev, E. A., & Buzruzkoda, 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.
12. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. *Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery*, 677-678.
13. Абдуллаева Н. Аспекты воздействия скученности зубов на развитие рецессии десен //Grail of Science. – 2023. – №. 26. – С. 474-477.
14. Абдуллаева Н. Искривление шпее при зубоальвеолярном удлинении у детей с вторичными деформациями зубного ряда //Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – С. 344-348.
15. Абдуллаева Н. Профилактика и лечения сужения верхней челюсти с помощью использования микроимплантов //Grail of Science. – 2023. – №. 24. – С. 708-713.
16. Абдуллаева Н., Ибрагимов Ш. Особенности и аспекты диагностики детей с открытым прикусом //Grail of Science. – 2023. – №. 26. – С. 483-486.
17. Абдуллаева Н., Ибрагимов Ш., Ахмедов Д. Основные этические принципы и клинический подход в ортодонтической стоматологии //Grail of Science. – 2023. – №. 25. – С. 450-456.
18. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОННО-АРТИКУЛЯЦИОННОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Conferencea*, 195-196.
19. 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>.

Камилов Хайдар Пазирович
Тахирова Камолахон Абrorовна
Азимова Азиза Аббосовна
Олимжанов Камронбек Жасур угли

Ташкентский Государственный стоматологический институт

ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Первые признаки многих системных заболеваний возникают во рту, и осведомленность стоматологов об этих находках помогает не только выявить причину патологий, но и способствует значительно ранней диагностике заболеваний. В этом обзоре общие черты и пероральные признаки системных заболеваний классифицируются по эндокринным, метаболическим заболеваниям, заболеваниям крови и ревматическим заболеваниям, а также объясняется механизм их возникновения.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, эндогенные интоксикации, признаки и симптомы.

Kamilov Haidar Pazilovich
Takhirova Kamolakhon Abrorovna
Azimova Aziza Abbasova
Olimjanov Kamronbek Jasur o'g'li
Tashkent State Dental Institute

MANIFESTATIONS IN THE ORAL CAVITY DURING ENDOGENOUS INTOXICATION

ANNOTATION

The first signs of many systemic diseases occur in the mouth, and the awareness of dentists about these findings helps not only to identify the cause of pathologies, but also significantly contributes to the early diagnosis of diseases. In this review, general features and oral characteristics of systemic diseases are classified according to endocrine, metabolic diseases, blood diseases and rheumatic diseases, as well as the mechanism of their occurrence.

Key words: diseases of the oral mucosa, endogenous intoxication, signs and symptoms.

Kamilov Haydar Pazilovich
Tahirova Kamolaxon Abrorovna
Azimov Aziz Abbasova
Olimjanov Kamronbek Jasur o'g'li
Toshkent davlat stomatologiya instituti

ENDOGEN INTOKSIKATSIYANING OG'IZ BO'SHLIG'IDA NAMOYON BO'LISH

ANNOTATSIYA

Og'iz bo'shlig'ida namoyon bo'lgan ba'zi sistematik kasalliklarning birlamchi belgilarini stomatologlar tomonidan topilishi, bu belgilar nafaqat patologiyalarning sabablarini topish imkonini beradi, balki kasalliklarning erta diagnostikasiga ham sezilarli hissa qo'shadi. Ushbu maqolada, endokrin, metabolik, yurak-qon tomir va revmatik kasalliklarning og'iz bo'shlig'idagi va umumiy belgilari, shuningdek, kelib chiqish mexanizmlari birgalikda klassifikatsiyalangan.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i shilliq qavat kasalliklari, endogen intoksikatsiyalar, belgilar va simptomlar.

Введение. Слизистая оболочка полости рта часто поражаются в связи с системными заболеваниями, при которых могут быть затронуты эндокринная и сосудистая деятельность в организме. Знания метаболическая, поражаются в связи с системными заболеваниями, при которых могут быть затронуты метаболическая, эндокринная и сосудистая деятельность в организме. Знания

стоматологов о воздействии системных заболеваний на ткани также помогут в ранней диагностике системных заболеваний полости рта. В этом обзоре системные заболевания полости рта классифицируются как метаболические, эндокринные, ревматические заболевания и болезни крови. Общие черты системных заболеваний и оральные находки поясняются на примерах.

Желудочно-кишечные заболевания

Воспалительные заболевания кишечника. При болезни Крона поражения могут располагаться по всему желудочно-кишечному тракту, от рта до ануса. Поражения полости рта можно увидеть по-разному, Могут быть гранулематозный хейлит на губах, гиперплазия десны, гингивит, отек слизистой оболочки щек и глубокие линейные изъязвления, полиповидные поражения слизистой оболочки, поражение полости рта в виде диффузной инфильтрации, заболевание также может вызывать реактивные дерматозы, которые могут возникать по многим другим причинам, таким как рецидивирующий афтозный стоматит, ангулярный хейлит и МЭЭ, в дополнение к изменениям слизистой оболочки со специфическими инфильтратами. Воспалительные заболевания кишечника являются одной из важнейших системных причин атрофического глоссита, Vegetирующий гнойный стоматит является редким заболеванием и был описан при воспалительных заболеваниях кишечника и особенно при язвенном колите в 78% случаев.

Метаболические заболевания костей

Остеопороз. Он развивается в результате усиленного ремоделирования кости в направлении ее разрушения. Он поражает всю костную систему [14]. Остеопороз, возникающий при старении, можно рассматривать как физиологический. Однако остеопороз может развиваться из-за дефицита витаминов, нарушений питания, гормональных нарушений, таких как синдром Кушинга, гиперпаратиреоз или малоподвижный образ жизни [15]. У женщин встречается чаще и тяжелее. Наиболее важной причиной этого является снижение уровня эстрогена после менопаузы [1]. На рентгенограммах отмечается выраженное снижение плотности кости и истончение трабекул. Особенно истончена нижнечелюстная кортикальная граница. Поскольку рентгенограммы могут казаться более рентгенопрозрачными из-за различий в ванне и факторах воздействия, истончение границ коры является более важным признаком [1,9]. Обычно его диагностируют после того, как произошли переломы. Однако для ранней диагностики важны передовые методы, такие как рентгенологические изменения, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия или количественная компьютерная томография [20]. Стоматологи могут оценить остеопороз при рутинных рентгенографических исследованиях и информировать пациентов о риске развития остеопороза в свете полученных результатов [19].

Время заживления инфекций задерживается из-за неравномерности васкуляризации, и после стоматологических инфекций может развиваться остеомиелит [4]. Прорезывание зубов задерживается из-за плотной кости или анкилоза. Корни и коронки зубов деформированы. Твердая мозговая оболочка утолщена. Обызвествление зубов было нарушено, а склонность к кариесу увеличилась [1,9].

Эндокринные расстройства

Гиперпаратиреоз. Это расстройство, характеризующееся повышенной секрецией паратгормона, что приводит к

снижению минеральной плотности костей и увеличению содержания кальция в крови. В основном это происходит в первую очередь из-за аденомы, гиперплазии или опухоли паращитовидной железы и редко вторично из-за гиперактивности железы у людей с гипокальциемией. В результате продолжающегося в течение длительного времени вторичного гиперпаратиреоза вновь начинает возникать гиперкальциемия, и гиперпаратиреоз в этот период называют третичным.

У этих пациентов наблюдаются артралгии, боли в костях, патологические переломы и опухоли Брауна. Повышенный уровень кальция в крови стимулирует секрецию желудочного сока, поэтому часто возникают пептические язвы и ХРАС. Кроме того, имеются сообщения об кальцификации периферических артерий и сонных артерий вследствие гиперкальциемии. Бурые опухоли можно увидеть у больных гиперпаратиреозом в результате действия паратгормона на костную ткань. Эти опухоли чаще возникают у лиц молодого возраста, особенно у женщин. Чаще встречается на нижней челюсти. Он красновато-коричневый из-за васкуляризации и содержания гемосидерина. Опухоли имеют правильные границы, часто бывают однокамерными и могут вызывать разрастание кости. Их можно увидеть в одной или нескольких костях. Центральная гигантоклеточная гранулема и опухоли Брауна имеют одинаковые гистопатологические признаки. Если есть причина, такая как гиперпаратиреоз, лежащий в основе формирования центральной гигантоклеточной гранулемы, она называется опухолью Брауна.

Таким образом, у пациентов с центральной гигантоклеточной гранулемой следует помнить о возможности гиперпаратиреоза и консультироваться с гематологом.

Гипопаратиреоз. Чаще всего это происходит при снижении секреции паратгормона в результате повреждения паращитовидных желез во время операции на щитовидной железе. Однако он может развиваться и при таких состояниях, как терапия радиоактивным йодом, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический алкоголизм. Кроме того, агенезия этих желез может наблюдаться врожденно. Опять же, хотя уровень паратгормона в крови нормальный, нарушение реакции клеток-мишеней тканей может привести к псевдогипопаратиреозу, который дает те же результаты, что и гипопаратиреоз [1]. Дефицит этого гормона, играющего роль в метаболизме кальция и фосфатов, снижает уровень кальция в крови и повышает уровень фосфатов. Клинически отложения кальция наблюдаются в мягких тканях и сухожилиях из-за избытка кальция в тканях. Низкий уровень кальция в сыворотке вызывает повышенную возбудимость периферической и центральной нервной систем, могут развиваться парестезии [8]. У пациентов с псевдогипопаратиреозом рост оставался низким из-за преждевременного закрытия некоторых эпифизов [1]. При гипоплазии эмали зубов обращают на себя внимание наружная резорбция корня, расширение корня, задержка прорезывания зубов [1,8,10]. Гиперостеоз может развиваться в костях челюсти в результате изменения кальциевого обмена [11]. Рубин и др. оценили изменения костей у пациентов с гипопаратиреозом в исследовании, которое они провели в 2010 году.

Гипертиреоз. Это заболевание, характеризующееся избыточной секрецией гормонов щитовидной железы, регулирующих основной обмен [13]. В пределах нормы

секреция гормона увеличивает функцию остеобластов, в то время как чрезмерная секреция гормона снижает функцию остеобластов [14]. Клиническими симптомами являются сердцебиение, слабость, повышенный аппетит, потеря веса, раздражительность, одышка, непереносимость жары, повышенная потливость, экзофтальм и диарея [13,15]. Оральные проявления гипертиреоза; склонность к кариесу – проблемы с пародонтом, связанные с потерей костной массы. На рентгенограммах можно увидеть истончение кортикальных границ вследствие остеопороза, увеличение скорости развития зубов, раннее прорезывание, раннюю резорбцию корней молочных зубов и гиперцементоз зубов [9,14]. Стоматолог должен учитывать увеличение скорости метаболизма и связанное с этим повышение артериального давления у таких пациентов. Следует избегать создания стресса, проведения хирургических вмешательств, травмирующей работы, которая создаст стресс у больного и повысит восприимчивость к инфекции, так как возможность инфицирования может инициировать тиреотоксикоз.

Гипотиреоз. Дефицит гормонов щитовидной железы – заболевание, характеризующееся редкой неэффективностью. У этих пациентов наблюдаются такие клинические симптомы, как слабость, утомляемость, озноб, сухость кожи, отсутствие концентрации внимания и плохая память. Видны недостаточная оксификация в черепно-лицевой области, толстые губы за счет подкожного отложения мукополисахаридов, макроглоссия. Вторые моляры нижней челюсти могут оставаться ретенированными из-за длительного тяжелого гипотиреоза. Это обусловлено отсутствием резорбционной активности на внутренней поверхности ветви. Могут наблюдаться микседематозные опухоли [9,13]. Макроглоссия может вызывать ортодонтические нарушения [9,15]. Заживление ран задерживается у пациентов с гипотиреозом из-за снижения активности фибробластов. Поэтому следует уделить внимание атрауматическому исследованию.

Сахарный диабет. Это расстройство, характеризующееся гипергликемией в результате дефицита или неэффективности инсулина. Снижение переноса глюкозы в ткани отрицательно влияет на углеводный, белковый и жировой обмен [20]. Наиболее важными клиническими симптомами являются полиурия, полидипсия, полифагия и потеря веса [6]. Одним из наиболее важных стоматологических осложнений диабета является то, что он создает предрасполагающий фактор для пародонтоза. Этот эффект возникает как из-за увеличения бактериальной инокуляции, так и из-за изменения реакции хозяина из-за диабета [1,11,16]. В исследовании влияния диабета на ткани десны, проведенном Yasuda и соавторами, они обнаружили гипертрофию эпителия слизистой оболочки, атрофию соединительной ткани и капиллярные микроангиопатии [5].

Многие исследователи говорят о наличии связи между сахарным диабетом и заболеваемостью кариесом. Это можно объяснить уменьшением количества слюны из-за нервных дефектов, способствующих бактериальной колонизации, повышенным уровнем глюкозы в слюне и гипокальцинозом зубов. Обращает на себя внимание запах ацетона в дыхании [9,19,20].

Болезни крови

Лейкемия; Развивается при злокачественном перерождении клеток костного мозга. Различают острый и хронический типы в зависимости от течения заболевания, лимфобластный и миелобластный типы в зависимости от

клетки происхождения. В то время как у пациентов с хроническим лейкозом клинически симптомы могут отсутствовать, у пациентов с острым лейкозом могут наблюдаться слабость, утомляемость, спонтанное кровотечение, боль в костях, лихорадка и лимфаденопатия [1,4]. Кровоточивость десен возникает при малом контакте перорально или спонтанно. Кроме того, встречаются петехии, язвы на слизистой оболочке полости рта, распространенные гематомы в тканях пародонта и разрастание десен. Чаще поражает формирующиеся зубы. Может наблюдаться периапикальный остит [1,7]. Отмечается остеопения костей. На рентгенограмме видны плохо очерченные, пятнистые, рентгенопрозрачные участки и периостальные новообразования кости, называемые луковичной шелухой. Направление или положение прорезывающихся зубов может измениться. Твердая мозговая оболочка нечеткая [1]. Пациенты могут обратиться к стоматологу по поводу кровоточивости десен, язв и гиперплазии десны. Если стоматологи сталкиваются с этими симптомами независимо от зубного налета, они должны быть осторожны и обратиться за консультацией к гематологу. Поскольку первым признаком лейкемии может быть поражение полости рта, стоматолог может сыграть важную роль в ранней диагностике и лечении заболевания [1,19].

Ревматические заболевания

Ревматоидный артрит; Это аутоиммунное заболевание, вызывающее накопление воспалительного инфильтрата в синовиальной жидкости и воспаление суставов, сухожилий и околоуставных структур. Обычно это двустороннее поражение. Он может поражать многие суставы в организме, особенно пальцы рук и ног. Со временем может произойти ухудшение состояния суставных поверхностей, уменьшение количества суставной жидкости и эрозии кости [12,14]. Клинически это чаще всего встречается с поражениями височно-нижнечелюстного сустава. Имеются клинические признаки воспаления с болью, отеком, повышением температуры, покраснением и потерей функции в области сустава. Если дегенерация произошла на суставных поверхностях, при осмотре выслушивается крепитация, открывание рта ограничено, может наблюдаться открытый прикус [1,9]. Monsarrat и соавт. в исследовании влияния периодонтальной инфекции на тяжесть ревматоидного артрита обнаружили, что элиминация инфекции способствовала стабилизации заболевания или вызвала небольшое улучшение [17].

Рентгенограммы показывают снижение плотности костных структур сустава в ранней стадии заболевания. По мере прогрессирования заболевания наблюдаются эрозии на костных поверхностях, уплощение головки мыщелка, ограничение подвижности, краевой склероз и паннус [1,19].

Заключение. Человеческое тело представляет собой единое целое. Поэтому все системные заболевания поражают челюсти, зубы и слизистую ротовой полости. На самом деле во рту можно увидеть первые признаки многих системных заболеваний. По этой причине стоматологи должны знать течение системных заболеваний и их связь с симптомами, которые они могут давать во рту. Он должен консультировать пациента, когда это необходимо, и принимать меры предосторожности в соответствии с характеристиками заболевания до и во время вмешательства.

Список литературы:

1. Ибрагимова М.Х. Поражения слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы- Монография. Ташкент, 2020.
2. Аманн К. Обызвествление меди и обызвествление интимы — разные явления при хроническом заболевании почек. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3[6]:1599-605.
3. Ойгюр Т. [Учебник по патологии полости рта, поражения полости рта и основные патогенетические механизмы] Учебник по патологии полости рта, поражения полости рта и основные патогенетические механизмы. 1-е издание. Eflatun Printing Distribution Publishing Consulting Инвестиции и торговля. ООО Ст., 2010. с. 124.
4. Камиллов, Х., Ибрагимова М., Убайдуллаева, Н. Современный взгляд на этиопатогенез, диагностику лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита при хроническом холецистите [обзор литературы]. *Медицина и инновации*, 1[1], 80–86.
5. Харорли А., Ёылмаз А.Б., Акгуль Х.М. [Основные понятия в стоматологической радиологии и радиодиагностике] Основные понятия в стоматологической радиологии и лучевой диагностике. Сельскохозяйственный факультет Университета Ататюрка, компенсационные предприятия, 2001 г.
6. Шрирангараджан С., Сатьянараян А., Равиндра С., Тхакур С. Стоматологические проявления первичного идиопатического гипопаратиреоза. *J Indian Soc Periodontol* 2014;18[4]:524-6.
7. Иваи С., Кабата Т., Маэда Т., Каджино Ю., Огава К., Курода К., Цучия Х. Гиперостоз вокруг двусторонней вертлужной впадины, связанный с гипопаратиреозом. *Mod Rheumatol* 2012;22[5]:766-8.
8. Рубин М.Р., Демпстер Д.В., Колер Т., Штаубер М., Чжоу Х., Шейн Э. и все. Трехмерная губчатая костная структура при гипопаратиреозе. *Кость* 2010;46[1]:190-5.
9. Чандна С., Батла М. Оральные проявления заболеваний щитовидной железы и их лечение. *Indian J Endocrinol Metab* 2011;15[Приложение 2]:113-6.
10. Feitosa DS, Marques MR, Casati MZ, Sallum EA, Nociti FH Jr, de Toledo S. Влияние гормонов щитовидной железы на потерю кости, связанную с пародонтитом, и альвеолярную кость, поддерживающую зубы: гистологическое исследование у крыс. *J Periodontal Res* 2009;44[4]:472-8.
11. Акарсу Э., Алагель Ф., Алтун Б., Арал Ф., Айваз Г., Бозтепе Х. [Руководство по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы]. Руководство по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы, 3-е издание. Анкара: TEMD, Aysun Publishing; 2012. с.13-21.
12. Наяк Б., Бурман К. Тиреотоксикоз и тиреоидный шторм. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2006;35[4]:663-86.
13. Смит С.Б., Уэйт П.Д. Хирургическое лечение обструктивного апноэ сна при акромегалии с нижнечелюстным прогнатизмом и макроглоссией: дилемма лечения. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70[1]:207-10.
14. Болановский М., Халупчок Дж., Яверчик-Пшибыловска А. Нарушения гипофиза и остеопороз. *Int J Endocrinol* 2015;2015:206853 .
15. Бильге М., Акгуль Х.М., Дагестан С. Стоматологический осмотр и диагностика полости рта. Осмотр и устная диагностика в стоматологии. 1-е издание. Эрзурум: Публикации стоматологического факультета Университета Ататюрка, Eser Offset; 2012.
16. Yeh CK, Harris SE, Mohan S, Horn D, Fajardo R, Chun YH и все. Гипергликемия и ксеростомия являются ключевыми детерминантами кариеса у мышей с диабетом 1 типа. *ЛабИнвест* 2012;92[6]:868-82.
17. Alimdjanovich R. J., Saidolimovich K. A., Shavkatovna A. M. OPTIMIZATION OF THE REFLEXOTHERAPY METHOD FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN THE PATHOLOGY OF THE FACIAL AND JAW AREA //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 3.
18. Buzruzkoda 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.
19. Rizaev Elyor Alimdjanovich, & Buzruzkoda 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>
20. Rizaev, E. A., & Buzruzkoda, 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.
21. 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>.

Bakieva Shaxlo Xamidullaevna
Karimberdiev Baxriddin Ismatullaevich
Djuraev Jamol Abduqaxxorovich
 Toshkent tibbiyot akademiyasi

**G‘ALVIRSIMON BO‘SHLIQ VA BURUN-Yo‘NOQ-KO‘Z KOMPLEKSI DEVORLARINING QO‘SHMA JAROHATI
 BO‘LGAN BEMORLAR KLINIK-RENTGENOLOGIK VA FUNKSIONAL TEKSHIRUV NATIJALARI**

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

ANNOTATSIYA

G‘alvirsimon bo‘shliqning shikastlanishi BYoB ning qo‘shma jarohatlari orasida taxminan 3% hollarda uchraydi. BYoB qo‘shma jarohatining oqibatlarini nafaqat yuzning buzilishida, balki yuqori jag‘ bo‘shliqlarining jarohatdan keyingi sinusiti, frontit, yuqori jag‘ va peshona suyaklarning osteomielitlari va orbitadagi yallig‘lanish jarayonlari kabi asoratlarning rivojlanishida ham namoyon bo‘ladi. Adabiyotlardagi mavjud ma‘lumotlar shuni ko‘rsatadiki, yuz skeletining 10%dan 65% gacha bo‘lgan qo‘shma jarohati infeksiya va yallig‘lanish asoratlarning rivojlanishi, yuzning doimiy deformatsiyasining rivojlanishi, yuz konfiguratsiyasining buzilishi, prikusning buzilishi va jarohatdan keyingi sinusit bilan asoratlanadi.

Kalit so‘zlar: g‘alvirsimon bo‘shlig‘i, sinusit, yuz skeleti.

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
Каримбердиев Бахриддин Исматуллаевич
Джураев Джамол Абдукаخورович
 Ташкентская медицинская академия

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
 ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ РЕШАТЧЕТОГО ЛАБИРИНТА И
 СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА**

АННОТАЦИЯ

Повреждение решатчетого лабиринта встречается примерно в 3% случаев среди травм скулоорбитального комплекса. Последствия травмы височно-нижнечелюстного сустава проявляются не только в нарушении лица, но и в развитии таких осложнений, как посттравматический синусит костей верхней челюсти, остеомиелит костей передней, верхней челюсти и лба, воспалительные процессы в глазнице. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что от 10% до 65% повреждений лицевого скелета, суставов осложняются развитием инфекционно-воспалительных осложнений, развитием стойкой лицевой деформации, нарушением конфигурации лица, нарушениями прикуса и посттравматическим синуситом.

Ключевые слова: хрящевая полость, гайморит, лицевой скелет.

Bakieva Shakhlo Khamidullayevna
Karimberdiev Bahriddin Ismatullayevich
Dzhuraev Jamol Abdukakhorovich
 Tashkent Medical Academy

**THE RESULTS OF A COMPREHENSIVE CLINICAL, RADIOLOGICAL AND FUNCTIONAL EXAMINATION OF
 PATIENTS WITH COMBINED INJURIES OF THE FOURTH LABYRINTH AND THE ZYGOMATIC ORBITAL
 COMPLEX**

ANNOTATION

Damage to the solution of the fourth labyrinth occurs in about 3% of cases among injuries of the zygomatic orbital complex. The consequences of injury to the temporomandibular joint are manifested not only in facial disorders, but also in the development of complications such as post-traumatic sinusitis of the bones of the upper jaw, osteomyelitis of the bones of the anterior, upper jaw and forehead, inflammatory processes in the eye socket. The data available in the literature indicate that from 10% to 65% of injuries to

the facial skeleton and joints are complicated by the development of infectious and inflammatory complications, the development of persistent facial deformity, impaired facial configuration, malocclusion and post-traumatic sinusitis.

Key words: fourth labyrinth, sinusitis, facial skeleton.

Kirish. Qo'shma jarohatda BYoB devorlariga shikast yetishining tabiati zarbaning yo'nalishi va kuchiga bog'liq. Turli mualliflarning ma'lumotiga ko'ra, yuqori jag' bo'shlig'i old devorini jarohatlash uchun 250-300 kg, peshona bo'shligi uchun esa 360-990 kg zarba kuchi kerakligi qayd etilgan. Bo'shliqlar old devorlarining bosilgan sinishlari uning old devorining cheklangan maydoniga katta zarba kuchi ta'sir qilganda paydo bo'ladi [2].

Ayniqsa, o'pkaning sun'iy ventilyatsiya apparatida uzoq vaqt bo'lgan bemorlarda dimlanish va yiringli jarayon rivojlanadi [15].

Jarohatlanishdan keyingi davrda bo'shliqda patomorfologik jarayonlar sodir bo'ladi, qadahsimon hujayralar soni va ularning sekretini ko'payadi, bu o'z navbatida kipriksimon epiteliy yuzasida shilliq hajmini oshiradi, natijada kiprikli epiteliy funksiyasining buzilishi sodir bo'ladi [1-3].

Bundan tashqari, bo'shliqdagi tarkibning evakuatsiya qilinishi va gaz almashinuvi buzilishi qayd etiladi, bu o'pkaning sun'iy ventilyatsiya apparatida og'ir ahvolda bo'lgan jabrlanuvchining uzoq gorizontal holati bilan bog'liq. Bularning barchasi yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishiga olib keladi [4].

BYoB qo'shma shikastlanishlari orasida peshona bo'shlig'i (PB) old devorining sinishi birinchi o'rinni egallaydi [6].

Bu PB ning topografik va anatomik joylashuvi bilan bog'liq, PB jarohati tabiati zarbaning kuchi va yo'nalishiga, bemorning yoshiga va bosh suyagi suyaklarining individual xususiyatlariga bog'liq [5-11].

Peshona bo'shliq qalin kortikal qatlam bilan himoyalangan, shuning uchun jarohatlanishga chidamli. Wright D.L. ma'lumotlariga ko'ra, PB jarohatining chastotasi 100 000 naфар katta ёшли аҳолига 9 та ҳолатни ташкил қилади [18].

Erkaklarda yuz yuqori zonasining shikastlanishi ayollarga qaraganda 3,5-4 baravar ko'p uchraydi. PB jarohatlarining 52-72%ni avtomashina jarohati, 12-26%ni jinoiy jarohatlar, 18%ni sport jarohatlari, 9-11%ni maishiy jarohatlar va 5%ni ish joyidagi jarohatlar tashkil etadi. Peshona bo'shligi old devorining izolyatsiyalangan sinishi 28-50%, old va orqa devorlarning burun cho'ntagiga tarqalgan qo'shma sinishi 49-70% hollarda uchraydi, peshona bo'shligi orqa devorining izolyatsiyalangan sinishi 3-11% hollarda tashxislanadi.

Natijalar. Ushbu guruhga g'alvirsimon bo'shliq va burun-onoq-ko'z kompleksi devorlarining qo'shma jarohati bo'lgan bemorlar kiritildi. Ya'ni jarohat qo'shma xarakterga ega edi.

53% (n=26) bemorlarda burunning yopiq jarohati, qolgan 47% da (n=23) esa, burun suyaklarining ochiq jarohati mavjud edi. Ushbu guruhdagi barcha bemorlar 100% (n=49) bosh og'rig'i, yuz og'rig'i va bosh aylanishiga shikoyat qildilar. Ushbu guruhdagi bemorlarning 81,6%da (n=40) yumshoq to'qimalarning shikastlanishi qayd etildi.

Burun suyaklari va g'alvirsimon bo'shliq singan bemorlar burun sohasidagi og'riqlarga (n=49; 100%), bosh og'rig'i (n=49; 100%), bosh aylanishi (n=49; 100%), ko'ngil aynishi (n=20; 40%), burundan qon ketishiga (n=49; 100%) shikoyat qilishdi.

Barcha bemorlarda 100% (n=49) burun suyaklarining sinishi qayd etildi, shundan 40% bemorlarda (n=20) g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanishi, 30% (n=15) da burun-onoq-orbita kompleksining sinishi aniqlandi. Ushbu guruhdagi barcha bemorlarga birinchi yordam ko'rsatilishi qon ketishini to'xtatish, jarohatga birlamchi xirurgik ishlovini amalga oshirish, nafas olish va yurak-qon tomir tizimi funksiyasini tiklashdan iborat bo'ldi (1-jadval).

1-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari va burun-onoq-orbita kompleksi suyaklari qo'shma jarohatining simptomlari n=49 (100%)

Simptomlar	Soni	
	abs	%
Peshona sohasida og'riq	49	100
Bosh og'rig'i	49	100
Bosh aylanishi	49	100
Ko'ngil aynishi	20	40
Burundan qon ketishi	49	100
Yuz yumshoq to'qimalarining shikastlanishi	40	81,6
Yumshoq to'qimalarning gematomasi va shishishi	40	81,6
Burun-onoq sohasining deformatsiyasi	49	100
Teri osti emfizemasi	20	40
"Zinapoya" simptomi	15	30

Tashqi tekshiruv vaqtida yumshoq to'qimalarning shishishi tufayli yuz assimetriyasi, deformatsiyasi 100% (n=49) bemorlarda, 30% (n=15) bemorlarda esa yonoq sohasida nuqson aniqlandi. Palpatsiya 100% bemorlarda (n=49) og'riqli bo'ldi, 40% (n=20) bemorlarda teri osti emfizemasi, 30% (n=15) bemorlarda "zinapoya" simptomi, bemorlarning 30% (n=15) da yonoq sohasi teri sezuvchanligining pasayishi qayd etildi.

MSKT tekshiruvda barcha bemorlarda 100% (n=49) burun suyaklarining sinishi qayd etildi, ulardan 40%da (n=20) g'alvirsimon bo'shliq devorlari va 30%da (n=15) burun-onoq-orbita kompleksi jarohati aniqlandi. MSKTda bemorlarning 40%da (n=20) g'alvirsimon bo'shliqda qon borligi aniqlandi. Bemorlarning 100% (n=49) da burun-onoq-orbita kompleksi suyak bo'laklarining siljishi qayd etildi (1-rasm).



1-rasm. G'alvirsimon bo'shliqning devorlari sagittal kesma gorizontal kesma

Bundan tashqari, peshona bo'shlig'i jarohatlangan bemorlarda biz (n=11; 22%) burun to'sig'ining qiyshayishi (S-simon, tizma, o'simta), o'rta burun chig'anog'ining pnevmatizatsiyasi (concha bullosa) (n=9; 18%) mavjudligini, burun to'sig'ining C-simon egriligini (n=38; 77%), o'rta burun chig'anog'ining yonga siljishini (n=9; 18%), tumshuqsimon o'siqning gipertrofiyasini (n=11; 22%) aniqladik.

Olfaktometriya ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, bemorlarning 28,5%da (n=14) yengil giposmiya, 43,5%da (n=21) yaqqol giposmiya va 23,5%da (n=11) sezilarli giposmiya va 4,5%da

(n=2) anosmiya mavjud edi (2-jadval). Hid sezishning buzilishi periferik hid refleksining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, uni olfaktoriyaning buzilishi deb baholash mumkin, suyak bo'laklarining siljishi bo'lmagan bemorlarda burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi sababli burun bo'shlig'i shilliq qavatining hid bilishi buziladi. G'alvirsimon bo'shliq va yonoq-orbita kompleksi devorlarining sinishi va miya shikastlanishi bo'lgan bemorlarda hid sezishning ham periferik, ham markaziy qismlari buziladi.

2-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda olfaktometriya ko'rsatkichlari n=49 (100%)

Hid sezishning buzilishi darajasi	Soni	
	abs	%
I – daraja (0,5%li sirka kislotasining hidini ajrata olmaydi)	14	28,5
II - daraja (sirka kislotasining, etil spirtining hidini ajrata olmaydi)	21	43,5
III – daraja (faqat nashatir spirtining hidini ajrata oladi)	11	23,5
IV – daraja (hech qanday hidni ajrata olmaydi)	2	4,5
Jami	49	100

Bemorlarning ushbu guruhida burun sekretining vodorod ko'rsatkichini (rN) o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan n=20 bemorlarda kislotali muhitga siljish 7,15±0,007 ni tashkil etgan nazorat guruhiga n=20 nisbatan 5,11±0,003 ni (R<0,05) tashkil etdi va

g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan n=29 bemorlarning parametrlari nazorat guruhiga nisbatan pastroq, ya'ni 6,1±0,002 ga teng bo'ldi, ammo g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan bemorlarga qaraganda pastroq natija qayd etildi (R<0,02) (3-jadval).

3-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda burun sekretini ko'rsatkichlari (rN) n= 49 (100%)

Ko'rsatkichlar	Nazorat guruhi, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan, n=29
pH	7,15±0,007	5,11±0,003**	6,1±0,002*

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (P<0,02), ** - nazorat guruhi va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli - (P<0,05).

Mukotsiliar klirens natijalari shuni ko'rsatdiki, g'alvirsimon bo'shliq devorlari jarohatlangan n=20 bemorlarda saxarin vaqti g'alvirsimon bo'shliq devorlari jarohatlanmagan guruh va nazorat guruhidagi bemorlarga 18,1±0,03 (R<0,05) qaraganda uzoqroq, ya'ni 22,3±0,04 daqiqa davom etdi, g'alvirsimon bo'shliq devorlari jarohatlanmagan n=29 bemorlarda esa, ushbu

vaqt nazorat guruhiga qaraganda uzoqroq, ya'ni 21,1±0,05 daqiqani tashkil etdi (R<0,02) (4-jadval).

Mukotsiliar klirensning ushbu buzilishlari g'alvirsimon bo'shliq jarohati va burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi bilan bog'liq bo'lib, bu shilliq harakatining sekinlashishiga olib keldi, suyak bo'laklari siljimagani bemorlarda esa, ushbu buzilish ahamiyatsiz darajada bo'ldi.

4-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda burun sekretini ko'rsatkichlari (saxarin vaqti) n=49 (100%)

Ko'rsatkichlar	Nazorat guruhi, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan, n=29
Saxarin vaqti, daqiqa	18,1±0,03	23,2±0,04**	21,2±0,03*

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (P<0,02), ** - nazorat guruhi va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (P<0,05).

Bu guruhda burun shilliq qavatining so'rish funksiyasini o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan n=20 bemorlarda u 76±0,04 daqiqani tashkil etdi, ya'ni midriaz (ko'z qorachig'ining torayishi) nazorat guruhi qiymatidan 9±0,02 daqiqa kechroq sodir bo'ldi (R<0,05)

va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan n=29 bemorlarda, ushbu ko'rsatkich 74±0,05 daqiqaga teng bo'ldi, ya'ni midriaz nazorat guruhi qiymatidan 7±0,04 daqiqaga kechroq sodir bo'ldi (R<0,02) (5-jadval).

5-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda burun shilliq qavatining so'rish funksiyasi ko'rsatkichlari n=49 (100%)

Ko'rsatkichlar	Nazorat guruhi, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan, n=29
1%li atropinning so'rish vaqti, daqiqa	67±0,03	76±0,04**	74±0,05*

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (P<0,05), ** - nazorat guruhi va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar (P<0,02).

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan n=49 bemorlarda burunning ajratish (ekskretor) funksiyasi natijalari shuni ko'rsatdiki, g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan n=20 bemorlarda burunning ajratish funksiyasi - sharchaning massasi 43,3±0,04 mg ni,

ya'ni nazorat guruhi massasidan 5,1±0,04 mg og'irroq bo'ldi (R<0,02) va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan n=29 bemorlarda ushbu ko'rsatkich 42,1±0,05 mg ni, ya'ni nazorat guruhi massasidan 4,1±0,04 mg og'irroq natijani tashkil etdi (R<0,01) (6-jadval).

6-jadval

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda burunning ekskretor funksiyasi ko'rsatkichlari n=49 (100%)

Ko'rsatkichlar	Nazorat guruhi, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan, n=20	G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan, n=29
Paxtali sharchaning og'irligi, mg	38,1±0,03	43,3±0,04**	42,1±0,05*

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (P<0,01), ** - nazorat guruhi va g'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlanmagan guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar (P<0,02).

Rinotsitogramma natijalari shuni ko'rsatdiki, davolash dinamikasida g'alvirsimon bo'shliq va burun-yonoq-orbita kompleksining shikastlanishi bo'lgan bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan neyetrofillarning ko'payishi kuzatildi. Nazorat guruhidagi neyetrofillarning mutlaq soni 53,9±5,7 ga teng,

bemorlarda esa, bu ko'rsatkich birinchi 1-3 kunda 53,8±5,8 ga, 7-kuni 53,7±5,3 ga, 14-kuni esa ortib, 56,9±5,6 ga teng bo'ldi, davolash oxirida, ya'ni 21-kuni 57,1±5,7 ni tashkil etdi, nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan farq sezilarli darajada bo'ldi (R<0,01).

G'alvirsimon bo'shliq devorlari shikastlangan va shikastlanmagan bemorlarda burun bo'shlig'idan olingan surtmani sitologik tekshirish (rinotsitogramma)

Ko'rsatkichlar		Nazorat guruhi n=20	1-3 kun n=22	7 kun n=24	14 kun n=25	21 kun n=26
Neytrofil-lar	% da	49,3±2,7	49,2±2,5	51,1±2,2*	52,3±2,8*	53,2±2,7**
	abs. s.	53,9±5,7	53,8±5,8	53,7±5,3*	56,9±5,6*	57,1±5,7**
Limfotsitlar	% da	0,6± 0,09	0,6± 0,08	0,7± 0,09*	0,7± 0,09*	0,8± 0,07**
	abs. s.	0, 7±0,08	0, 7±0,08	0, 8±0,09*	0, 8±0,09*	0, 9±0,06**
Makrofaglar	% da	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06	0,3±0,06
	abs. s.	0,39±0,1	0,38±0,1	0,41±0,1	0,40±0,2	0,42±0,2
Eozinofil-lar	% da	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05	0, 09±0,05
	abs. s.	0,12±0,05	0,12±0,04	0,12±0,04	0,12±0,03	0,12±0,02
Silindrsi-mon epiteliy	% da	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21	27,87±3,21
	abs. s.	26,92±3,08	26,91±3,07	26,93±3,08	26,91±3,07	26,94±3,07
Yassi epiteliy	% da	4,89±0,59	4,88±0,58	4,88±0,58	4,87±0,60	4,91±0,61
	abs. s.	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9	4,12±0,9
Cheshuyki	% da	18±4,1	19±4,3	19±4,5*	20±4,3**	21±4,2**
	abs. s.					
Mikroorga- nizmlar fagotsitozi	% da	22,09±2,5	22,07±2,4	24,09±2,2*	25,07±2,1*	25,19±2,1**
	abs. s.					

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (R<0,02), ** - nazorat guruhi va 1-3 kundagi ma'lumotlarga nisbatan farqlar (R<0,01).

Nazorat guruhidagi makrofaglarning mutlaq soni 0,39 ± 0,1 ni tashkil etdi, bemorlarda esa, dastlabki 1-3 kunda 0,38 ± 0,1 ga, 7-kunida 0,41 ± 0,1 ga teng bo'ldi va 14-kunda ko'paydi va 0,40±0,2 ni tashkil etdi (7-jadval), davolash oxirida, ya'ni 21-kunda 0,42±0,2 ga teng bo'ldi, nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan farq sezilarli bo'ldi (R<0,01).

Mikroorganizmlarning fagotsitoz ko'rsatkichi nazorat guruhida 22,09±2,5 ga teng bo'lsa, ushbu ko'rsatkich

bemorlarda birinchi 1-3 kunda 22,07±2,4 ni, 7-kuni 24,09±2,2 ni, 14- va 21-kunlarda esa ortib, 25,07±2,1 ni tashkil etdi va nazorat guruhi ko'rsatkichlaridan sezilarli farq qildi (R<0,01).

Xulosa.

Limfotsitlar, eozinofillar, silindrsimon, yassi epiteliy va cheshuyki darajasi nazorat guruhidan farq qilmadi. Davolash dinamikasida 14- va 21-kunlarda burun bo'shlig'ida yallig'lanish kuchayadi degan xulosaga kelish mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Khasanov US et al. METHOD FOR THE TREATMENT OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2022. - T. 2. – no. 01. – S. 64-81.
2. Khakimov AM, Khodjaev A. I., Akhundzhanov N. A. The state of vestibular function in patients with stroke-related disorders in the form of cerebrovascular disorders and background arterial hypertension //Russian Otorhinolaryngology. – 2002. – no. 3. - S. 62.
3. Akhundjanov N. Sostoyanie ostroty slukha u bolnykh s hypertonicheskoy boleznyu na fone hypotensivnoy therapy //Stomatologiya. - 2015. - T. 1. – no. 3 (61). - S. 47-50.
4. Makhsitaliev M. et al. The Functional State Of The Mucous Membrane Of The Nasal Cavity And Paranasal Sinuses After Radical And Minimally Invasive Surgical Interventions //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2021. - T. 3. – no. 01. – S. 31-40.
5. Khasanov US et al. A COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT OF ACUTE SENSONEURAL HEARING LOSS OF DIFFERENT GENES //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2023. - T. 3. – no. 02. – S. 14-25.
6. Khasanov US et al. VESTIBULAR ANALYZER TEST RESULT INDICATORS OF COCHLEOVESTIBULAR DISORDERS ON THE BACKGROUND OF ARTERIAL HYPERTENSION //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2023. - T. 3. – no. 02. – S. 37-44.
7. Khasanov US, Akhundjanov NA, Djuraev JA DYNAMICS OF HEARING DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION UNDER THE INFLUENCE OF HYPOTENSIVE THERAPY //International Journal of Medical Sciences And Clinical Research. - 2022. - T. 2. – no. 10. – S. 16-20.
8. Khasanov US, Akhundjanov NA, Djuraev JA INFLUENCE OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON VESTIBULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION //International Scientific and Current Research Conferences. - 2022. - S. 117-119.
9. Djuraev JA, Sh K., Akhundzhanov NA A MODERN LOOK AT DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OBSTRUCTIVE APNEA SYNDROME IN SLEEP : dis. - Science and Technology Publishing House, 2022.
10. Akhundjanov N. Sostoyanie ostroty slukha u bolnykh s hypertonicheskoy boleznyu na fone hypotensivnoy therapy //Stomatologiya. - 2015. - T. 1. – no. 3 (61). - S. 47-50.

11. Zulunov BS et al. The importance of genetic factors in the treatment of chronic polyposis rhinosinusitis //Eurasian Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. - 2023. - T. 2. - S. 71-75.
12. Khasanov US et al. Rezultati analiza chastoty raspredelenie polymorfisma rs1800895 592c> a v gene IL10 sredi bolnyx s XPRS //Eurasian Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. - 2023. - T. 2. - S. 104-108.
13. Khasanov US et al. RESULTS OF AUDIOMETRICAL INDICATORS OF COCHLEVESTIBULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION DISEASE //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2023. - T. 3. – no. 02. – S. 26-36.
14. Khasanov US, Abdullaev UP, Djuraev JA RESULTS OF AUDIOLOGICAL EXAMINATION IN ACUTE SENSORINEURAL HEARING LOSS OF VARIOUS GENESIS //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2022. - T. 2. – no. 01. – S. 24-50.
15. Khasanov US et al. Results of prevalence analysis of IL 12b gene a1188c rs3212227 polymorphism among patients with chronic polyposis rhinosinusitis //Eurasian Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. - 2023. - T. 2. - S. 109-115.
16. Boymuradov SA et al. CHARACTERISTICS OF DIAGNOSTIC JOINT INJURIES OF THE FACIAL SKELETAL BONE TAKING INTO ACCOUNT THE HEMOREOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BLOOD //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2022. - T. 2. – no. 1. – S. 51-63.
17. Hasanov U. S., Khaitov O. R., Djuraev J. A. PECULIARITIES OF THE STATE OF HEARING AND CEREBRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH DEVIATION OF THE NASAL SEPTUM //UZBEKSKIY MEDITSINSKIY JOURNAL. - 2021. - T. 2. – no. 2.
18. Djuraev J. A. i dr. RESULT ANALYSIS CHASTOTY RASPREDELENIE POLYMORPHIZMA RS1800895 592C> A V GENE IL10 SREDI BOLNYX S XPRS //Universum: medicine and pharmacology. – 2023. – no. 3 (97). - S. 11-16.

Chakkanov Faxritdin Xusanovich
Samarkand davlat tibbiyot universiteti

PULPITNI DASTLABKI KLINIK BELGILARI FAOLIYANI TASHXISLASH VA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

ANNOTATSIYA

Tish pulpasi holatining diagnostik mezoni sifatida katalitik faollikka ega bo'lgan oqsillar - fermentlar sifatida harakat qilishi mumkin bo'lgan hujayralar va to'qimalar holatining ishonchli ko'rsatkichlari hisoblanadi. Tekshiruvlarga binoan dastlabki pulpit faoliyati bosqichida biokimyoviy tadqiqotlar o'rganilayotgan fermentlar seriyasi ularning normal faolligidan deyarli farq qilmaydi; pulpani saqlash terapiyasi uchun zaruriy shart bo'lib xizmat qilishi mumkin. Hozirgi vaqtda pulpani saqlash uchun kaltsiy gidroksidi va kaltsiy gidroksid saqlovchi boshqa preparatlar ishlatiladi-masalan mineral trioksid agregati (MTA) materiallari. Bu materiallar orqali laboratoriya va klinik tadqiqotlar baholandi, dastlabki davolashda ushbu materiallardan foydalanish samaradorligi aniqlangan.

Kalit so'zlar: pulpa giperemiyasi, oqsil pulpa biokatalizatorlari tabiati, pulpani saqlovchi davolash usuli, mineral trioksid agregati.

Чакканов Фахритдин Хусанович
Самаркандского государственного
медицинского университета

ПОВЫШАТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ

АННОТАЦИЯ

В качестве диагностических критериев состояния пульпы зуба выступают белки, обладающие каталитической активностью - надежные индикаторы состояния клеток и тканей, которые могут действовать как ферменты. Ряд ферментов, изучаемых биохимическими исследованиями на стадии начальной активности пульпита по результатам исследований, практически не отличается от их нормальной активности; он может служить предпосылкой для терапии сохранения пульпы. В настоящее время для консервирования мякоти используют гидроксид кальция и другие препараты, консервирующие гидроксид кальция-например, материалы минерального триоксид-агрегата (MTA). С помощью этих материалов оценивались лабораторные и клинические исследования, определялась эффективность использования этих материалов при начальном лечении.

Ключевые слова: гиперемия пульпы, природа биокатализаторов белковой пульпы, консервирующая обработка пульпы, агрегат минерального триоксида.

Chakkanov Faxritdin Husanovich
Samarkand State Medical University

IN CASE OF CLINICAL SIGNS OF PULPITIS, INCREASE THE EFFECTIVENESS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

ANNOTATION

Proteins with catalytic activity as diagnostic criteria for the condition of the dental pulp are reliable indicators of the condition of cells and tissues that can act as enzymes. Biochemical studies at the stage of initial pulpitis according to examinations the series of enzymes under study is practically no different from their normal activity; it can serve as a prerequisite for pulp storage therapy. Currently, other preparations containing calcium hydroxide and calcium hydroxide are used to preserve the pulp-for example, mineral trioxide aggregate (MTA) materials. Through these materials, laboratory and clinical studies were evaluated, the effectiveness of the use of these materials in the initial treatment was determined.

Keywords: pulp hyperemia, nature of protein pulp biocatalysts, pulp preservative treatment, mineral trioxide aggregate.

Kirish. Pulpa trofikani ta'minlaydigan bir qator muhim funksiyalarni bajaradi va qattiq tish to'qimalarini agressiv tashqi omillar ta'siridan himoya qilish va ichki muhitni himoyasini ta'minlab turadi. Hozirda stomatologiyada amaliyotda bir qancha qiyinchiliklar mavjud ya'ni tish pulpasining holatini to'laqonli tashxislash, chunki pulpa patologiyasining ba'zi shakllari kasallikning klinik belgilari to'liq bo'lmaganda rivojlanadi, shu bilan yangi diagnostika usullarini ishlab chiqish zarur, bu esa bizga quyidagilarni beradi-shifokor uchun tish pulpasidagi patologik jarayonlar to'g'risida kerakli ma'lumotlarni yallig'lanish, bu yetarlicha davolanishni buyurishga imkon beradi.

Pulpa biokatalizatorlarining roli patologik jarayonlarning rivojlanishidagi oqsil tabiati yetarli darajada o'rganilmagan, bu tadqiqotning yangiligini belgilaydi. Tadqiqotda olingan ferment faolligi ma'lumotlari ulardan foydalanish uchun umumlashtiriladi tish pulpasida qaytariladigan va qaytarilmas o'zgarishlarni tashxislash va usulni tanlash ularni davolashni ko'rsatdi. Hozirgi vaqtda pulpani saqlash uchun turli xil dorilar qo'llaniladi-kaltsiy gidroksidi va mineral trioksid agregati (MTA) materiallari va boshqalar. MTA va materiallarning fizik-kimyoviy xususiyatlarini qiyosiy tahlil qilish ushbu dorilarni davolashda qo'llash samaradorligini klinik baholash dastlabki pulpiti ilmiy va amaliy qiziqish uyg'otadi va o'rganish uchun mos keladi.

Tadqiqotning maqsadi. Pulpadagi bir qator fermentlarning faolligini o'rganish insonning doimiy tishlari normal holati va yallig'lanish bilan asoslash uchun dastlabki pulpiti davolash uchun pulpani saqlovchi usullardan foydalanish maqsadida mineral trioksid agregati va kaltsiy gidroksidi materiallaridan foydalanish.

Materiallar va usullar. Biokimyoviy tadqiqotlar davomida dastlabki pulpa giperemiyasi uchun 75 tishdan olingan pulpa namunalari o'rganildi (n=24), o'tkir (n=25) va surunkali (n=25) yallig'lanish bosqichlari tibbiy jihatdan ko'rsatmalar tayyorlandi. Nazorat guruhida 23 ta doimiy tish pulpasi tekshirildi, ortodontik va ortopedik ko'rsatkichlar bo'yicha olingan. Pulpa kamera turbinali dastak bilan ochildi, tish pulpasi chiqarildi pulpoekstraktor bilan. Olib tashlangan buzilmagan tishlar bilan ishlashda tish u gipsli poydevorga o'rnatildi, tish pulpasi ham chiqarildi pulpoekstraktor yordamida. Pulpa to'qimalari 0,9% NaCl eritmasida yuvilgan.

Aralash bir hil holga keltirildi holatlar, keyin zich steril plastik naychaga joylashtirildi. Olingan homogenatda 3000 aylanish/15 daqiqada qopqoq va santrifuga qilingan pulpalar spektrometrik usul bilan faollikni aniqladi aspartat aminotransferaza (ast), alanin aminotransferaza (Alt), laktat dehidrogenaza (LDH), gidroksidi fosfataza (Alp), malat dehidrogenaza (MDG), superoksid dismutazlar (SOD) IU/min·g to'qimasida. Laboratoriyada boshlang'ichni davolash uchun ishlatiladigan materiallarni o'rganish uchun pulpitaldama-halliy ishlab chiqarilgan 3 ta material kiritilgan- (Trioksident, MTA kanali, Rutdent) va 3 ta xorijiy analog (ProRoot MTA, MTA Angelus Grey, MTA Angelus White).

Materiallarning fizik-kimyoviy xususiyatlari skanerlash elektron mikroskop (Sem)yordamida o'rganilgan, energiya dispersiyasi rentgen spektroskopiyasi (EDS), pH metriyasi va ion xromatografiya. Klinik tadqiqotda 22 bemor ishtirok etdi dastlabki pulpiti tashxisi bilan 7 yoshdan 35 yoshgacha. Davolash an'anaviy metodologiya, ishtirokchilarni ikki guruhga taqsimlash. Birinchi guruhda davolash yostig'i sifatida dastlabki

pulpiti davolashda bemorlar material ishlatilgan Trioksident. Bemorlarning ikkinchi guruhida ishlatilgan kaltsiy gidroksidi asosidagi pasta. Davolash natijalarini monitoring qilish 7 kun, 1 oy, 6 oydan keyin o'tkazildi. Tadqiqot ma'lumotlari statistik ishlov berilgan (SPSS).

Tadqiqot natijalari. Giperemiya uchun biokimyoviy tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra insonning doimiy tish pulpalari SOD, Alp faolligi ishonchli ($p < 0,001$) Alt faolligi sezilarli darajada oshdi ($p < 0,05$) kamaydi va faollik MDG, LDG ishonchli tarzda farq qilmadi ($p < 0,05$) olingan ma'lumotlardan nazorat guruhini o'rganishda aniqlandi. O'tkir pulpitada LDH, Alp faolligining ishonchli ($p < 0,05$; $p < 0,001$) o'sishi va pasayishi MDG, Alt faoliyati kuzatildi. Surunkali pulpitada esa ishonchli tarzda aniqlanadi ($p < 0,05$) ast, Alt, Alp va LDH ning past faolligi, bu quyidagilarni ko'rsatadi-barcha metabolik jarayonlarning intensivligini kamaytirish aniqlangan. Aniqlanmagan o'tkir va surunkali holatlarda SOD faolligidagi ishonchli ($p \geq 0,5$) farqlar pulpiti va normada ko'rindi. Materiallarni laboratoriya tahliliga ko'ra mahalliy va xorijiy ishlab chiqarish mineral trioksid agregati elektron mikroskopni skanerlash orqali hamma narsa aniqlandi o'rganilgan tsementlar Portland tsement fazasiga asoslangan, ammo ularning tarkibida tarkibi turli xil qo'shimchalar. Masalan, material tarkibiga Trioksident kiritilgan mis-kaltsiy gidroksidi birikmasi, bu uning bakteriostatikasini oshiradi xususiyatlari. Proroot MTA va Trioksident materiallarida oltingugurt cho'qqilari aniqlangan EDS tahlilida, bu materiallarda sulfat fazasi mavjudligini ko'rsatadi; kaltsiy sulfat qo'shilishi tsementning plastisitiv vaqtini uzaytirish maqsadida amalga oshiriladi. Sirtning eng katta g'ovakliligi aniqlandi proroot MTA materiallari. PH metriyasi va ion xromatografiyasi usuli Trioksident moddasi eng yuqori pH ga teng ekanligi aniqlandi 12,8. Rentgen tekshiruviga ko'ra, barcha materiallar aniqlandi biroq, rentgen kontrasti, Angelus MTA materialining rentgen o'tkazuvchanligi. Oq tarkibida vismut oksidi yo'qligi sababli kamaytirildi. Har tomondan laboratoriya tahlilining natijalari uchun material Trioksident tanlandi klinik tadqiqotda keyingi foydalanish. Ma'lumotlarga ko'ra 90% hollarda birinchi guruh bemorlarini davolashda klinik tadqiqotlar muvaffaqiyatli natija qayd etildi. EOD ko'rsatkichlari yaxshilandi va 30 kundan keyin 20 mkalar 5-8 mkagacha kamaydi. Bemorlarning ikkinchi guruhida muvaffaqiyatli natija 63 foizni tashkil etdi. Preparatni qo'llash bilan tishlarni davolashdan keyin yaqin vaqt ichida kaltsiy gidroksidi asosida asoratlar aniqlanmagan. 6 oydan keyin to'rt bemorda yallig'lanish reaksiyasi paydo bo'ldi. EOD 70,0 ga tushdi tishni endodontik davolash uchun asos bo'lgan mkA. Foiz bemorlarning ikkinchi guruhidagi asoratlar butun davolanish davrida 37% ni tashkil etdi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, o'tkir va doimiy tish pulpasining surunkali yallig'lanishi hujayralarning qayta tiklanishi kuzatilmaydi, biokimyoviy ko'rsatkichlar quyidagilarni ko'rsatadi ya'ni qaytarilmas jarayonlarning rivojlanishi bildiradi. Dastlabki pulpiti bosqichida faollik o'rganilgan fermentlar deyarli ularning normal faoliyatidan farq qilmaydi, pulpani saqlash usullarini o'tkazish uchun zarur shart bo'lib xizmat qilishi mumkin klinik stomatologiya amaliyoti hisoblanadi. Laboratoriya materiallari tahlili va klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, fizik-kimyoviy xususiyatlari tufayli MTA materiallarining rus analogi "Trioksident" samaradorlikni oshiradi va dastlabki pulpiti davolashda pulpani saqlovchi davolashning samarali usuli hisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Ahmedov A. A., Shakirov B. M., Karabaev H. K. Early diagnostics and treatment with acute burn sepsis //Journal of Acute Disease. – 2015. – Т. 4. – №. 3. – С. 214-217.
2. Buzrukhoda 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.
3. Islamova N. B., Sh N. N. STUDY OF CHANGES IN PERIODONTAL DISEASES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN //Conferences. – 2023. – С. 15-17.
4. Islamova N. B., Sh N. N. STUDY OF CHANGES IN PERIODONTAL DISEASES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN //Conferences. – 2023. – С. 15-17.
5. Khusanovich C. F. Improvement of the Orthopedic Method in Complex Treatment in Patients with Periodontal Diseases //Progress Annals: Journal of Progressive Research. – 2023. – Т. 1. – №. 3. – С. 27-30.
6. Nazarova N. S., Islomova N. B. postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rsatmalari va mexanizmlari //Журнал " Медицина и инновации". – 2022. – №. 2. – С. 204-211.
7. Rizaev Elyor Alimdjaniyovich, & Buzrukhoda Javokhirkhon 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>
8. Rizaev, E. A., & Buzrukhoda, J. D. (2022). OPTIMIZATION OF GUIDED BONE REGENERATION IN CONDITIONS OF JAW BONE ATROPHY. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnyye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 4-8.
9. Sulaymonova Z. Z., Islamova N. B. TAKING IMPRESSIONS IN THE ORAL CAVITY AND THEIR REDUCTION //Conferences. – 2023. – С. 21-23.
10. Xusanovich C. F. COMPLETE REMOVABLE PROSTHESIS SUPPORTED BY IMPLANTS //European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. – 2023. – Т. 3. – №. 11. – С. 127-133.
11. Xusanovich C. F. et al. PROSTHETICS A COMPLETE REMOVABLE PROSTHESIS BASED ON IMPLANTS //European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. – 2023. – Т. 3. – №. 11. – С. 122-126.
12. Ахмедов А. А., Фуркатов Ш. Ф., Анваровна Х. М. ПОЛНЫЙ ЦИФРОВОЙ РАБОЧИЙ ХОД ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СКОРОТЕЧНОЙ РЕСТАВРАЦИИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И НОВЫЙ МЕТОД //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 20. – С. 106-115.
13. Иргашев Ш. Х., Исламова Н. Б. ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 305-310.
14. Исламова Н. Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КРОВИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ //Наука в современном мире: теория и практика. – 2016. – №. 1. – С. 41-44.
15. Исламова Н. Б., Назарова Н. Ш. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ //АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. – 2023. – С. 334-338.
16. Исламова Н. Б., Назарова Н. Ш. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ //Conferences. – 2023. – С. 13-15.
17. Исламова Н. Б., Назарова Н. Ш. СУРУНКАЛИ ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ПОСТМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРНИНГ ПАРОДОНТ ТЎҚИМАСИНИНГ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ОШИРИШ //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 2.
18. Исламова Н. Б., Чакконов Ф. Х. Изменения в тканях и органах рта при эндокринных заболеваниях //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 320-326.
19. Исламова Н., Чакконов Ф. Роль продуктов перекисного окисления липидов и противовоспалительных цитокинов крови в развитии заболеваний полости рта при гипотиреозе //Общество и инновации. – 2020. – Т. 1. – №. 1/s. – С. 577-582.
20. 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>.
21. Чакконов Ф. Х. ЯТРОГЕННЫЕ ОШИБКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ПРИЧИНЫ //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 925-930.

Gaffarov Sunnatullo Amrulloevich**Djumaev Zuxriddin Furkatovich**

Tibbiyot xodimlarining kasbiy

malakasini rivojlantirish markazi

Qayumov Gayratsher Olimovich

Farg'ona viloyat stomatologiya shifoxonasi

**YUZ-JAG' SOHASI TUQIMALARINI ONKOLOGIK OPERATSIYADAN KEYINGI NUQSONLARINI
ORTOPEDIK PROTEZLASH YORDAMIDA BARTARAF ETISH**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>**ANNOTATSIYA**

Retrospektiv va perspektiv ma'lumot taxlillari, yuz-jag' sohasining (YuJS) xavfli o'smalari (XO') tashxisli bemorlarning 24,4% - 31-40 yoshda; o'sma joylashishi va strukturasi; 36,8% - yuqori jag' (yu/j) o'ng tomonida; 35,2% - yu/j chap tomonda; 8,9% - g'alvirsimon suyak labirint hujayralarida; 10% - yu/j ning o'ng va chap tomonida; 5,6% - pastki jag' (p/j) va 3,6% - burun terisida joylashganini, XO' jarrohlik operatsiyalaridan so'ng YuJS nuqsonlarini tiklashda raqamli texnologiya (RT), individual titan va monomersiz "Vertex ThermoSens" xom-ashyolari bilan kombinatsiyali akril protezlaridan foydalanish samaradorligi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: yuz-jag' sohasi, onkologiya, stomatologiya, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati (OBShQ), psixologiya, okkluziya, raqamli texnologiya.

Гаффаров Суннатullo Амруллоевич**Джумаев Зухриддин Фуркатович**

Центр развития профессиональной

квалификации медицинских кадров

Каюмов Гайратшер Олимович

Ферганская областная стоматологическая больница

**УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ****АННОТАЦИЯ**

По ретроспективному и проспективному анализу данных 24,4% больных с диагнозом злокачественные новообразования челюстно-лицевой области имеют возраст 31-40 лет; в расположении и строении опухоли; 36,8% - на правой стороне верхней челюсти (ю/ж); 35,2% - ю/дж на левой стороне; 8,9% - в клетках этмоидального костного лабиринта; 10% - с правой и левой стороны ю/ж; 5,6% - нижняя челюсть (п/к) и 3,6% - расположенная на коже носа, цифровая технология (ЦТ) при реконструкции дефектов нижней челюсти после 30 хирургических операций, эффективность использования сырья индивидуальные безтитановые и мономерные "Vertex ThermoSens" отмечена в сочетании с акриловыми протезами.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, онкология, стоматология, слизистая оболочка полости рта (СОПР), психология, окклюзия, цифровые технологии.

Gaffarov Sunnatullo Amrulloevich.**Djumaev Zukhriddin Furkatovich**

Center for the Development of Professional

Qualifications of Medical Personnel

Kayumov Gayratsher Olimovich

Fergana Regional Dental Hospital

**ELIMINATION OF FACIAL AND JAW TISSUE DEFECTS AFTER ONCOLOGICAL OPERATIONS USING
ORTHOPEDIC PROSTHETICS**

ANNOTATION

According to retrospective and prospective data analysis, 24.4% of patients diagnosed with malignant neoplasms of the maxillofacial region are aged 31-40 years; in the location and structure of the tumor; 36.8% - on the right side of the upper jaw (s/f); 35.2% - ju/j on the left side; 8.9% - in the cells of the ethmoidal bone labyrinth; 10% - on the right and left sides of the south; 5.6% - lower jaw (s.c.) and 3.6% - located on the skin of the nose, digital technology (DT) in the reconstruction of defects of the lower jaw after 3D surgical operations, the effectiveness of using individual titanium-free and monomer "Vertex ThermoSens" raw materials was noted in combination with acrylic dentures.

Key words: maxillofacial region, oncology, dentistry, oral mucosa (OM), psychology, occlusion, digital technologies.

Kirish.Yuz-jag soxasidagi (YuJS) xavfli o'smalar (XO') bilan bog'liq rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlarni bajarish zarurati yil sayin ortib bormoqda. Jaxon sog'likni saqlash tashkiloti (JSST)ma'lumotlari, YuJS XO' uchrashi umumiy XO' orasida yettinchi, bosh-bo'yin XO' orasida xamdustlik mamlakatlari axolisi orasida 2-o'rinda bulib, O'zbekistonda XO' tarkibida yuqori jag' (yu/j) XO' 8-o'rinni egallaydi. Yangi hosil bo'lgan XO' oqibatida YuJS to'qimalarini keng rezeksiya qilingan va nur terapiyasida katta miqdorda dozalarni olgan ko'plab bemorlar xam kuzatiladi[5].

Qayta tiklash murakkab nuqsonlarga suyak va yumshoq to'qima tuzilmalaridagi jaroxatlarni kombinatsiyalangan shaklini ta'kidlash mumkin. Suyak komponentlarini o'z ichiga olgan laxtaklarning mikrojarrohlik autotransplantatsiyasiz nuqsonlarni to'liq bartaraf etib bulmaydi[1, 3, 4, 10, 12]. Xozirgi - rakamli texnologiya rivojlangan asrda YuJS nuqsonlarini bartaraf etish uchun jarrohlik aralashuvlarni rejalashtirish va amalga oshirishga keng imkoniyatlar va extiyojlar mavjud, chunki faqat YuJS nuqsonlarini fakatgina autotransplantant bilan bartaraf etish yetarli yemas. YuJS a'zo va tukimalarini morfologik va anatomik shakllarini tiklash - yo'qolgan anatomik tuzilmalarni aniq tiklash va faoliyatini rehabilitatsiyasiga samaradorlikga erishish shart. Shuning uchun YuJSning suyak to'qimalarining rekonstruksiya qilingan qismini oldindan modellashtirish, 3D texnologiyani qo'llash zaruriyati, shuningdek, organlarning faoliyatini tiklash bilan kosmetik

nuqsonlarni bartaraf etishga va xayot sifatini yaxshilash kunning dolzarb muammosidir.

Ishning maqsadi.Tadqiqotning maqsadi. YuJSdagi XUNing radikal jarrohlik operatsiyasidan keyin ortopedik protezlar turiga va umumiy mikdoriga ehtiyojni aniqlash, klinik xususiyatlari va individual protezlar tayyorlash usullarini baholash.

Materiallar va uslublar.Tadqiqot Farg'ona viloyat stomatologiya shifoxonasida 2018-2023 yillar davomida dispanser (D) naazoratida turgan, JSST tasnifiga [13] asosida XO' tashxisli 250 bemor klinik ma'lumotlari retrospektiv va perspektiv yondoshuvda urganildi.

Bemorlarning klinik ma'lumotlari; rentgenologik (R), klinik-stomatologik, YuJSning anatomo-morfologik xolatlari, jumladan XO' jarrohlik amaliyotidan so'ng YuJS a'zo va tukimalarining xolati, yuz balandligi; yuzning yuqori, o'rta va pastki soxasi, pastki jag'ning (p/j) yarmi va yuzning markaziy qismi o'ng va chap tomoni simmetriyasi, tishlardagi chaynov munosabati - okklyuziyasi baholandi, nutq, nafas olish va chaynash xususiyatlari, p/j ochilish darajasi va yon harakatiga baho berildi. XO'dan keyingi operatsiya kilingan va operatsiyaga rejalashtirilayotgan bemorlarda antropometrik, fotometrik o'lchovlar va R-tadqiqotlar (telerentgenogramma – TRG; ortopantomogramma – OPG), operatsiyagacha va undan keyin sun'iy protezlar konstruksiyalari, multispiral kompyuter tomografiya (MSKT) va 3D rejalarda YuJS baxolandi va oldindan shakllantirildi.

1-diagramma.

O'rganilayotgan bemorlarning yosh guruhlari bo'yicha taqsimlanishi.



YuJS XO' mavjud va operatsiyadan keyingi nuqsonli bemorlar xayot sifati (XS) "SF-36" baholandi, XO' mavjud 33 bemor; jumladan - 13 nafar(1-guruh)bemorda statsionar davolanish davrida, jarrohlik amaliyotidan so'ng kombinatsiyali protezlash - autoplastika uslublarida; jumladan – 3 bemor yukori jagi (yu/j) o'ng yarmi nuqsoni; - 4 bemor yu/j chap yarmi

nuqsoni; - 2 bemor yu/j ikkala yarminuqsoni; 2 bemor yu/j va ko'z olmasi soxasi yumshoq to'qimalarining kengqamrovli nuqsonlari bulgan bemorlar urganildi.Raqamli texnologiya yordamida operatsiyadan oldin radikal olib tashlanadigan YuJS sun'iy a'zo va tukimalarining tayyorlash uchun - 20 nafar bemorga: jumladan; individual titan protezlari - 10 nafar

bemorlarga[8](2a guruhi), (3 nafar yu/j o'ng yarmi nuqson; 2 nafar yu/jchap yarmida nuqson; 2 nafar yu/jikkala yarmi nuqsoni; 2 nafar fakat yu/j va 1 nafar yuz yumshoq to'qimasi va ko'z olmasi nuqsoni) va akril plastmassa bilan kombinatsiyalashgan yuqori texnologiyali "Vertextermosens" termoplastik xom-ashyosidan 10 nafar bemorga (2b guruhi) (3 nafar yu/j o'ng yarmi nuqsoni; 2 nafar yu/j chap yarmi nuqsoni; 1 nafar yu/jikkala yarmi nuqsoni; 2 nafar fakat yu/j va 2 nafar yuz yumshoq to'qimalari va ko'z olmasi soxasi nuqsoni), N.S.Ruzzudinov uslubiga muvofiq[6], xamda Hyrax Striker texnikasi asosida fiksatsiya uchun vintli qurilmadan [9] foydalanib YuJS anatomomorfolik shakli tiklash usulidan foydalanildi..Olingan ma'lumot namunalari standart Microsoft Excel 2007 kompyuteridagi Styudent uslubiy dasturidan foydalanib statistik ishlov berildi.

OLINGAN NATIJALAR MUHOKAMASI.

Olingan ma'lumotnatijalari taxlili, ko'pchilik bemorlar kasallikning kech yoki oxirgi bosqichida klinikaga murojaat qilganliklarini tasdiqladi; shuningdek, 154 (61,6%) bemorXO' takroriy-retsediv belgilari bilan, nurterapiya (NT) olgani; shundan 97 (38,9%) bemorda - TIIIa,TIIIb,TIV boskichidagi klinik tashxis, ularning 64 tasi (43,2%) erkak, 33 tasi (32,3%) ayol jinsli ekani aniklandi. Yangitdan aniklangan XU a'zo va to'qimada joylashishi va gistologik tarkibiy o'simta tuzilmasi buyicha 36,8% holatda yu/j o'ng yarmida; 35,2% xolatda yu/j chap yarmida; 8,9% xolatda galvirsimon suyak labirint hujayralarida; 10% xolatda yu/j o'ng va chap yarmida; 5,6% holatda p/j va 3,6% holatdaburun terisida joylashgani; nazologik tashxis -60,8% da saraton, - 15,2% da sarkoma, - 0,6% da

melanoma, - 18,8% da silindroma va 0,4% da turlicha boshqayangi hosillalar ekanligini tasdiqladi.

Shuningdek 152 nafar bemorda jarrohlik amaliyotidan keyingi YuJS nuqsonlari; 48,02% - xolatda yu/j o'ng yarmi; 38,8% - xolatda yu/j chap yarmi; 5,3% - xolat yu/j tula olib tashlangani; 2,6% - p/j nuqsoni; 2,6% - p/j alveolyar o'simta va burun terisi nuqsonlari ekanligi taxlil kilindi. Radikal jarrohlik aralashuvidan so'ng YuJS a'zolari va to'qimalarining faoliyatini va anatomik shaklini tiklash oldindan rejalashtirildi va radikal olib tashlanishi kerak bo'lgan a'zo va to'qima sun'ity protezlari kompyuterda modellashtirildi - 3D da bosib chiqarish frezerlash usulida(1-jadval).

Biz mutaxassislar oldimizdagi asosiy vazifa YuJS anatomomorfologik shaklini va faoliyatini su'iy ortopedik implant tuzilmalarni yaratish va tiklashdan iborat. Jumladan; bir tomonlama nuqson bo'lsa, nuqsonga teskari shakl, buzilmaganintakt tomonyu/j va p/j oyna aks tasviri bilan bajarilganda simmetrik yondoshuv texnikasini qo'llashni rejalashtirdik: ya'ni, intakt bo'lak (p/j uchun) noto'g'ri holatda bulsa, virtual repozitsiya-qayta joylashtirishga ehtiyoj kuzatilishi kabi jarayon.

Amaliy jarayondan misol: Kasal X.S.K. 1975-yilda tug'ilgan, 2020-yil yanvarda klinikaga - yuz chap tomon, o'rta soxasi kombinatsiyali nuqsoni; yu/j,qattiq tanglay,og'iz bo'shlig'i (OB) oldi, yonoq suyagi pastki bo'linmasi, kuz pastki chegarasi, qattiq tanglay shilliq qavati bilan adenokarsinomasi, sinusning yu/j qismi bo'shlig'i keng to'qimalari rezeksiyasidan keyingi ko'z pastki devori kombinatsiyali ta'siridan o'ng gipoenoftalm.

1-jadval

YuJS nuqsonlarini joylashuvi va ularni tiklash usullari.

YuJS dagi murakkabliklar va nuqsonlar	Jami	YuJS nuqsonini Autoplastdan tiklashdan so'ng (1-guruh)		RT(CAD/CAM) da protezlarni tayyorlash(2-guruh).			
				Titanlar bilan (2a-guruh)		Akril+Vertex termosens (2b-guruh)	
		Raqam (son)	%	Raqam (son)	%	Raqam (son)	%
Yu/j ning o'ng yarmi	9/27,3	3	9,09	3	9,09	3	9,09
Yu/j ning o'ng yarmi	8/24,2	4	12,2	2	6,0	2	6,0
Yu/j ning ikkala qismi	5/15,1	2	6,0	2	6,0	1	3,0
Yu/j,yumshoq to'qima va ko'z olmasi soxasi	6/18,2	2	6,0	2	6,0	2	6,0
P/j alveolyaro'siq	5/15,1	2	6,0	1	3,0	2	6,0
Jami	33/100	13	39,4	10	30,3	10	30,3

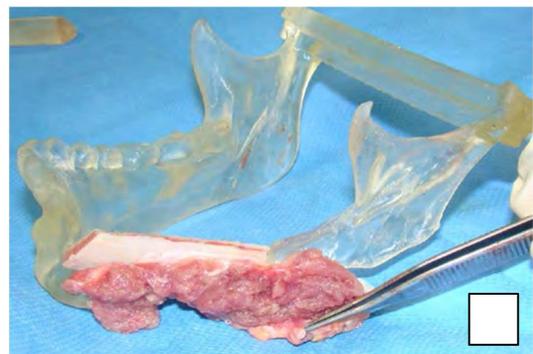
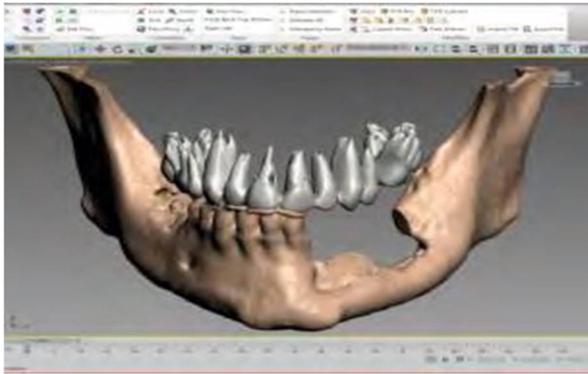
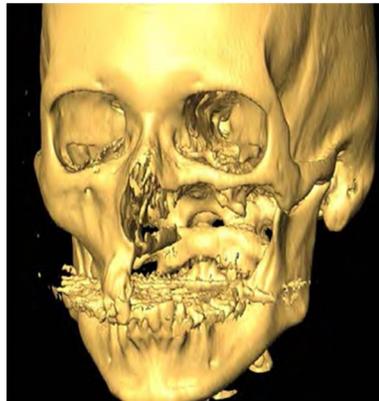
Anamnez: bir, bir yarim yil oldin, yashash joyidagi klinikaga dastlabki murojaat qilishdan oldin qattiq tanglay shilliq qavatining adenokarsinomasi bo'yicha kompleks-keng hajmli davolashni; yu/j bilan qo'shni to'qimalar rezeksiyasi, 24 Grey xajmda NT, 2 ta kimyoterapiya kursi rejalashtirildi; CAD/CAM tizimida radikal olib tashlangan a'zo va tukimalar shakli va fragmentlari - repozitsiyasi virtual modellashtirish loyihalashtirildi. Yuz o'rta soxasi rekonstruktiv-tiklash jarrohlik amaliyoti rejalashtirishda,yu/j nuqsonini bartaraf etish, yumshoq to'qimalar rekonstruksiyasi, tanglay nuqsonini, og'iz bo'shlig'i (OB) atrof tukimalarini shakllantirish; shuningdek, burun devori yoni va ichki qismi nuqsonini bartaraf etish rejalashtirildi. Operatsiya yakunida OB tanglay qismiga choklar qo'yildi, keyin

alveolyar qism sohasiga tayyorlangan implant qo'yilib vintlar bilan suyakka o'rnatib mahkamlandi. Og'iz bo'shlig'i shillik kavati (OBShK) ikkala tomonga uzaytirilib choklar qo'yildi, kon ketish tuxtatildi.

2-xolat: Bemor M.Yu., - 26 yosh; P/J 32-38 tishlar soxasi alveolyar o'sik nuqsoni, o'smirlik davridagi ameloblastoma rezeksiyasi operatsiyasi asorati. Bemorda, 3 ta tish implantatsiyasiga tayanch alveolyar protez va olinadigan to'sinli qisman yechiladigan ortopedik tuzilma-konstruksiyani tayyorlash rejalashtirilgan.MSKT tahlili p/j alveolyar qismning chiziqli nuqsoni; uzunligi 6,2 sm 33-38 tish chegara oraligida,tilda kortikal plastinka va 36,

37 tishlar soxasida interalveolyar balandlik yoʻqligi aniqlangan. Rekonstruktiv tiklash rejalashtirishda, "teskari rejalashtirish" tamoyili qoʻllanildi va dastlabki ortopedik protez tuzilma-konstruksiyani rejalashtirish talablarini hisobga olindi. Amaliyotda bir vaqtda; bir jamoa - transplantni mahkamlash uchun joy tayyorladi, yuz arteriyasi va venasi resipient tomirlar topildi; ikkinchi jamoa - femoral kortiko-periostal qopqoqni

koʻtardi, soʻng, birinchi guruh mutaxassislar femur transplantni intraoperativ stereolitografik shablon yordamida modellashtrishni oshirdi, soʻngra uni bartaraf qilinadigan nuqson maydoniga mahkamlandi, qabul qiluvchi sohada qopqoqni mahkamlashdan oldin p/jning operatsiyalar oralik stereolitografik modeli oʻrnatildi (№-rasm).



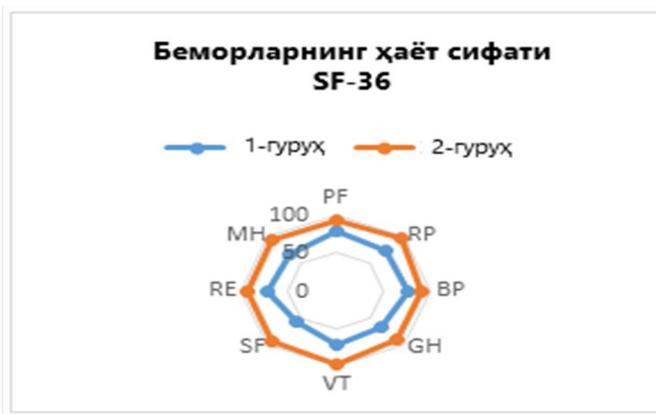


Operatsiyalar oralik suratlar: yuzning pastki zonalari (a,b); XO‘ dan zararlangan to‘qimalarni rezeksiya bosqichlari (v, g); stereolitografik model nuqsonli jag‘ sohasiga mahkamlanish (d, ye); protezlar tayyorlash – OB ga tish implantatini tayanch ravishda olinadigan to‘sinli ortopedik gips modelida va tuzilma-konstruksiyasi (j, z).

Birinchi va ikkinchi guruh bemorlarda operatsiyadan oldin va keyin HS kursatkich natijalari tahlili ($n < 0.001$) ruhiy va jismoniy komponentlarni ijobiy natijalari kayt etildi (№2-3-4 diagrammalar).

2, 3 va 4-diagrammalar.

Tekshirilganlarda HS kursatkichlari; operatsiyagacha, operatsiyadan keyin va guruxlararo kiyoslash.



Eslatma. PF -jismoniy faoliyat (Physical Functioning); RP - jismoniy holat tufayli (shartlangan) rolga asoslangan faoliyat (Role-Physical Functioning); BP -og‘riq intensivligi (Bodily pain); GH -umumiy salomatlik holati (General Health); VT - hayotiy faollik (Vitality); SF -ijtimoiy faoliyat (Social Functioning)); RE - hissiy holat tufayli (shartlangan) rolga asoslangan faoliyat(Role-Emotional); MH-ruhiy sog‘lomlik (Mental Health).

Jismoniy faoliyatni baholaganda, 2-guruh ($90,3 \pm 11,3$) sezilarli darajada ($r < 0.001$) 1-guruhga ($75,5 \pm 11,4$) nisbatan ijobiy oradan ikki yil o‘tgach, jismoniy faollik hajmi 2-guruhda yanada ijobiy siljishi kuzatildi. Jismoniy faoliyatni tahlili, ba’zi hollarda, hatto yengil jismoniy immobilizatsiyadan keyin ham bemorlar odatdagi chaynash, nutk va xarakatlardagi ishlarini bajara olmasligi, biroq jarrohlik davolanishdan so‘ng bu ko‘rsatkich yuqori ($r < 0.001$) 2a va 2b guruhlarida ($95,7 \pm 5,8$) 1-guruhda ($63,0 \pm 16,5$) nisbatan ijobiy siljishi RTyordamida

qilingan sun'iy protezlarda yakkol namayon buldi. Protezlashdan so'ng va reabilitatsiyaning keyingi bosqichlarida 2-a va b guruhlar bemorlari 1-guruhga nisbatan kamroq tashvish va yaxshi ijtimoiy faoliyati qayd etildi. Shuningdek, davolanishdan oldin yuz estetikasining buzilishi, old tishlarning yetishmasligi va murakkab tabassum, chaynash tizimi faoliyat buzilishi, bemorlarning tashvish va tushkunligiga olib keladigan hissiy kechinmalar va mental sohalarning past ko'rsatkichlari qayd etilishi, kundalik faoliyatda samaradorlik va jismoniy faollikni pasayishiga olib kelgan.

Xulosa. XO' bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik amaliyotlaridan so'ng YuJSdagi nuqsonlarni bartaraf etish uchun autotransplantatlar bilan tiklash, bemorlarda jaroxat xajmini ortishiga va muddatini uzoyishiga sabab bulishi, individual implantlarni tayyorlash zaruratini, tayyorlash texnologiyasini va ulardan foydalanishga ehtiyojning yukoriligini tasdiklaydi. YuJS turli nuqsonli bemorlar tibbiy kassalik tarixi ma'lumotlari tahlili, rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari shu kungacha maxsus dasturlardan foydalanib, oldindan rejalashtirish usullarini kullanilmaganligini kursatib berdi. Xolibuki, rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlarining asosiy maqsadi estetik ko'rinishni tiklash bilan bir vaktida tish-jag' tizimi faoliyatini tiklashdan iboratdi. RT dan foydalanib, YuJS anatomik-morfologik va faoliyati tiklanibgina kuymaydi, balki,

jarrohlik amaliyoti davomiyligini qisqartirib, sun'iy protezlar faoliyati samaradorligini oshiradi.

YuJS nuksonlarini rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlarida oldindan a'zo va tukimaning anatomik-morfologik shaklini tiklashda "simmetriya" tamoyiliga rioya qilish zarurati axamiyatlidir. Suyak rekonstruktiv jarrohlik amaliyotidan keyin bemorlarda MSKT nazorati ma'lumotlariga asoslanib, rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlarni kompyuterda rejalashtirishning yuqori samaradorligi, tish-jag' tizimi faoliyatini to'liq tiklash uchun "Titan" implantlari va "Vertex ThermoSens" akril kombinatsiyalari asosidagi yumshoq xom-ashyolardan foydalanish samaradorligi tasdiklandi. Individual sun'iy protezlar faoliyati uchun taklif etilgan xom-ashyolar xususiyatlari YuJSning a'zolari va to'qimalarini oqilona tiklashga imkon berdi. Ushbu maxsulotlar yordamida tayyorlangan protezlar insonning tashqi ko'rinishiga, YuJS morfologiyasiga, chaynash, nafas olish va nutq faoliyatlarini tiklanishiga ijobiy natijasi, ayniksa 2a va 2b guruh bemor orasida ortopedik reabilitatsiya natijalarida aks etdi. Ushbu guruhdagi barcha bemorlar protezlash va reabilitatsiya bosqichidagi natijalardan mamnunligini, ishonchli XS darajasi qayd etilishi, kiska davr oraligida protez tayyorlash bosqichlari amalga oshirishini kursatdi.

Adabiyotlar ro'yxati.

1. G'afforov S. A., Ubaydullaev X. A., G'afur-Oxunov M. A. Yuqori jag nuqsonlari bo'lgan onkologik bemorlarni reabilitatsiya qilishning bevosita va uzoq muddatli natijalari. Stomatologiya. 4-son (77). 95-97, Toshkent-2019.
2. G'afforov S. A., Ubaydullaev X. A., G'afur-Oxunov M. A. Bosh, bo'yin va yuz-jag' sohasi nuqsonlari bo'lgan onkologik bemorlarni reabilitatsiya qilish. Fan va innovatsion rivojlanish. 1-son. 57-62. Toshkent 2020.
3. G'afur-Oxunov M. A., Ubaydullaev H. A., G'afforov S. A. Yuz-jag' sohasining xavfli o'smalari va nuqsonlari bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish. "Stomatologiya" ilmiy-amaliy jurnali " 3-son. 26-28. Toshkent-2018.
4. Гилёва К.С. Применение ревааскуляризованного надкостнично-кортикального бедренного лоскута при устранению граничных костных дефектов челюстно-лицевой области: дис... канд. мед. наук. 14.01.14М., С. 202. 2013.
5. Решетов И.В., Чиссов В.И., Бойко А.В. Лечение опухоли головыи шеи с использованием интраоперационной лучевой терапии с одномоментной микрохирургической реконструкцией. Онкохирургия. Т 4, № 4. С. 55-58. 2012.
6. Рузудинов Н. С. Фазилова А. Р, Гаффаров С. А. Рузудинов С., Рузудинова К. Н. Патент 12.09.2022-йилда РК 7565-сон билан олинган. Акрил пластмассадан кисман олинадиган протез ишлаб чиқариш усули.
7. Tojiev F. I., Azimov M. I., Musaev Sh. Sh. "VRGNda alveolyar jarayon nuqsonlari bo'lgan bemorlarning hayot sifatini baholash dasturi "(DGU 25278-son).
8. Tojiev F. I. Tug'ma lab va tanglay yorig'i bo'lgan bemorlarda individual implantlar yordamida yuqori jag nuqsonlarini tiklashni takomillashtirish. Diss. MD. 14.00.21-Stomatologiya. T-2023.
9. Tojiev F. I., Azimov A. M. VRGNda alohida tuzilmalardan foydalangan holda yuqori jag'ning nuqsonlari usulining samaradorligi. Uslubiy tavsiyalar. Toshkent – 2022.
10. Boyd J.B., I.Rosen, L.Rotstein et al. The iliac crest and the radial fore arm flap in vascularized oromandibular reconstruction // Vol.159.–P. 301-308. AmJSurg.–1990.
11. Chang H.P., Liu P.H., Chang H.F. Thin-plate spline (TPS) graphical analysis of the maxilla on cephalometric radiograph // Dentomaxillofac. Radiol. –2003. – Vol. 37. – P. 122.
12. Stock, W., R.Hierner, E.Dielert et al. The iliac crest region: donor site for vascularized boneperiosteal and soft tissue flap // Ann Plast Surg.–1991.–Vol.26.–P.105-109.
13. Buzruzkoda 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. – T. 2. – №. 1. – С. 162-166.
14. Rizaev Elyor Alimdjanovich, & Buzruzkoda Javokhirkhon 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>
15. Rizaev, E. A., & Buzruzkoda, 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.

16. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОННО-АРТИКУЛЯЦИОННОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. Conferencea, 195-196.
17. Мусурманов Ф. И., Кубаев А. С., Пулатова Б. Ж. METABOLIK SINDROM BILAN KESHAYOTGAN YUZ-JAG ‘SONASI FLEGMONALARINING KLINIKO-IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
18. Мусурманов, Ф. И., Максудов, Д. Д., Исмаев, Н. С., & Пулатова, Б. Ж. (2020). Принципы защитных мероприятий при оказании неотложной помощи у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. In Научные исследования молодых ученых (pp. 167-169).
19. 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>.

Islamova Nilufar Bustanovna
Samarkand State Medical University**STUDIES OF THE CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES IN ELDERLY WOMEN AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>**ANNOTATION**

During menopause, irreversible changes in the hormonal function of the ovaries occur, the concentration of estrogens decreases. It is during this period that a progressive increase in various diseases is noted. The study of the dental status in menopausal women has proven the existence of a relationship between a decrease in estrogen concentration and a sharp increase in dental diseases. Because the oral mucosa and salivary glands contain estrogen receptors, changes in hormonal levels can be seen directly in the mouth. Leimola-Virtanen et al confirmed the presence of estrogen mRNA and immunoreactive protein in the oral mucosa and salivary glands, which also confirms its biological role. Thus, the climacteric period is characterized by a disorder of metabolism and function in the tissues of the oral cavity. As a result, tooth loss, periodontal disease, increased bone resorption of the alveolar processes are observed.

Keywords: menopause, generalized periodontitis, postmenopausal period, diseases of the oral mucosa.

Исламова Нилуфар Бустановна
Самаркандский государственный
медицинский университет

ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**АННОТАЦИЯ**

В период менопаузы происходят необратимые изменения гормональной функции яичников, снижается концентрация эстрогенов. Именно в этот период отмечается прогрессирующий рост различных заболеваний. Изучение стоматологического статуса у женщин в климактерическом периоде доказало наличие взаимосвязи между снижением концентрации эстрогенов и резким ростом стоматологических заболеваний. Поскольку слизистая оболочка полости рта и слюнные железы содержат рецепторы эстрогена, изменения уровня гормонов можно наблюдать непосредственно во рту. Leimola-Virtanen и соавт. подтвердили наличие мРНК эстрогена и иммунореактивного белка в слизистой оболочке полости рта и слюнных железах, что также подтверждает их биологическую роль. Таким образом, климактерический период характеризуется нарушением обмена веществ и функций в тканях полости рта. В результате наблюдается потеря зубов, пародонтоз, усиление резорбции костной ткани альвеолярных отростков.

Ключевые слова: менопауза, генерализованный пародонтит, постменопаузальный период, заболевания слизистой оболочки полости рта.

Исламова Нилуфар Бустановна
Самарканд давлат тиббиёт университети

YOSHI KATTA AYOLLARNING PARODONT TO‘QIMASI HOLATINI O‘RGANISH VA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH**ANNOTATSIYA**

Menopauza davrida tuxumdonlarning gormonal funksiyasida qaytarilmas o‘zgarishlar yuz beradi, estrogenlarning konsentratsiyasi kamayadi. Aynan shu davrda turli kasalliklarning progressiv o‘shishi qayd etilgan. Menopauzadagi ayollarda tish holatini o‘rganish estrogen konsentratsiyasining pasayishi va stomatologik kasalliklarining keskin o‘shishi o‘rtasidagi bog‘liqlik mavjudligini isbotladi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati va so‘lak bezlarida estrogen retseptorlarini o‘z ichiga olganligi sababli, gormonal darajadagi o‘zgarishlarni bevosita og‘izda ko‘rish mumkin. Leimola-Virtanen va boshqalar og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati

va so‘lak bezlarida estrogen mRNK va immunoreaktiv oqsil mavjudligini tasdiqladilar, bu ham uning biologik rolini isbotlaydi. Shunday qilib, klimakterik davr og‘iz bo‘shlig‘i to‘qimalarida metabolizm va funksiyalarning buzilishi bilan tavsiflanadi. Natijada, tishlarning yo‘qolishi, parodont kasalligi, alveolyar jarayonlardagi suyak rezorbsiyasi kuchayishi kuzatiladi.

Kalit so‘zlar: menopauza, umumiy parodontit, postmenopauza davri, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklari.

Introduction. During menopause, irreversible changes in the hormonal function of the ovaries occur, the concentration of estrogens decreases. It is during this period that a progressive increase in various diseases is noted [2]. The study of the dental status in menopausal women has proven the existence of a relationship between a decrease in estrogen concentration and a sharp increase in dental diseases [5]. Because the oral mucosa and salivary glands contain estrogen receptors, changes in hormonal levels can be seen directly in the mouth. Leimola-Virtanen et al confirmed the presence of estrogen mRNA and immunoreactive protein in the oral mucosa and salivary glands, which also confirms its biological role [9].

Thus, the climacteric period is characterized by a disorder of metabolism and function in the tissues of the oral cavity [10]. As a result, tooth loss, periodontal disease, increased bone resorption of the alveolar processes are observed.

The purpose of the study: to study the clinical and microbiological manifestations and mechanisms of development of dental diseases in postmenopausal women.

Material and methods: we examined 40 postmenopausal women with various diseases of the oral cavity. The control group of patients were women who are not in the postmenopausal period with dental diseases.

Results and discussions: All participants of the study underwent a comprehensive examination: hygienic and periodontal indices (OHI-S hygiene index, PI periodontal index), pH of mixed saliva was measured, sialometry was performed according to the method of M.M. Pozharitskaya, studied the microflora of the oral cavity by PCR (polymerase chain reaction).

When collecting anamnesis, it was revealed that most often women of group I complained of bleeding gums (13.3%) and bad breath (6.7%). Group II patients complained of bleeding gums (66%), bad breath (43.9%), exposure of the roots of the teeth (15.3%), tooth mobility (16.1%), and 40% of women had complaints of dry mouth. While 26.7% of postmenopausal women taking HRT complained of bleeding gums, 18.1% complained of dry mouth and bad breath.

According to the results of the survey, postmenopausal women taking HRT 2.3 times less complained of bleeding gums (27.7%) and dry mouth (17.1%) compared with women not taking HRT (63%; 40% respectively). 18.1% of women taking HRT noted bad breath, which is 2.5 times less than women not taking HRT (43.9%), but 3 times more than in the control group (5.8%). Postmenopausal women, regardless of whether they take HRT or not, were 3 times more likely to have a white coating on the tongue (18.1%, 15.3%, respectively) than women in the control group (6.7%). Burning sensation in the oral cavity was noted by 5.7% of women in group II and 3.9% in group III.

Attention was also paid to the TMJ, noting the symmetry of the face and movements of the mandible when opening the mouth, pain when moving the mandible, and the range of vertical and lateral movements of the mandible. In 22.6% of group I 49, in 40% of group II and 45.7% of group III women, a deviation was observed, manifested by a displacement of the lower jaw to the side at the beginning and a return to the midline in the middle of opening the mouth by 2 mm. None of the subjects had limited range of vertical and lateral movements. 2.9% - group I, 14.3% -

group II and 11.5% - group III sometimes noted clicks during the movement of the lower jaw.

When examining the oral cavity, such non-carious lesions of the teeth as erosion were noted, which were detected in 2.8% of women in group II. Wedge-shaped defects were noted in 17.1% of group I, 54.3% of group II and 62.8% of group III women. Pathological tooth wear was detected in 17.1% of group II and 14.2% of group III women, but there were no significant differences between the groups ($p > 0.05$).

The clinical examination included the determination of the KPU index, the OHI-S hygiene index, the periodontal index PI, the measurement of the pH of the mixed saliva, sialometry, and the assessment of the microflora of the oral cavity by PCR (polymerase chain reaction).

In the study of the intensity of tooth decay by caries, it was found that in group I, the average value of the KPU index = 13.58 ± 6.35 (moderate level of caries intensity), in group II, KPU = 18.8 ± 6.17 (very high level of caries intensity), and in group III, the KPU index = 16.45 ± 6.2 (high level of caries intensity).

When examining the level of oral hygiene, it was found that the OHI-S hygiene index, which takes into account both the amount of plaque and tartar, in group I was 1.83 ± 1.1 , in group II - 2.89 ± 0.89 , in group III - 3.24 ± 1.6 . A statistically significant difference was found between groups I and II, groups II and III ($p < 0.05$), and between groups I and III there were no significant differences in relation to the values of group parameters ($p > 0.05$).

To determine the severity of periodontal disease, the periodontal index PI was used, which showed that its value in women who do not take HRT is 2.31 ± 1.29 , which corresponds to the average degree of periodontal pathology and is 2 times more than in women taking HRT and 5 times more than in the control group. In women taking HRT, the value of the periodontal index PI is 1.16 ± 0.75 , which corresponds to the initial and mild degree of periodontal pathology, and in the control group - 0.46 ± 0.56 .

An objective examination of patients showed increased saliva viscosity, combined with foaminess in 51.4% of women not taking HRT, and in 25.7% of women taking HRT.

Sialometry according to the method of M.M. Pozharitskaya allows you to determine the amount of mixed unstimulated saliva. The greatest hyposalivation in the oral cavity was observed in women not taking HRT, and the average for the group was 2.1 ± 0.28 ml at a rate of 4.1 ml.

In the study of the pH of mixed saliva in women in group I, the average value reached 7.04 ± 0.35 , in group II, pH = 6.48 ± 0.33 , and in group III, the average pH = 6.94 ± 0.36 .

Analysis of samples of the contents of periodontal pockets showed that *A. actinomycetemcomitans*, a gram-negative non-motile facultative anaerobic coccobacillus, was found in 22.9% of women in group I, 51.4% in group II and 37.1% in group III. It was found that *A. actinomycetemcomitans* occurs 1.4 times more often in women who do not take HRT compared to women taking it and 2.2 times more often than in the control group. At the same time, a significant difference ($p < 0.05$) is observed only between groups I and II.

The frequency of occurrence of *T. denticola*, which is able to organize associations with other bacteria, especially with *P.*

gingivalis and *T. forsythia*, is 37.1% in group I, 54.3% in group II and 51.4% in group III, but no significant difference ($p > 0.05$) between groups was found. *T. forsythia*, which most strongly promotes cell apoptosis, was found in 51.4% in group I, in 80% in group II, and in 45.7% in group III. A significant difference was found between groups I and II, II and III. Periodontopathogen *P. gingivalis*, as the most aggressive bacterium, was found in 11.4% of women in group I, 77.1% in group II and 28.6% in group III, respectively. It was shown that *P. gingivalis* occurs 6.7 times more often in group II than in group I and 2.7 times more often than in group III.

P. intermedia was found in 11.3% of women in group I, in 74.3% in group II and in 25.7% in group III, respectively. *P. intermedia* is 6.6 times more common in group II than in group I and 2.9 times more common than in group III. At the same time, there is a significant difference between *P. gingivalis* and *P. intermedia* ($p < 0.05$) between groups I and II, II and III. There was no significant difference between the qualitative composition of the microflora of periodontal pockets in groups I and III (control and the group of women taking HRT) ($p > 0.05$).

Most often, in women not taking HRT, *P. gingivalis*, *P. intermedia*, and *T. forsythia* were detected, in contrast to women taking HRT. *A. actinomycetemcomitans* and *T. denticola* as part of the subgingival microflora were found regardless of the use of HRT and were detected in a smaller number of patients.

The study also revealed Epstein-Barr virus in 11.4% of women in group I, 20% in group II and 17.1% in group III. Herpes simplex virus was found in 17.1% of the women of group I, 25.7% of group II and 28.6% of group III. *Candida albicans* was found in 5.7% of women of group I, 25.7% of group II and 20% of group III, and a significant difference was found between groups I and II, II and III ($p < 0.05$).

In all patients of the control group, in whom a periodontopathogen was detected, the amount was relatively low and did not exceed 105 units/ml.

Spearman's rank correlation method was used to identify the relationship between the degree of clinical indicators and the composition of the microflora of periodontal pockets.

The relationship between an increased number of *A. actinomycetemcomitans* in the contents of the periodontal pocket with a low level of oral hygiene according to the OHI-S index ($r=0.503027$) and with the severity of periodontitis ($r=0.505208$) was revealed. A negative correlation was observed with the pH of the mixed saliva ($r=-0.456773$).

Literature.

1. Asrorovna, X. N., Baxriddinovich, T. A., Bustanovna, I. N., Valijon O'g'li, D. S., & Qizi, T. K. F. (2021). Clinical Application Of Dental Photography By A Dentist. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(09), 10-13.
2. Bustanovna I. N. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
3. Bustanovna I. N., Sharipovna N. N. Research cases in women after menopause clinical and morphological changes in oral organs and their analysis //Journal of biomedicine and practice. – 2023. – Т. 8. – №. 3.
4. 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.
5. Islamova N. B., Sh N. N. STUDY OF CHANGES IN PERIODONTAL DISEASES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN //Conferences. – 2023. – С. 15-17.
6. Nazarova N. S., Islomova N. B. postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rsatmalari va mexanizmlari //Журнал " Медицина и инновации". – 2022. – №. 2. – С. 204-211.

T. denticola

No correlation was found between the amount of *T. denticola* in periodontal pockets and clinical parameters.

P. gingivalis

The content of *P. gingivalis* moderately correlated with the level of oral hygiene ($r=0.469771$). A negative relationship between the content of *P. gingivalis* and the pH of mixed saliva ($r=-0.491576$) was revealed.

T. forsythia

The amount of *T. forsythia* in the contents of periodontal pockets moderately correlated with the level of oral hygiene ($r=0.376309$), and to a greater extent with the severity of periodontitis ($r=0.552702$). A negative correlation was also found with the pH of the mixed saliva.

P. intermedia

The level of *P. intermedia* depended on the severity of periodontitis ($r=0.416681$).

According to the results of the study, a statistically significant relationship was revealed between oral hygiene and the severity of periodontitis with the quantitative composition of periodontopathogens of group II ($p < 0.05$).

Conclusion. Thus, the greater sensitivity of the above indices is associated with the peculiarities of the pathogenesis of menopause, namely with estrogen deficiency. The content of estrogen receptors on the oral mucosa plays a direct role in the development of dental diseases [9]. During menopause, the angioprotective effect of estrogens weakens, followed by damage to the structures of the hemomicrocirculatory bed. Also during this period, the production of osteoclasts increases, the production of osteoblasts decreases, the absorption of calcium in the intestine decreases, the lack of vitamin D, which leads to increased bone resorption.

Due to estrogen deficiency, there is a decrease in intestinal absorption of calcium in the body, which in turn leads to disturbances in the regulation of calcium-phosphate metabolism and increased calcium release not only into the blood serum, but also into saliva [6]. Therefore, a high concentration of calcium in the saliva of menopausal women can lead to faster plaque mineralization and, consequently, to an increase in stone formation, which has a direct impact on the progression of gingivitis and periodontitis [9;1]. Thus, the pathogenesis of menopause affects the state of all structures of the oral cavity.

7. Rizaev Elyor Alimdjaniyovich, & Buzrukzoda Javokhirkhon 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>
8. 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.
9. Sharipovna N. N., Bustanovna I. N. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopausal women //Frontline medical sciences and pharmaceutical journal. – 2022. – Т. 2. – №. 05. – С. 60-67.
10. Sharipovna N. N., Bustanovna I. N. Etiopatogenetic factors in the development of parodontal diseases in post-menopausal women //The american journal of medical sciences and pharmaceutical research. – 2022. – Т. 4. – №. 09.
11. Исламова Н. Б. Гемодинамика тканей пародонта зубов по данным реопародонтографии //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 101-104.
12. Исламова Н. Б. и др. СОСТОЯНИЕ КРИСТАЛЛООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СЛЮНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 470-471.
13. Исламова Н. Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КРОВИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ //Наука в современном мире: теория и практика. – 2016. – №. 1. – С. 41-44.
14. Исламова Н. Б., Исламов Л. Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ //ББК. – 2021. – Т. 56. – С. 76.
15. Исламова Н. Б., Назарова Н. Ш. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ //Conferences. – 2023. – С. 13-15.
16. Исламова Н. Б., Назарова Н. Ш. СУРУНКАЛИ ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ПОСТМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРИНИНГ ПАРОДОНТ ТЎҚИМАСИНИНГ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ОШИРИШ //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 2.
17. Исламова Н. Б., Чакконов Ф. Х. Изменения в тканях и органах рта при эндокринных заболеваниях //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 320-326.
18. Назарова Н., Исламова Н. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopausal women //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 60-67.
19. 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>.
20. Содикова Ш. А., Исламова Н. Б. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 434-440.

Ахророва Малика Шавкатовна
Самаркандский Государственный
Медицинский Университет

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ФИКСАЦИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ В ПОЛОСТИ РТА



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

В настоящее время отмечается высокий процент распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗД) среди всех категорий населения. У подростков с другими стоматологическими заболеваниями частота возникновения АСА возрастает в среднем до 58,9%. Оптимальное здоровье полости рта является неотъемлемой частью общего состояния здоровья человека. Плохое здоровье полости рта может значительно снизить качество жизни человека, негативно повлиять на его функции, такие как питание, речь и улыбка, а также на его социальную жизнь. Поэтому необходимо оценить качество жизни, связанное со здоровьем полости рта. Ортодонтическое лечение с помощью брекетов – популярный вид медицинского вмешательства. В результате этой процедуры человек получает более привлекательную улыбку, правильный прикус, становится удобнее пережевывать пищу и повышается самооценка.

Ключевые слова: брекет-система, непрямая и прямая фиксация, бондинг, ортодонт.

Axrorova Malika Shavkatovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

OG'IZ BO'SHLIG'IDA BREKET-TIZIMINI FIKSASIYALASHNING - ANIQLIK VA SAMADORLIGI YUQORI BO'LGAN O'ZGARTIRILGAN TEXNIKASI

ANNOTATSIYA

Hozirgi vaqtda aholining barcha toifalari orasida tish-jag' anomaliyalar va deformatsiyalarining (TJAD) yuqori darajada tarqalishi kuzatilmoqda., O'smirlar va bolalarda tish-jag' anomaliyalari boshqa tish kasalliklari bo'lgan karies va parodont kasalliklaridan keyin uchinchi o'rinda turib, TJA bilan kasallanish o'rtacha 58,9% gacha ko'tariladi. Optimal og'iz salomatligi inson salomatligining ajralmas qismidir. Og'iz bo'shlig'i sog'lig'ining yomonligi insonning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi, uning ovqatlanish, gapirish va tabassum kabi funktsiyalariga, shuningdek, ijtimoiy hayotiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shuning uchun og'iz bo'shlig'i salomatligi bilan bog'liq hayot sifatini baholash kerak. Breketlar bilan ortodontik davolash tibbiy muolajaning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ushbu muolaja natijasida odam yanada jozibali tabassumni, to'g'ri tishlovga ega bo'ladi, shuningdek ovqatni chaynash qulayroq bo'ladi va o'zini o'zi qadrlashi oshadi.

Kalit so'zlar: breket-tizimi, bilvosita va to'g'ridan-to'g'ri fiksatsiya, bonding, ortodont

Axrorova Malika Shavkatovna

Samarkand State Medical University

MODIFIED TECHNIQUE FOR FIXING BRACKET SYSTEMS IN THE ORAL CAVITY

ANNOTATION

Currently, there is a high percentage of prevalence of dentoalveolar anomalies and deformities (DAD) among all categories of the population [8,10,11]. in adolescents with other dental conditions, the incidence of ASA rises to an average of 58.9%. Optimal oral health is an integral part of a person's overall health. Poor oral health can significantly reduce a person's quality of life, negatively affect their functions such as eating, speaking and smiling, as well as their social life [1]. Therefore, it is necessary to assess the quality of life associated with oral health. Orthodontic treatment with braces is a popular type of medical intervention. As a result of this procedure, a person receives a more attractive smile, a correct bite, it becomes more convenient to chew food and self-esteem increases.

Key words: bracket-system, indirect and direct fixation, bonding, orthodontist,

Введение: В современном мире расширены показания для ортодонтического лечения, в связи с чем большую распространенность получила несъемная ортодонтическая техника, а именно брекет-система, которая применима с минимальными ограничениями возраста.

Все ортодонты разделяют цель достижения отличных результатов при клиническом лечении пациентов. Несмотря на всю сложность, успех лечения зависит от правильного расположения брекетов во время фиксации, что упростит последующие этапы ортодонтического лечения и повысит предсказуемость результатов.

Задача брекетов – исправить прикус и сдвинуть зубы. Внедрение адгезии стало революцией в ортодонтии и упростило процедуры фиксации аппаратов. От их правильной установки зависит исход всего лечения. Эти маленькие замочки - брекеты фиксируются во рту строго по специальной схеме. Все это занимает довольно много времени и требует высокого профессионализма от ортодонта и терпения от пациента. Правильное размещение брекетов имеет решающее значение в ортодонтическом лечении, и при использовании подходящей дуги достигается желаемый механический эффект. Неточности в расположении брекетов могут привести к нежелательному перемещению зубов: незапланированному торку, вращению и протрузии. Сама технология фиксации брекета на внешней или внутренней стороне зубов называется бондингом – это «приклеивание» металлического приспособления к зубной эмали. Время, затрачиваемое на фиксацию брекетов, является важным фактором, влияющим на эффективность и длительность лечения, а необходимость повторной фиксации брекетов может замедлить ход лечения. В ортодонтии практикуется две технологии установки брекет-аппаратов – прямая и непрямая.

Прямой способ традиционный, его используют повсеместно. Прямая фиксация брекетов - это классический способ установки брекет-системы по одному на каждом зубе. Ортодонт фиксирует брекеты, непосредственно на каждую зубную поверхность в соответствии с метками на панорамных снимках. Данный вид фиксации довольно трудоемкий, работа в среднем длится час-полтора. Пациенту сложно так долго удерживать рот открытым. Доктор же вынужден единообразно выполнить достаточно большой объем работы.

Техника непрямого фиксации выделяется тем, что позволяет лучше трехмерную визуализацию положения зубов и, как следствие, большую точность при позиционировании брекетов, поскольку процедура проводится в лаборатории с последующим переносом в ротовую полость пациента. Преимущество данного метода было подтверждено с многими авторами, что ошибки, связанные с позиционированием брекетов непрямым методом, были сведены к минимуму, когда не прямая фиксация была выбрана вместо прямой, при любом из трех аспектов наблюдения: высота, мезиодистальное положение и угол наклона. Лучшее позиционирование по высоте также показало более высокую техническую точность.

Другими преимуществами, связанными с непрямым бондингом, являются: сокращение времени пребывания в кресле, меньшая потребность в компенсационных изгибах, снижение физического и психического напряжения, поскольку клиническая процедура проще, чем прямой бондинг, и больший комфорт для пациента.

Внеротовая установка брекетов была разработана в 1972 году Silvermann [9]. Положение аппарата планируют и фиксируют на гипсовой модели, а затем переносят в полость рта. Непрямая фиксация — это точный и экономичный метод установки брекетов, популярность которого в последние годы растет. Позиционирование брекетов облегчается за счет непрямого связывания, поскольку оно обеспечивает прямой и лучший обзор зубов модели во всех плоскостях. Непрямая фиксация имеет некоторые преимущества, такие как более короткое клиническое время, больший комфорт для пациента, более точное позиционирование брекетов и меньшее накопление зубного налета вокруг брекетов. Однако этот метод также имеет недостатки, такие как время работы в лаборатории, более высокая стоимость, и наличие остатков клея в основании брекета, что может ухудшить адгезию.

Несмотря на сложность, успех лечения зависит от правильного позиционирования брекетов во время фиксации, что упростит последующие этапы ортодонтического лечения, а также повысит предсказуемость результатов. В этом плане техника непрямого бондинга выделяется тем, что позволяет лучше трехмерно визуализировать положение зубов и, как следствие, большую точность при позиционировании брекетов. Это преимущество было подтверждено Hodge et al. [3], которые обнаружили, что ошибки, связанные с позиционированием брекетов, были сведены к минимуму, когда не прямая фиксация была выбрана вместо прямой фиксации, при любом из трех аспектов наблюдения: рост, мезиодистальное положение и угол наклона. Лучшее положение по высоте также наблюдали Koo et al, [4], в то время как Aguirre et al [5], подчеркнули более высокую техническую точность, обеспечиваемую не прямой техникой, используемой для изгиба брекетов на верхнечелюстных и нижнечелюстных клыках при позиционировании по высоте на верхнечелюстных клыках.

Цель: Сравнить эффективность и точности ортодонтического лечения, используя прямой и не прямой метод фиксации брекетов.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 48 пациентов в возрасте 12-18 лет. 26 пациентам была установлена мультибондинг система на обоих зубных рядах по протоколу прямой фиксации, и 22 пациентам с помощью метода не прямой фиксации. Оценивали эстетический, физиологический критерии, а также продолжительность лечения и стабильность полученных результатов. Также изучался уровень ощущения боли и дискомфорта у пациентов с помощью анкетирования. У всех пациентов получены письменные согласия на проведения анкетного сбора, а также на обследование.

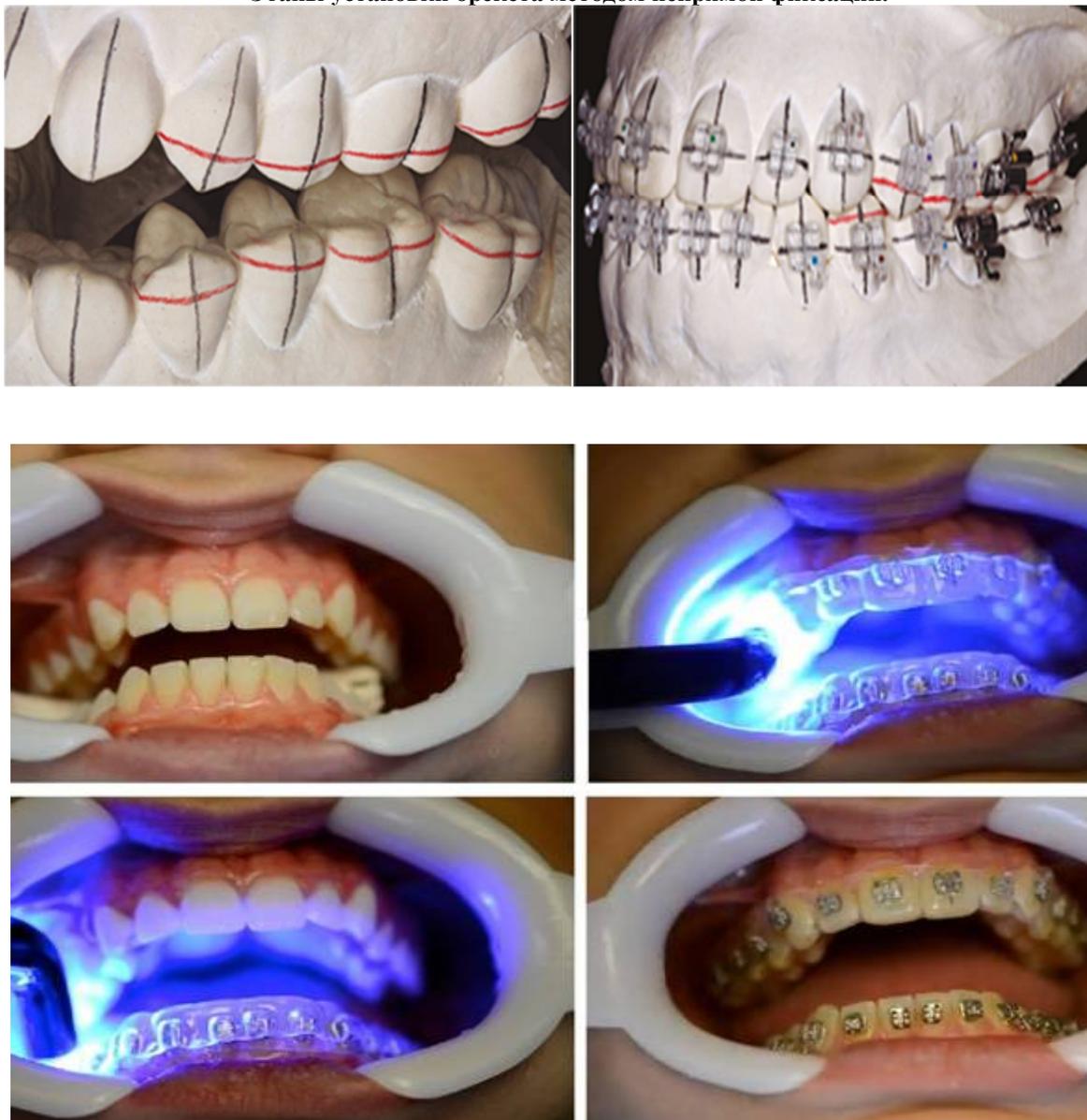
Рис. 1

Метод фиксации мультибондинг системы



Рис. 2

Этапы установки брекета методом непрямой фиксации.



Результаты исследования и их обсуждение: Метод непрямой фиксации брекетов позволяет точно установить брекет в правильной позиции. Данный метод позволяет сократить затраты времени врача ортодонта при установке

мультибондинг системы. Также позволяет сократить время нахождения пациента в кресле и обеспечивает максимально комфортную процедуру установки брекет-системы.

Опрос пациентов показал, что дискомфорт при прямом методе ощущали 80% пациентов, тогда как при непрямом - всего 5%. А по времени тоже превосходил не прямой метод,

т. е. брекеты были установлены на верхнюю и нижнюю челюсти за 40-50 минут, при прямом методе этот процесс занял 2-3 часа. Почти 95% пациентов с не прямой фиксацией имели стабильные брекеты до конца лечения, а у 20% пациентов с прямой фиксацией брекеты были переклеены.

Таблица 1.

Описание	Прямая фиксация	Непрямая фиксация
Способ	Брекеты устанавливаются на каждый зуб по отдельности	Брекеты находятся в каппе, которая одевается сразу на все зубы
Время установки брекетов	1-1,5 часа на один зубной ряд	20-25 мин на один зубной ряд
Точность расположения брекета	средняя (особенно при скученности и на задних зубах)	высокая
Комфорт	средний (пациент устает долго находиться в кресле врача)	высокий
Время лечения	может увеличиваться за счет необходимости дополнительных посещений на переклейку брекетов	согласно плану лечения
Дополнительные посещения	как правило, требуются (переклеивание брекетов, нанесение корректирующих изгибов)	как правило, не требуются

Непрямая фиксация брекетов отличается более высокой точностью процесса и меньшей напряжённостью, особенно для пациента. Изготовленная гипсовая модель даёт возможность рассмотреть её в самых мелких деталях, проанализировать положение всех элементов и своевременно внести необходимую корректировку. Созданная на её основе каппа, полностью соответствует имеющейся форме зубов. Во время установки на образец можно активно использовать диагностическую информацию. Все это делает метод не прямой фиксации максимально точным и грамотным.

Плюсы метода связанными с не прямой фиксацией, являются:

1. сокращение времени пребывания пациента в кресле
2. небольшая потребность в компенсационных наклонах
3. снижение физического и умственного стресса, поскольку клиническая процедура проще, чем прямая фиксация.
4. все брекеты устанавливаются вместе, а не по отдельности, что сокращает время, проведенное пациентом в стоматологическом кресле.
5. сокращение времени лечения за счет предельной точности.
6. стабильный и предсказуемый результат – в ходе лечения не возникает никаких «неожиданностей».
7. лечение более комфортно, так как болезненные изгибы сведены к минимуму.

Минусы метода: время, затраченное на предварительное изготовление модели, каппы и всей системы.

Прямой метод фиксации традиционный способ бондинга. Имея перед глазами панорамный снимок или ортопантограмму, врач поочередно устанавливает брекеты на каждый зуб. Его основным преимуществом является возможность по мере необходимости скорректировать изначальный план установки брекетов и держать фиксацию каждого из них под полным контролем. Тем не менее, он является довольно трудоемким и непростым в исполнении как для врача, так и для пациента. Работа в среднем длится час-полтора. Пациенту сложно так долго удерживать рот открытым. Ортодонт вынужден единоразово выполнить достаточно большой объем работы.

Выводы: Обе методики фиксации брекетов – прямую или не прямую – успешно применяют в ортодонтии. При наличии выбора рациональнее отдать предпочтение не прямому методу, как более быстрому и безболезненному для пациента. По результатам анализа установлено, что не прямой метод фиксации брекетами имеет некоторые преимущества чем прямой метод фиксации. Метод не прямой фиксации актуальна как для начинающих врачей ортодонт. Она исключает риск ошибок и связанных с ним осложнений. Техника не прямой фиксации является лучшим методом, когда речь идет о точности установки брекетов. Однако для того, чтобы добиться успеха, метод должен предлагать достаточные критерии, позволяющие достичь этого преимущества.

Список литературы:

1. Гентнер Т.А., Ларсон Б.Е. Непрямое склеивание: техника точности и эффективности. *Семинар Ортод.* 2007 г.; 13 (1): 58–63.

2. Горелик Л., Масунага Г.М., Томас Р.Г., Захриссон Б.У. Круглый стол: склеивание. Часть 3. *J Clin Orthod.* 1978 год; 12 (12):825-37, 840-2.
3. Ходж Т.М., Дхопаткар А.А., Рок В.П., Спэри Д.Дж. Рандомизированное клиническое исследование, сравнивающее точность прямого и непрямого размещения брекетов. *Дж Ортод.* 2004 г.; 31 (2): 132–137.
4. Ку Б.К., Чанг Ч., Ванарсдалл Р.Л. Сравнение точности установки брекетов при прямой и не прямой фиксации. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999 г.; 116 (3): 346–351.
5. Агирре М.Дж., Кинг Г.Дж., Уолдрон Д.М. Оценка размещения брекетов и силы фиксации при сравнении методов прямой фиксации и не прямой фиксации. *Эм Джей Ортод.* 1982 год; 82 (4): 269–276.
6. Sondhi A. Эффективное и действенное не прямое соединение. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999 г.; 115 (4): 352–359.
7. Каланж Дж.Т., Томас Р.Г. Непрямая связь: всесторонний обзор литературы. *Семинар Ортод.* 2007 г.; 13 :3–10.
7. Бриль Е.А., Смирнова Я.В. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ В ПЕРИОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИКУСА // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. ;
8. Гия К.Ю., Данн В.Дж., Талумис Л.Дж. Сравнение силы сцепления при сдвиге ортодонтических брекетов с прямой и не прямой фиксацией. *Являюсь. Дж. Ортод. Дентофак. Ортоп.* 2003 г.; 124 : 577–581.
9. Гонтарев С. Н., Чернышова Ю. А., Гонтарева И. С. Аналитическая модель соматического статуса пациента и его взаимосвязь с ортодонтической патологией у детей и подростков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – Т. 22. – № 11-1 (154). – С. 9-14.
10. Попова Е. С., Писаревский Ю. Л., Намханов В. В. Сравнительная оценка динамики развития зубочелюстных аномалий и деформаций у школьников забайкалья // Вестник Бурятского государственного университета. – 2013. – № 12. – С. 106-109.
11. Санакулов М.А., Шукуров Ш.Ш., Ахророва М.Ш. УСТАНОВКА БРЕКЕТОВ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ ФИКСАЦИИ //Проблемы биологии и медицины, 2017, №2,1 (95)-С.115
12. AKHROVA Malika Shavkatovna. Indirect bracket fixation method - modified technique for Efficiency and accuracy. *БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ.* 7 ЖИЛД, 5 СОН Стр 307-312
13. Alimdjanovich R. J., Saidolimovich K. A., Shavkatovna A. M. OPTIMIZATION OF THE REFLEXOTHERAPY METHOD FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN THE PATHOLOGY OF THE FACIAL AND JAW AREA //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 3.
14. Buzruzkoda 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.
15. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
16. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
17. Liu Z, Li C, Zhou J, Sun X, Li X, Qi M, Zhou Y. Endoscopically controlled flapless transcrestal sinus floor elevation with platelet-rich fibrin followed by simultaneous dental implant placement: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Apr;97(17):e0608. doi: 10.1097/MD.0000000000010608. PMID: 29703061; PMCID: PMC5944550.
18. Rizaev Elyor Alimdjanovich, & Buzruzkoda Javokhirkhon 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>
19. Rizaev, E. A., & Buzruzkoda, 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.
20. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. *Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery*, 677-678.
21. 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>.

Исхакова Фотима Шарифовна
Хушвакова Нилуфар Журакуловна
Гадоев Ренат Хайит углы
Ёдгоров Шамшод Норбек углы
Хожимуродов Афзалшох Бекмуродович
Самаркандский государственный медицинский университет

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

В данной статье показана оптимизация диагностики и лечения аллергического ринита у пациентов с бронхиальной астмой. Научно доказано, что пациенты с обострением аллергического ринита испытывают затрудненное дыхание через нос, ринорею, чихание, аллергический кашель, а пациенты с бронхиальной астмой испытывают стеснение в груди, одышку, удушье, свистящее дыхание и отмечается расширение ноздрей. Также в статье представлены выводы и рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения аллергического ринита у больных бронхиальной астмой (молекулярно-генетический анализ).

Ключевые слова: Аллергический ринит, бронхиальная астма, ринорея, одышка, хрипы, кашель.

Iskhakova Fotima Sharifovna
Khushvakova Nilufar Zhurakulovna
Gadoev Renat Khayit son
Yodgorov Shamshod Norbek son
Khozhimurodov Afzalshoh Bekturodovich
Samarkand State Medical University

CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF ALLERGIC RHINITIS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

ANNOTATION

This article shows the optimization of the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in patients with bronchial asthma. It has been scientifically proven that patients with an exacerbation of allergic rhinitis have shortness of breath, rhinorrhea, sneezing, allergic cough, and patients with bronchial asthma experience chest tightness, choking, wheezing and dilated nostrils. Also, the article displays conclusions and recommendations for improving the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in patients with bronchial asthma (molecular genetic analysis).

Key words: Allergic rhinitis, bronchial asthma, rhinorrhea, shortness of breath, wheezing, cough

Isxakova Fotima Sharifovna
Xushvakova Nilyufar Jurakulovna
Gadoev Rinat Hayit o'g'li
Yodgorov Shamshod Norbek o'g'li
Xojimurodov Afzalshoh Bekturodovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

BRONXIAL ASTMA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA ALLERGIK RINITNING KLINIK VA GENETIK ASPEKTLARI

ANNOTATSIYA

Ushbu maqola bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda allergik rinitni tashxislash va davolashni optimallashtirishni ko'rsatadi. Allergik rinit bilan og'rigan bemorlarda kasallikni kuchayish davrida burun orqali nafas olish qiyinlashishi, rinoreya, aksirish,

allergik yoʻtal, bronxial astma bilan ogʻrigan bemorlarda esa koʻkrak qafasi siqilishi, nafas qisilishi, boʻgʻilish, xirillash va burun teshiklari kengayishi ilmiy jihatdan isbotlangan. Maqolada, shuningdek, bronxial astma (molekular genetik tahlil) bilan ogʻrigan bemorlarda allergik rinitni tashxislash va davolashni takomillashtirish boʻyicha xulosalar va tavsiyalar keltirilgan.

Kalit soʻzlar: Allergik rinit, bronxial astma, rinoreya, nafas qisilishi, xirillash, yoʻtal.

Ведение: Распространенность аллергического ринита и бронхиальной астмы за прошедшее столетие выросла в десятки раз. В мире аллергическими ринитами страдают 10-30% взрослых и до 40% детей [2].

Аллергический ринит (АР) заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением, развивающимся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа. АР не являются угрожающими для жизни, однако они создают значительный дискомфорт, с развитием ограничения в физических, психологических и социальных аспектах жизни населения, резко снижают работоспособность и качество жизни человека. Снижение качества жизни пациента отражается на производительности труда, его социальной и психологической адаптации [8]. Важность данной проблемы обусловлена еще и тем, что АР тесно связан с такими весьма распространенными заболеваниями, как острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит, а поздняя диагностика АР и несвоевременное назначение патогенетической терапии могут привести к появлению осложнений и развитию бронхиальной астмы (БА).

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся следующими симптомами: полная или частичная ренобуструкция дыхательных путей, спазм гладкой мускулатуры бронхов, отек слизистой оболочки, инфильтрация подожного слоя воспалительными клетками, гиперсекреция слизистой оболочки, утолщение базальной мембраны; эпизоды кашля, хрипов, стеснения в груди, которые возникают под воздействием специальных триггерных факторов и в особенности возникают вечером или утром; респираторная гиперреактивность. Бронхиальная астма - одно из самых распространенных хронических заболеваний детского возраста. В структуре рецидивирующей бронхолегочной патологии астма составляет 50-60% [1]. Эпидемиологические данные показывают, что 5-20% детей инфицированы БА, по данным ISAAC (Международная органическая организация по астме и аллергии у детей).

Известно, что 30-60% больных АР страдают БА, в то же время 75% больных БА имеют АР [5]. Высказывают предположения, что адекватная терапия АР может привести к улучшению течения БА.

Начало эпидермальной сенсибилизации (шерсть животных, перьевые подушки и т.д.) часто начинается одновременно с респираторной аллергией, на этой стадии респираторная аллергия возникает с ринофарингитом, ларинготрахеитом и «незначительными» формами респираторной аллергии. Иногда респираторные аллергические заболевания ошибочно диагностируются как инфекционные, что, в свою очередь, приводит к употреблению нескольких лекарств и развитию лекарственной аллергии [7].

В литературе все чаще признается связь между астмой и АР (аллергическим ринитом). Однако следует отметить, что есть и другие пациенты: пациенты с неатопической астмой и пациенты без АР. [6]. Хотя эти расстройства выходят за

рамки настоящего обзора, признано, что многие пациенты с неаллергической астмой имеют неаллергический ринит и/или синусит. Связь между этими проблемами может быть не такой тесной, как связь между аллергической астмой и АР; тем не менее, это подтверждается некоторыми исследованиями. Саймонс рассмотрел некоторые из ранних концепций, связывающих АР и астму, и предположил, что связь между ними была известна на протяжении веков, но эта специализация в медицине, а также в лекарствах привела к перспективе отдельных заболеваний [10].

Лечение АР обычно включает различные формы антигистаминных и противоотечных средств, а также глюкокортикостероидов. Основное внимание в настоящем обзоре уделяется лечению, которое эффективно при обоих заболеваниях, в частности, антагонистах лейкотриеновых рецепторов (LTRA) [4].

Цель исследования — усовершенствовать диагностику и лечение аллергического ринита у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования 1. Если у родителей ребенка нет атопии, риск развития заболевания у ребенка составляет 0-20%.

2. Если симптомы атопии присутствуют только у отца, у ребенка развиваются симптомы атопии у 33% и астмы у 25%.

3. Если симптомы атопии присутствуют только у матери, то атопия встречается у 48% братьев и сестер, а астма - у 38% детей.

4. Если у отца и матери есть симптомы атопии, то риск развития атопии и бронхиальной астмы составляет 60-100%.

Гиперчувствительность к аллергенам окружающей среды, игнорируемая иммунной системой здорового человека, передается по наследству. При наследственной предрасположенности к атопическим заболеваниям БА начинается в раннем возрасте и протекает в тяжелой форме. Наиболее частой причиной БА у детей раннего возраста является острая респираторная вирусная инфекция с сильным сенсибилизирующим действием на организм, поражающая дыхательные пути, повышающая проницаемость слизистых оболочек для различных аэроаллергенов, в то время как антигенные свойства вирусов требуют иммунологического ремоделирования макроорганизма во время инфекционного процесса. У маленьких детей длительное время БА заменяют «ОРВИ с обструктивным синдромом», «рецидивирующим обструктивным бронхитом» и назначают нерациональное лечение [9]. Спустя много лет у ребенка диагностируется типичная бронхиальная астма. после провокации антигеном наблюдается увеличение количества Т-клеток, продуцирующих IL-5, в костном мозге и увеличение высокоаффинного рецептора IL-5, что связано с повышенным количеством предшественников эозинофилов. Этот процесс, скорее всего, связан с ретроградной миграцией антиген-специфических Т-клеток из дыхательных путей в костный мозг, где антиген-специфические Т-клетки могут продуцировать ряд цитокинов и помогать высвобождать и дифференцировать клетки-предшественники. Клетки-предшественники могут

быть обнаружены вдоль всех дыхательных путей у лиц с атопией и могут дифференцироваться в зрелые эозинофилы в ответ на локальную антигенную стимуляцию. Мета-анализ исходов астмы и лечения ринита интраназальными кортикостероидами не показал какого-либо значительного улучшения симптомов астмы или функции легких, хотя сообщалось о тенденции в пользу интраназальных кортикостероидов. У неастматических детей с аллергическим ринитом интраназальные кортикостероиды значительно улучшали гиперреактивность дыхательных путей к метахолину, но не влияли на симптомы астмы.

Интраназальные кортикостероиды предотвращают повышение реактивности бронхов, связанной с сезонным воздействием пыльцы, у пациентов с аллергическим ринитом, страдающих астмой. Сообщалось также, что другие противовоспалительные препараты (монтелукаст и цетиризин) при использовании у пациентов с ринитом улучшают симптомы астмы и уменьшают использование агонистов β_2 .

Наши исследования показали, снижение частоты обострений астмы у пациентов с сопутствующим аллергическим ринитом, когда эти пациенты получали какое-либо лечение ринита. Цетиризин, антигистаминный препарат, показал эффективность в облегчении симптомов верхних и нижних дыхательных путей у пациентов, страдающих сопутствующим аллергическим ринитом и астмой. Было обнаружено, что цетиризин защищает от поздней гиперреактивности бронхов, которая возникает после заражения носовым аллергеном у пациентов с аллергическим ринитом. Комбинированная терапия монтелукастом и цетиризином у астматиков с сезонным аллергическим ринитом снижает потребность в ингаляторе для экстренной помощи и улучшает функцию легких и оценку симптомов астмы в той же степени, что и ингаляционный будесонид в сочетании с интраназальным будесонидом.

Результаты. При лечении пациентов с неастматическим аллергическим ринитом ингаляционными кортикостероидами во время сезона пыльцы, некоторыми учеными было обнаружено ингибированное увеличение количества эозинофилов в крови и тканях носа, которое обычно наблюдается в сезон пыльцы. Пациенты, получавшие ингаляционный будесонид, имели значительно более легкие назальные симптомы. В недавнем клиническом исследовании у астматиков с полипозом носа, получавших монтелукаст, назальные симптомы улучшились на 70%, а клиническая оценка астмы - на 60–90%. В исследовании, сравнивающим лечение монтелукастом, одним монтелукастом с лечением ингаляционными и интраназальными кортикостероидами у пациентов с аллергическим ринитом и у пациентов с астмой, только группа, получавшая кортикостероиды, показала значительное снижение назального оксида азота и пикового потока через нос, тогда как оба лечения были эффективны для уменьшения симптомов ринита. Иммуноterapia предназначена для пациентов с аллергическим ринитом средней степени тяжести. Иммуноterapia снижает рекрутирование и активацию воспалительных клеток, а также секрецию медиаторов. В группе пациентов с аллергическим ринитом, страдающих астмой, иммуноterapia улучшила гиперреактивность метахолина и качество жизни, а также уменьшила симптомы сезонной астмы. Снижение чувствительности к аллергенам не только

способствует облегчению ринита, но и помогает контролировать астму (хотя и менее эффективно).

При сборе истории болезни следует учитывать следующее.

-наличие в семье атопического дерматита, аллергического риноконъюнктивита, бронхиальной астмы или других атопических заболеваний.

Наличие одного из следующих симптомов:

- кашель, усиливающийся к вечеру;
- многократный свист;
- повторяющиеся эпизоды затрудненного дыхания;
- чувство стеснения в груди.

Возникновение или ухудшение симптомов:

- ночью, вечером;
- при контакте с животными;
- химическими аэрозолями;
- домашняя пыль;
- опыление цветов;
- табачный дым;
- при понижении температуры окружающей среды;
- при приеме аспирина, аденоблокаторов;
- после физических нагрузок;
- ОРВИ;
- после сильного эмоционального напряжения.

Выводы Многочисленные клинические проявления аллергического ринита часто связаны с астмой и могут влиять на клинические проявления и тяжесть астмы. Их следует обследовать и лечить соответствующим образом, чтобы определить влияние аллергического ринита на астму и улучшить контроль над астмой. Необходимы дополнительные исследования, чтобы пролить свет на взаимосвязь между аллергическим ринитом, и бронхиальной астмой, и клиническими особенностями и исходами пациентов, страдающих астмой. АР и астма часто поддаются одному и тому же лечению, что позволяет предположить, что между ними существует тесная связь. В результате в руководствах по лечению признается связь между АР и астмой и рекомендуется оценивать каждое состояние при наличии у пациента любого из расстройств. Рекомендации также поддерживают комбинированный подход к лечению как условий максимальной терапии, так и снижения лекарственной нагрузки.

Этот подход позволит более комплексно устранить симптомы как верхних, так и нижних дыхательных путей. Таким образом, поиск методов лечения для улучшения симптомов у пациентов, страдающих АР и астмой, был нацелен на CysLT, одну группу из многих воспалительных веществ, вызывающих аллергическую реакцию. Исследования показали, что, когда CysLT заблокированы, симптомы и функции улучшаются. Стероиды и антигистаминные препараты не блокируют действие лейкотриенов, но монтелукаст LTRA является эффективным блокирующим агентом. Данные свидетельствуют о том, что монтелукаст уменьшает симптомы АР и сопоставим с антигистаминными препаратами и пероральными деконгестантами; он также улучшает работу легких при астме. Фактически, результаты показывают, что эффективность увеличивается с снижением уровня воздействия аллергена, а эффективность также увеличивается, когда симптомы астмы более серьезны. В результате монтелукаст рекомендуется для лечения обоих состояний.

Список литературы

1. Давронова Г. Б., Исакова Ф. Ш. Эффективность озонотерапии при нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза //In Situ. – 2016. – №. 5. – С. 41-43.
2. Исакова Ф. Ш., Хамракулова Н. О., Хушвакова Н. Ж. Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита //Прорывные научные исследования как двигатель науки, Сборник статей. – 2018.
3. Исакова З. Ш. и др. Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей //Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences. – 2023. – Т. 2. – №. 15. – С. 43-48.
4. Исакова Ф. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (короткий обзор литературы) //Международный журнал научной педиатрии. – 2023. – Т. 2. – №. 8. – С. 301-306.
5. Исакова З. Ш. и др. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 4.
6. Хушвакова Н., Улашов Ш., Гулрух Д. Совершенствование диагностики и комплексное лечение риносинусогенных орбитальных осложнений у детей //Общество и инновации. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 296-301.
7. Филип Г. Наяк А.С., Бергер В.Е. (Philip G. Nayak AS, Berger WE), *et al.* Влияние монтелукаста на симптомы ринита у пациентов с астмой и сезонным аллергическим ринитом. *Curr Med Res Opin* 2004-20: 1549-58.
8. Хамракулова Н. О. и др. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ТЕЧЕНИЯ //Научные механизмы решения проблем инновационного развития. – 2016. – С. 233-239.
9. Хушвакова Н. Ж., Хамракулова Н. О., Исакова Ф. Ш. Возможности местного применения озонотерапии в лечении хронических средних гнойных отитов у больных с заболеваниями крови //Российская оториноларингология.–2015. – 2015. – Т. 5. – С. 76-78.
10. Хушвакова Н. Ж., Исакова Ф. Ш. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА АСТМУ //O'ZBEKISTONDA FANLARARO INNOVATSIYALAR VA ILMIY TADQIQOTLAR JURNALI. – 2023. – Т. 2. – №. 17. – С. 120-128.
11. Хушвакова Н. Ж., Давронова Г. Б., Исакова Ф. Ш. Усовершенствование методов лечения приобретенной сенсоневральной тугоухости //Российская оториноларингология.–2015. – 2015. – Т. 4. – С. 102-105.
12. Хушвакова Н. Ж. и др. ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ //Евразийский Союз Ученых. – 2020. – №. 11-2 (80). – С. 18-20.
13. Шаматов И. Я., Хушвакова Н. Ж., Исакова Ф. Ш. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛАРИНГИТОВ //Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума. – 2019. – С. 98. Yokubovich S. I., Sharipovna I. F., Jurakulova H. N. New approaches in the treatment of odontogenic sinusitis //central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – т. 2. – №. 2. – с. 57-60.
14. Isxakova F. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ //Medical science of Uzbekistan. – 2023. – №. 4. – С. 04-09.
15. Iskhakova Z. S., Iskhakova F. S., Narzieva D. B. THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 20-25.
16. Sharipovna I. F., Jurakulovna K.N., Bakhtiyorovna G.D. Improvement of the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in patients with bronchial asthma (molecular genetic analysis) //American journal of medicine and medical sciences. - 2021, - 11(6): 459-464 doi: 10.5923/j.ajmms.20211106.01
17. Sharifovna I. F. Treatment of Allergic Rhinitis by Modern Methods from the Point of View of a Doctor: The Main Problems and Mistakes //Texas Journal of Medical Science. – 2023. – Т. 18. – С. 52-56.
18. Yokubovich S. I., Sharipovna I. F., Jurakulova H. N. New Approaches in the Treatment of Odontogenic Sinusitis //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 57-60.9. Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J. Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. *J Allergy Clin Immunol.* 2000; 106(5 Suppl): S2015

Исхакова Зухро Шарифкуловна
Исаев Умид Исмаилович
Валиева Фарангиза Садыковна
Хасанов Давлатшох Икромжон угли
Нормуродов Исломжон Ислом угли
Самаркандский государственный
медицинский университет

ОСЛОЖНЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Данная статья представляет собой обзор клинических случаев, описывающих осложнения в челюстно-лицевой области у пациентов, переболевших COVID-19. Исследование включает анализ разнообразных проявлений инфекции, выходящих за пределы респираторных симптомов, и фокусируется на влиянии вируса на состояние лицевой анатомии и челюстно-лицевой системы. Рассмотрены различные аспекты, такие как влияние цитокинов, рецепторов и воспалительных процессов на ткани области лица. В результате предоставляется комплексный обзор вариаций осложнений, включая воздействие на слюнные железы, нейротропные эффекты, и связанные с применением средств медицинской терапии. Обобщение этих случаев подчеркивает важность внимания к состоянию челюстно-лицевой области у пациентов, переживших COVID-19, и призывает к дополнительным исследованиям для более глубокого понимания последствий воздействия вируса на данную анатомическую область.

Ключевые слова: COVID-19, осложнения, челюстно-лицевая область, цитокины, рецепторы, воспаление, слюнные железы, нейротропные эффекты, медицинская терапия.

Isxakova Zuxro Sharifqulovna
Isayev Umid Ismailovich
Valiyeva Farangiza Sadikovna
Xasanov Davlatshox Ikromjon o'g'li
Normurodov Islomjon Islom o'g'li
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

COVID-19 BILAN KASAL BO'LGAN BEMORLARDA YUZ-JAG' SOHASINING ASORATLARI

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada COVID-19 dan kasallangan bemorlarda yuz-jag' sohadagi asoratlarni tavsiflovchi klinik holatlar ko'rib chiqiladi. Tadqiqot nafas olish belgilaridan tashqari infektsiyaning turli ko'rinishlarini tahlil qilishni o'z ichiga oladi va virusning yuz anatomiyasi va yuz-jag' sohasi holatiga ta'siriga qaratilgan. Sitokinlar, retseptorlar va yallig'lanish jarayonlarining yuz-jag' sohasidagi to'qimalarga ta'siri kabi turli jihatlar ko'rib chiqiladi. Natijada, asoratlarning o'zgarishi, shu jumladan so'lak bezlari ta'siri, neyrotrop ta'sirlar va tibbiy muolajalarni qo'llash bilan bog'liq bo'lganlarning keng qamrovli ko'rinishi. Ushbu holatlarning qisqacha mazmuni COVID-19dan omon qolganlarda yuz-jag' sohasiga e'tibor berish muhimligini ta'kidlaydi va virusning ushbu yuz-jag' sohasiga ta'sirini yaxshiroq tushunish uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: COVID-19, asoratlar, yuz-jag' sohasiga, sitokinlar, retseptorlar, yallig'lanish, so'lak bezlari, neyrotrop effektlar, tibbiy terapiya.

Iskhakova Zuhro Sharifkulovna
Isayev Umid Ismailovich
Valiyeva Farangiza Sadikovna
Xasanov Davlatshox Ikromjon ugli
Normurodov Islomjon Islom ugli
Samarkand State Medical University

COMPLICATIONS IN THE MAXILLOFACIAL AREA IN COVID-19 RECURRENTS

ANNOTATION

This article is a review of clinical cases describing complications in the maxillofacial area in patients who have recovered from COVID-19. The study includes analysis of a variety of manifestations of infection beyond respiratory symptoms and focuses on the impact of the virus on the condition of the facial anatomy and maxillofacial system. Various aspects are considered, such as the influence of cytokines, receptors and inflammatory processes on the tissues of the facial area. The result is a comprehensive overview of the variation in complications, including effects on the salivary glands, neurotropic effects, and those associated with the use of medical therapies. The summary of these cases highlights the importance of paying attention to the maxillofacial region in COVID-19 survivors and calls for additional research to better understand the effects of the virus on this anatomical region.

Key words: COVID-19, complications, maxillofacial area, cytokines, receptors, inflammation, salivary glands, neurotropic effects, medical therapy.

Введение. Пандемия COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, представляет собой глобальную угрозу для здоровья человечества, порождая многочисленные медицинские и социальные вызовы. Помимо своего первичного воздействия на органы дыхания, существует накопившееся тело доказательств, указывающее на многоплановое воздействие вируса на различные органы и системы организма. Одним из аспектов, привлекающих внимание исследователей, является потенциальное воздействие COVID-19 на челюстно-лицевую область, что может проявиться в разнообразных осложнениях [8,14].

Актуальность данного исследования обусловлена не только распространенностью COVID-19, но и возможностью развития долгосрочных последствий после перенесенной инфекции. Несмотря на обширные исследования, посвященные влиянию вируса на органы дыхания, механизмы и последствия его воздействия на структуры челюстно-лицевой области до сих пор остаются недостаточно исследованными.

Целью данного обзора является систематическое изучение частых осложнений, связанных с челюстно-лицевой областью после перенесенного COVID-19.

С началом пандемии COVID-19 привлечение внимания к воздействию вируса на челюстно-лицевую область стало неотъемлемой частью исследовательских усилий. Наблюдается увеличивающееся количество доказательств, указывающих на разнообразные проявления инфекции в данной области, которые не ограничиваются только респираторными симптомами [30].

Экспериментальные и клинические данные подтверждают, что SARS-CoV-2 может инфицировать эпителий слизистой оболочки рта и носоглотки, что создает предпосылки для воздействия на ткани челюстно-лицевой области. Механизмы воздействия могут варьироваться от прямого воздействия вируса на клетки до активации воспалительных каскадов и иммунных реакций [19].

Проявления в челюстно-лицевой области включают, но не ограничиваются, симптомами, такими как дисгевзия и аносмия, которые могут отражать воздействие вируса на рецепторы в обонятельных и вкусовых областях лица. Кроме того, осложнения могут включать в себя воспалительные процессы в слюнных железах, что

предоставляет дополнительный аспект для изучения последствий инфекции [13].

Несмотря на обширные наблюдения, важно выяснить более точные механизмы воздействия вируса на челюстно-лицевую область и определить, какие факторы могут увеличивать риск осложнений в этой части тела. Воздействие вируса SARS-CoV-2 на ткани челюстно-лицевой области осуществляется через активацию сложных воспалительных механизмов, которые в значительной степени определяют характер осложнений. Начиная с вторжения вируса в эпителиальные клетки, происходит активация цитокинов, приводящая к непосредственному воспалению и активации иммунной системы [7].

В ответ на воздействие вируса организм запускает сложные биологические механизмы, включая высвобождение различных цитокинов. Среди них ключевые молекулы включают интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли (TNF- α) и интерферон- γ (IFN- γ). Эти биологически активные вещества играют роль сигналов, активируя воспалительные процессы в организме [3,15].

Интерферон- γ (IFN- γ) представляет собой важный иммунный цитокин, играющий ключевую роль в регуляции иммунной системы и борьбе с инфекциями. Производится главным образом активированными Т-лимфоцитами и натуральными убийцами в ответ на вирусные инфекции, бактериальные патогены и другие стимулы [16].

IFN- γ обладает множеством функций, включая:

1. Активация макрофагов: IFN- γ стимулирует макрофаги к более эффективному фагоцитозу (поглощению) и уничтожению микробов.

2. Усиление иммунитета: Этот цитокин усиливает иммунитет путем усиления дифференциации и активации Т-клеток.

3. Регуляция антигенной презентации: IFN- γ улучшает процесс презентации антигена, что способствует более эффективному распознаванию и атаке иммунной системы [32].

IFN- γ также имеет важное значение в контексте вирусных инфекций, включая COVID-19. Его применение может быть связано с поддержанием баланса между противовирусными и провоспалительными ответами, что существенно для эффективной борьбы с инфекцией.

Фактор некроза опухоли (TNF- α) представляет собой цитокин, активно участвующий в иммунном ответе и регуляции воспалительных процессов. Производится различными клетками, включая макрофаги, Т-лимфоциты и нейтрофилы, TNF- α является ключевым компонентом иммунной системы и выполняет несколько важных функций [40].

1. Противовоспалительная функция: В ранней стадии воспаления TNF- α обеспечивает привлечение и активацию других клеток иммунной системы к месту инфекции или повреждения, что способствует борьбе с патогенами.

2. Индукция апоптоза: TNF- α может активировать путь апоптоза (программированной клеточной смерти), играя роль в удалении поврежденных или зараженных клеток, что особенно важно в контексте борьбы с вирусами и раковыми клетками.

3. Регуляция иммунных ответов: Этот цитокин влияет на функции других иммунных клеток, таких как Т- и В-лимфоциты, усиливая иммунный ответ.

4. Роль в патологических процессах: В некоторых случаях, избыточное выделение TNF- α связано с патологическими состояниями, такими как хронические воспалительные заболевания и аутоиммунные нарушения [29,34].

Особое внимание уделяется воздействию на челюстно-лицевую область, так как эти процессы могут быть связаны с возможными осложнениями после перенесенного COVID-19.

Повышенные уровни цитокинов, таких как интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли (TNF- α) и интерферон- γ (IFN- γ), могут играть критическую роль в вызывании дисрегуляции воспалительных ответов в тканях лица. Гиперактивация макрофагов и лейкоцитов, стимулированных этими цитокинами, может привести к хроническому воспалению и тканевым повреждениям [11].

Тканевые повреждения, в свою очередь, могут охватывать различные структуры в челюстно-лицевой области, включая клетки слизистой оболочки, кровеносные сосуды и индукцию фиброза. Этот процесс может ухудшаться в результате гиперактивации иммунной системы, что имеет важное значение для понимания последствий воздействия вируса, такого как COVID-19, на ткани лица [4].

Более того, воздействие вируса на рецепторы в тканях лица, таких как ангиотензин-конвертирующий фермент (АКФ), предоставляет дополнительный механизм для воспалительного ответа. Это может вызвать дисбаланс в системе регуляции кровяного давления и дополнительно усугубить тканевые изменения [5].

Одним из важных аспектов, требующих внимания при рассмотрении осложнений челюстно-лицевой области после перенесенного COVID-19, являются дыхательные патологии. Вирусное воздействие на ткани лица может привести к разнообразным состояниям, оказывающим воздействие на верхние и нижние дыхательные пути [18].

Существующие данные указывают на возможное развитие обструктивных заболеваний верхних дыхательных путей после перенесенного COVID-19. Это может включать в себя стеноз трахеи, обтурацию мягких тканей в области гортани и гиперреактивность верхних дыхательных путей. Подобные изменения могут вызывать характерные симптомы, такие как одышка, хрипы и проблемы с голосом [12,17].

Информация о возможных осложнениях от COVID-19 и механической вентиляции легких (ИВЛ) включает различные дыхательные проблемы, такие как бронхит и другие осложнения. Осложнения механической вентиляции легких могут включать вентилятор-ассоциированную пневмонию, обструкцию трахеостомы, стенозы трахеи и другие проблемы.

Использование искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при лечении COVID-19 может привести к гипоксии мозга у большинства пациентов. Продолжительность ИВЛ при этом заболевании обычно превышает сроки респираторной поддержки при других пневмониях и острых расстройствах дыхания [20]. У пациентов после ИВЛ могут возникнуть патологии когнитивных функций и другие психические расстройства, включая так называемый "синдром последствий интенсивной терапии" (ПИТ-синдром) [6]. Этот синдром может включать в себя нарушения сна и когнитивные расстройства. Интересно, что у больных COVID-19, прошедших ИВЛ, могут наблюдаться частые осложнения, такие как инсульты, травмы головного мозга и вентилятор-ассоциированная пневмония. Седация, необходимая при ИВЛ, может отрицательно влиять на когнитивные функции. Продолжительное пребывание на ИВЛ, особенно при внелегочной этиологии нарушений сознания, увеличивает риск осложнений и может привести к гипоксии мозга [41].

Важным аспектом рассмотрения осложнений челюстно-лицевой области после перенесенного COVID-19 являются воспалительные процессы, оказывающие воздействие на различные структуры этой области. Вирусная инфекция может провоцировать не только системный воспалительный ответ, но и локальные процессы, специфичные для ороназальной области. Исследования показали, что новый коронавирус-2 тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV-2) значительно влияет на микробиом полости рта, ускоряя развитие системных заболеваний путем проникновения вредных патогенов полости рта в близлежащие и отдаленные органы [33].

Пародонтит — хроническое воспалительное заболевание опорных структур зубов, которым страдает примерно половина взрослых в возрасте 30 лет и старше [25]. Существующие исследования свидетельствуют о возможной связи между COVID-19 и развитием воспалительных заболеваний пародонта. Вирус может воздействовать на эпителиальные клетки десен, активируя воспалительные каскады и способствуя развитию пародонтита и периодонтита. Более того, в ходе растущего объема исследований была выявлена связь между пародонтитом и COVID-19, что подчеркивает необходимость всестороннего понимания их взаимосвязи. Исследования выявляют потенциальное взаимное влияние, вызывая беспокойство по поводу системных последствий этой ассоциации. Примечательно, что как заболевания пародонта, так и COVID-19 демонстрируют связь с различными кардиометаболическими осложнениями, включая сердечно-сосудистые проблемы, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, дислипидемию, инсулинорезистентность, ожирение, неалкогольную жировую болезнь печени, а также неврологические и нейропсихиатрические проявления [24,36]. Вирус COVID-19 взаимодействует с рецепторами ACE2 в организме, используя эти рецепторы для обеспечения своего проникновения в клетки человека.

ACE2 является функциональным рецептором на поверхности клеток, через который SARS-CoV-2 проникает в клетки-хозяева и высоко экспрессируется в сердце, почках и легких, а также обширно присутствует в полости рта, особенно в языке и тканях пародонта. В тканях пародонта ACE2 играет ключевую роль в поддержании баланса между здоровьем и заболеванием. Ось ACE2/Ang-(1-7)/MasR играет решающую роль в модификации процессов, связанных с острым и хроническим воспалением, включая приток лейкоцитов, фиброгенез и пролиферацию определенных типов клеток. В контексте ренин-ангиотензиновой системы (RAS) ACE2 является ключевым ферментом, который преобразует ангиотензин (Ang) II в Ang-(1-7). Ang-(1-7) воздействует на рецептор Mas, который оказывает противовоспалительное и способствующее рассасыванию действие.

В случае COVID-19 ось ACE2/Ang-(1-7)/MasR представляет интерес из-за ее потенциальных терапевтических последствий. Активация рецептора Ang-(1-7)/Mas считается важным механизмом противодействия вредным эффектам, вызываемым несвоевременным повышением уровня рецептора Ang II/AT1 при различных заболеваниях. Следовательно, активация рецептора Mas или введение Ang-(1-7) или аналогов Mas может быть важной дополнительной мерой для контроля воспалительной реакции, опосредованной SARS-CoV-2.

Таким образом, ось ACE2/Ang-(1-7)/MasR участвует в различных физиологических и патофизиологических процессах, включая воспаление и фиброз. Его активация имеет потенциальное терапевтическое значение для COVID-19, поскольку может помочь контролировать воспалительную реакцию, опосредованную вирусом [35,37,39]. Тем не менее, уровень активности ACE2 изменяется при наличии сопутствующего диабета, приводя к увеличению его экспрессии из-за неуправляемого уровня глюкозы при хроническом течении сахарного диабета (СД2). Таким образом, неконтролируемая гипергликемия, вероятно, повышает риск развития пародонтита и индуцирует сверхэкспрессию ACE2 в тканях пародонта у пациентов с СД2. Эти события, возможно, играют важную роль в подверженности инфекции SARS-CoV-2 и в развитии легких и тяжелых форм COVID-19 [27].

Взаимодействие вируса COVID-19 с рецепторами ACE2 является важнейшим аспектом патогенеза заболевания и привлекло внимание многочисленных исследователей. Понимание этого взаимодействия важно для разработки потенциальных терапевтических вмешательств и получения представления о молекулярном происхождении и патофизиологии клеточного ответа в корреляции с ролью рецепторов ACE2 при COVID-19.

Наблюдается также возможное воздействие вируса на слюнные железы, что может способствовать развитию воспалительных процессов. Сухость во рту, гипосекреция слюны и другие изменения, связанные с вирусной инфекцией, могут создавать предпосылки для заболеваний слюнных желез, таких как сиаладенит. Ученые утверждают, что слюнные железы представляют потенциальные резервуары вируса COVID-19, способные вызвать как острый, так и хронический сиаладенит. Рецептор ACE-2 считается ключевым для вируса, и исследования, проведенные на SARS-CoV, подтверждают, что эпителиальные клетки слюнной железы с высоким уровнем ACE-2 подвержены инфекции COVID-19 [28]. Экспрессия

ACE-2 в малых слюнных железах оказалась даже выше, чем в легких, что указывает на слюнные железы как потенциальную мишень вируса. До появления симптомов в легких можно обнаружить РНК SARS-CoV в слюне, что может объяснить бессимптомные инфекции. Для SARS-CoV слюна является значительным резервуаром и пациенты с COVID-19 имеют положительный тест на вирус в слюне. Эти данные подтверждают возможность бессимптомного распространения вируса через слюну. Кроме того, важно отметить роль слюны в диагностике COVID-19 [10].

Помимо дыхательных и воспалительных осложнений, неврологические аспекты после перенесенного COVID-19 представляют собой важный объект исследования, особенно в контексте челюстно-лицевой области. Неврологические осложнения могут оказывать существенное воздействие на функции лица и создавать проблемы, требующие интегрированного подхода к диагностике и лечению. Неврологические проявления, включая головную боль, инсульт, судороги, синдром Гийена-Барре и острый диссеминированный энцефаломиелит, были задокументированы как клинические проявления COVID-19. Однако в редких случаях COVID-19 также может поражать черепно-мозговые нервы, приводя к разнообразным и атипичным проявлениям [26,38].

Существуют доказательства о возможном влиянии COVID-19 на нервные структуры, включая тройничный нерв. Развитие тригеминальной невралгии, характеризующейся интенсивной болью в области лица, может быть связано с воспалением нервных волокон после инфекции. Это представляет вызов в понимании механизмов неврологических осложнений и требует разработки эффективных методов лечения. Вирус ветряной оспы (VZV), нейротропный вирус, после ветрянки переходит в латентное состояние в ганглиозных нейронах. COVID-19, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром, может спровоцировать цитокиновый шторм. Даже в случае малосимптомной формы COVID-19, есть свидетельства возможной ретроградной реактивации VZV из полости носа, что может привести к редкому проявлению опоясывающего лишая (HZ) [22,31].

Нейромускулярные осложнения, такие как парезы и параличи мышц лица, могут быть следствием воздействия COVID-19 на нервные структуры. Это может проявляться как временные, так и длительные нарушения мимической мускулатуры, требующие дифференцированного подхода к реабилитации и лечению. Острое нарушение мозгового кровообращения на фоне COVID-19 характеризуется тяжелым течением и высоким риском летального исхода. Распространенность синдрома Гийена-Барре при COVID-19 меньше, чем у неинфицированных лиц, однако она заметно выше в 3,3 раза. У пациентов совмещенным синдромом Гийена-Барре и SARS-CoV-2 часто проявляется нарушение обоняния и поражение черепных нервов, в основном лицевого и вестибулярного [1,21].

Осложнение в челюстно-лицевой области у переболевших COVID-19 подчеркивает важность эффективной диагностики. Для этого используются современные методы визуализации (КТ, МРТ, 3D ДТ), лабораторные анализы и клиническое обследование. Анализ случаев подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике для разработки индивидуализированных планов лечения и реабилитации [9,23].

Исследовано, что проявления орального кандидоза после новой коронавирусной инфекции включают гиперемию, отек слизистой оболочки полости рта и обильное наличие молочно-белого творожистого налета. Лабораторные исследования подтверждали на преимущественное присутствие *Candida albicans* и наличие *Candida tropicalis* [2].

В заключении можно отметить, что осложнения в челюстно-лицевой области после перенесённого COVID-19 представляют серьезную проблему, требующую внимательной диагностики и комплексного лечения. Анализ

рассмотренных случаев подчёркивает неоднородность проявлений и возможность различных патологий в этой области. Важность использования различных методов диагностики, подтверждает значимость раннего выявления и эффективного управления осложнениями. Профилактика и своевременное вмешательство могут существенно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов, перенесших COVID-19. Дополнительные исследования и обширные клинические наблюдения необходимы для лучшего понимания этого вопроса и оптимизации стратегий диагностики и лечения в данной области.

Список литературы:

1. Alimdzhanovich, R. Z., Dalievich, N. B., & Bakhtiyorovna, N. D. (2021). Lymphotropic therapy for diseases of the Maxillofacial Region. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 2(2), 111-120.
2. Alimjanovich, R. Z., & Rustamovich, B. L. (2022). НОВЫЙ ПОДХОД К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РЕЗОРБЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(5).
3. Bekmuratov, L. R. (2023). Cardiovascular diseases in patients with diabetes mellitus. *Ta'lim va rivojlanish tahlili onlayn ilmiy jurnali*, 3(1), 193-198.
4. Davrnovich, M. D., Isomiddinovich, M. F., Sharifkulovna, I. Z., & Saidolimovich, K. A. (2022). THE PROGRAMME FOR THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF MAXILLOFACIAL PHLEGMONITIS PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS B. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 6365-6372.
5. IBRAGIMOV D. D., GAFFOROV U. B., MAKSUDOV D. D. E. D. TREATMENT AND PREVENTION OF ODONTOGENEOUS MAXILLA AND SINUSITIS //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – Т. 881.
6. Ibragimov, D. D., U. B. Gaffarov, and Isxakova Z. Sh. "Conducting immunomodulatory therapy in the complex treatment of patients with combined injuries of the Facial Bones." *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 2.1 (2021): 132-138.
7. Ibragimov, D., Boymuratov, S., Gaffarov, U., Iskhakova, Z., Valieva, F., & Kuchkorov, F. (2021). IMMUNOCORRECTION OF PATIENTS IN COMPLEX TREATMENT WITH COMBINED INJURIES OF THE FACE BONES. *InterConf*, 712-720.
8. Isamiddinovich, M. F., JURAKHANOVNA, P. B., & Akmalovich, J. E. (2022). ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАР ЮЗ-ЖАФ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАЛАРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(6).
9. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
10. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
11. Ismailovich I. U. et al. TISH OLDIRGAN BEMORLARDA OLINGAN TISHLAR BO'LAGIDAN FOYDALANIB KATAKNI YOPILISH USULI VA QON LAXTAGI OSTIDA TISH KATAGINING BITISH BOSQICHILARINI QIYOSIY TAQQOSLASH //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 4.
12. Ismatov, F., Ibragimov, D., Gaffarov, U., Iskhakova, Z., Valieva, F., & Kuchkorov, F. (2021). ASSESSMENT OF RISK FACTORS INFLUENCING DENTAL HEALTH IN HIGHER EDUCATION STUDENTS. *InterConf*, 721-732.
13. Jalalova D., Isayev U., Akhmedov A. IMPROVING THE PRESERVATION OF THE ALVEOLAR BARRIER VOLUME USING THE EXTRACTED TOOTH FRAGMENT //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D1. – С. 90-97.
14. Rizaev, J. A., & Bekmuratov, L. R. (2022). Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 2(3).
15. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. *Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery*, 677-678.
16. Rizaev, J., & Kubaev, A. (2021). Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognathia. *European journal of molecular medicine*, 1(1).
17. Rustamovich, B. L. (2022). The Problem of Maintaining the Volume of Bone Tissue After Tooth Extraction and Ways to Solve it. *Eurasian Medical Research Periodical*, 15, 96-100.
18. Yokubovich, S. I., Sharipovna, I. F., & Jurakulova, H. N. (2021). New Approaches in the Treatment of Odontogenic Sinusitis. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 2(2), 57-60.
19. Zafarovich, A. T., & Aslidinovich, I. F. (2022). Use of Single-Stage Dental Implants for Varying Degrees of Alveolar Atrophy. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(3), 782-786.
20. Ахмедов А. А., Исаев У. И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФРАГМЕНТА ЗУБА ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА УДАЛЕННОГО ЗУБА //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 326-339.

21. Ахроров, А. Ш., Исаев, У. И., & Ёкубов, Ф. П. (2023). СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА. *Journal of new century innovations*, 21(1), 126-129.
22. Бекмуратов Л. Р., Исаев У. И. Сохранение альвеолярного отростка в переднем отделе челюсти с использованием гидроксипатита и коллагена II типа //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований//Специальный выпуск. – С. 190-194.
23. Гаффаров, У. Б., Ибрагимов, Д. Д., Исакова, З. Ш., & Сулейманов, Э. К. (2019, April). Подбор антибактериальной терапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. In *Материалы Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов Россия г. Кемерово* (Vol. 11, p. 12).
24. Гаффаров, У. Б., Исакова, З. Ш., Максудов, Д. Д., & Ахмедов, Б. С. (2019). Свойства препарата «Бактизев» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. *Вопросы науки и образования*, (27 (76)), 89-93.
25. Гаффаров, У. Б., Кубаев, А. С., Хазратов, А. И., & Ахророва, М. Ш. (2020). Сравнительная оценка в амбулаторных условиях медикаментозный премедикации при оральных операций. *RE-HEALTH JOURNAL*, 1(3), 484-6.
26. Давронова, Г. Б., & Исакова, Ф. Ш. (2016). Эффективность озонотерапии при нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза. *In Situ*, (5), 41-43.
27. Ибрагимов, Д. Д., & Исакова, З. Ш. (2018). Хирургический подход при приобретенных дефектах мягких и частично костных тканей нижней и верхней челюсти. *Современные достижения стоматологии*, 55-55.
28. Ибрагимов, Д. Д., Гаффаров, У. Б., Валиева, Ф. С., & Усманов, Р. Ф. (2019). Применение препарата «отвара аниса» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. In II Международной научно-практической on-line конференции Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке Ташкент.
29. Ибрагимов, Д. Д., Гаффаров, У. Б., Исакова, З. Ш., Имамов, К. Н. У., & Ахмедов, Б. С. (2019). Использование остеопластического материала для заполнения дефекта при радикулярных кистах челюстей. *Достижения науки и образования*, (11 (52)), 94-96.
30. Ибрагимов, Д. Д., Гаффаров, У. Б., Исакова, З. Ш., Рустамова, Г., & Усмонов, Р. Ф. (2019). Основные свойства препарата «лорамор» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. In *Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование»*, (Екатеринбург, 10-12 апреля 2019): в 3-х т.-Екатеринбург: УГМУ, CD-ROM.. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
31. Исаев У. OLINGAN TISH KATAGINI TISH BO 'LAGI BILAN YOPISH USULINING SAMARASI //Медицинская наука Узбекистана. – 2023. – №. 5. – С. 04-09.
32. Исмаев, Ф. А., Мустафоев, А. А., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ АНТИВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИЗЛЕЧЕНЬЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО АЛЬВЕОЛИТА. *THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH*, 1(12), 49-57.
33. Исмаев, Ф. А., Мустафоев, А. А., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ АНТИВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИЗЛЕЧЕНЬЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО АЛЬВЕОЛИТА. *THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH*, 1(12), 49-57.
34. Исакова, З. Ш., & Нарзиева, Д. Б. (2018). Изучение местного иммунитета у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. *Современные достижения стоматологии*, 56-56.
35. Исакова, З. Ш., & Шомурадов, К. Э. (2023). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. *ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 4(4).
36. Исакова, З. Ш., Исакова, Ф. Ш., Нарзиева, Д. Б., Абдуллаев, Т. З., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей. *Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences*, 2(15), 43-48.
37. Исакова, З. Ш., Нарзиева, Д. Б., & Исакова, Ф. Ш. (2023). РОЛЬ ГИДРОКСИПАТИТА И ЭЛЛАГОВОЙ КИСЛОТЫ В ОСТЕОГЕНЕЗЕ. *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(14), 116-124.
38. ИСАКОВА, З., & НАРЗИЕВА, Д. 1. Карякина ИА Особенности общеклинических проявлений синдрома Гольденхара//Системная интеграция в здравоохранении. 2010. № 2. С. 18-31. 2. Козлова СИ, Демикова НС Наследственные. *БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ*, 139.
39. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОННО-АРТИКУЛЯЦИОННОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Conferencea*, 195-196.
40. Мирзоев, Ф. Р., Кубаев, А. С., Абдуллаев, А. С., Бузрукзода, Ж. Д., Шавкатов, П. Х., & Мардонкулов, Ш. К. (2021). КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА. In *VOLGAMEDSCIENCE* (pp. 745-747).
41. Мусурманов, Ф. И., Максудов, Д. Д., Исмаев, Н. С., & Пулатова, Б. Ж. (2020). Принципы защитных мероприятий при оказании неотложной помощи у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. In *Научные исследования молодых ученых* (pp. 167-169).

42. РИЗАЕВ, Ж. А., АХРОРОВА, М. Ш., КУБАЕВ, А. С., & ХАЗРАТОВ, А. И. (2022). CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANES OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS DEPENDING ON THE CLINICAL COURSE OF COVID-19. ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 3(1).
43. Ризаев, Ж. А., Нарзиева, Д. Б., & Фуркатов, Ш. Ф. (2022). РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ И КАРБУНКУЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ТОМ-1, 386.
44. Хушвакова, Н. Ж., Давронова, Г. Б., & Исакова, Ф. Ш. (2014). ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ. In Новые технологии в оториноларингологии (pp. 118-124).
45. Хушвакова, Н. Ж., Давронова, Г. Б., & Исакова, Ф. Ш. (2015). Усовершенствование методов лечения приобретенной сенсоневральной тугоухости. Российская оториноларингология.–2015, 4, 102-105.
46. Хушвакова, Н. Ж., Хамракулова, Н. О., Исакова, Ф. Ш., & Ньматов, Ш. (2020). ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ. Евразийский Союз Ученых, (11-2 (80)), 18-20.
47. Шодиев, С. С., Исматов, Ф. А., Нарзиева, Д. Б., Тухтамишев, Н. О., & Ахмедов, Б. С. (2019). Эффективность применения отвара аниса при лечении периимплантитов. Достижения науки и образования, (11 (52)), 99-103.
48. Шомуродов, К. Э., & Исакова, З. Ш. (2022). Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с применением современных перевязочных средств. Шляхи розвитку науки в сучасних кризових умовах: тези доп. І міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 28-29 травня 2020 р.–Дніпро, 2020.–Т. 2.–611 с., 564.

Ашуев Жаруллах Абудллахович

ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва, Российская Федерация

Межевикина Галина Сергеевна

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г. Рязань, Российская Федерация

Юсупова Саният Ашурбековна

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала, Российская Федерация

Гаффаров Усмон Бобонашарович**Кучкаров Фирдавс Шералиевич**

Самаркандский Государственный медицинский университет

**ПРЕДРАКОВЫЕ БОЛЕЗНИ ГУБ У НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>**АННОТАЦИЯ**

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям. Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ.

Ключевые слова: предраковые болезни губ, распространенность, климатогеографические зоны республики Дагестан

Ashuev Zharullah Abdullakhovich

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russian Federation

Mezhevikina Galina Sergeevna

FGBOU VO "Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov", Ryazan, Russian Federation

Yusupova Saniyat Ashurbekovna

GBOU VO Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russian Federation

Gaffarov Usmon Bobonashcharovich**Kuchkarov Firdavs Sheralievich**

Samarkand State Medical University

**PRECANCEROUS DISEASES OF THE LIPS IN THE POPULATION IN VARIOUS CLIMATIC AND
GEOGRAPHICAL ZONES OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN****ANNOTATION**

An undoubted role in the development of malignant neoplasms of the mucous membranes of the mouth and lips belongs to precancerous conditions. The prevalence of precancerous lip diseases in various climatogeographic regions of the Russian Federation differs significantly depending on the regions of the country, there are also differences in the spread of these diseases in different states, although comparative statistics are difficult, since researchers often combine the pathology of the mucous membrane of the mouth and lips.

Keywords: precancerous lip diseases, prevalence, climatogeographic zones of the Republic of Dagestan.

Ashuyev Jarullax Abdullaxovich¹

DFBTM Rossiya sog'liqni saqlash vazirligining" Rossiya uzluksiz kasb-xunar ta'limi tibbiyot akademiyasi", Moskva, Rossiya Federatsiya

Mejevikina Galina Sergejevna²

DFBOTM «Akademik I.P. Pavlov nomidagi Ryazan davlat tibbiyot universiteti», Ryazan, Rossiya Federatsiya

Yusupova Saniyat Ashurbekovna³

DFBOTM Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining "Dog'iston davlat tibbiyot universiteti", Maxachkala, Rossiya Federatsiya

G'afforov Usmon Bobonazarovich

Qo'chqorov Firdavs Sheraliyevich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

DOG'ISTON RESPUBLIKASIDA LAB RAK OLDI KASALLIKLARINING TARQALISHI

ANNOTATSIYA

Og'iz va lablar shilliq pardalarining yomon sifatli o'smalarini rivojlanishida shubhasiz rak oldi kasalliklari rol o'ynaydi. Rossiya Federatsiyasining turli iqlim va geografik mintaqalarida lab rak oldi kasalliklarining tarqalishi mamlakat mintaqalariga qarab sezilarli darajada farq qiladi, shuningdek, ushbu kasalliklarning turli davlatlarda tarqalishida farqlar mavjud, ammo qiyosiy statistika qilish qiyin, chunki tadqiqotchilar ko'pincha og'iz va lablar shilliq qavatining patologiyasini birlashtiradilar.

Kalit so'zlar: Labning rak oldi kasalliklari, tarqalishi, Dog'iston Respublikasining iqlim-geografik zonalari.

Введение. Болезни слизистой оболочки рта и губ в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, так как данная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [1]. «Своевременная диагностика их составляет значительные трудности, а лечение данной патологии не всегда является успешной. Не менее важен социальный аспект проблемы, так как поражения лица, в частности губ, неблагоприятно сказывается на качестве жизни пациентов» [2]. Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов, так распространённость болезней губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [3, 4]. «Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям» [5]. «Распространенность предраковых болезней красной каймы губ среди взрослого населения в литературе практически освещены мало и носят противоречивый характер, в основном проведены такие исследования у детей» [6]. «При изучение структуры болезней красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы, при анализе обращений 1971 больных выявлено 212 (11,7%) человек у которых поставлен диагноз доброкачественного новообразования губ (D10.0)» [7].

«Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ. В последние годы, несмотря на появление различных современных методик диагностики и лечения предраковых болезней, наблюдают тенденцию к их росту» [8]. В связи с этим важным моментом и задачей стоматологов является максимально раннее,

неинвазивное выявление признаков, способствующих развитию предикторных изменений слизистой оболочки рта и губ [9, 10]. «Тщательного рассмотрения в практике врача-стоматолога требуют заболевания, отличающиеся высокой склонностью к озлокачествлению (облигатные предраки красной каймы губ)» [11]. «Эта патология характеризуется отсутствием объективных признаков раковой опухоли, однако при наличии патогенных факторов малигнизируются. Клинические проявления данной группы заболеваний разнообразны, что затрудняет их диагностику. С другой стороны, прогноз зависит от целого ряда факторов, прежде всего природы канцерогенов, а также локального статуса и общего состояния организма. При исключении неблагоприятных воздействий возможно обратное развитие элементов поражения, стабилизация процесса без существенных изменений либо дальнейшее развитие без склонности к перерождению. Сохранение неблагоприятного фона приводит к малигнизации очага поражения» [12].

«В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения. Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан» [13]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [14]. Не смотря на достаточно значительную распространенность этой патологии никто из исследователей не изучал структуру и распространение предраковых болезней губ в Республике Дагестан.

Цель исследования — изучить распространенность, частоту и структуру предраковых болезней губ у взрослого

населения Республики Дагестан в различных климатогеографических зонах.

Материал и методы исследования

«Территории Дагестана присуща вертикальная зональность, вследствие чего условно выделяются три климатогеографические области: низменная (равнинная), составляющая 44% общей площади региона; предгорная - 15,8%, горная - 40,2%. Соседство равнин и высоких гор, моря и пустынь создало разнообразие климатических условий». Для выявления особенностей структуры и распространенности предраковых болезней губ в различных регионах республики Дагестан (равнинном, предгорном и горном), было проведено за три года обследование взрослого населения, охватывающее основные возрастные группы, при этом выявлено 1673 больных с предраковой патологией губ, в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Критерием включения в исследование являлись:

1. Обследуемые в возрастных группах от 18 до 90 лет (молодой возраст – от 18 до 44 лет; средний возраст – 45-59 лет; пожилой возраст – 60-74 лет; старческий возраст – 75-90 лет).
2. Лица женского и мужского пола.
3. Пациенты с различными видами предраковой патологии губ.
4. Добровольное информированное согласие обследуемых участвовать в исследовании.
5. Отсутствие соматической патологии в декомпенсированной форме.

Критерием исключения в исследовании служили:

1. Пациенты с фоновой патологией губ, к которой относят метеорологический и актинический хейлит, хроническую трещину губ, постлучевой хейлит, красную волчанку.
2. Злокачественная патология красной каймы губ.
3. Тяжелые системные болезни у пациентов в виде рака, туберкулеза болезней системы кровообращения в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев и активных аутоиммунных процессов, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.
4. Применение пациентами лекарственных препаратов, которые влияют на усугубление течения стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).

В равнинной зоне выявлены 445, в предгорной зоне 659 и горной зоне 569 пациентов с предраковыми болезнями губ. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу предраковых болезней губ у населения различных климатогеографических зон республики.

Результаты и обсуждение

На консультативном приеме при обследовании 1673 пациентов диагностировали у них следующие виды предраковых болезней губ: красный плоский лишай, папиллома, лейкоплакия, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, гиперплазия, кератоакантома.

Среди предраковых болезней губ в республике чаще всего выявляли красный плоский лишай губ у 483 (28,9%) пациентов от общего количества больных с предраковой

патологией. На втором месте диагностировали папиллому губ у 456 (27,3%) жителей республики, далее следовали лейкоплакия у 194 (11,6%) и бородавчатый предрак у 161 (9,6%) пациента. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 138 (8,2%) и 136 (8,1%) больных. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, у 105 (6,3%) пациентов (Рисунок 1).

Сравнительное изучение количества пациентов с различными видами предраковых заболеваний губ в разных климатогеографических зонах РД дало статистически значимые данные. Статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем губ чаще выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно у 257 (15,4%), 94 (5,6%) и 132 (7,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с горной, соответственно у 207 (12,4%) и 87 (5,2%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 102 (6,1%), 32 (1,9%) и 60 (3,6%) человек (Таблица 1). Статистическая значимость показателей у пациентов с бородавчатым предраком губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 91 (5,4%), 39 (2,3%) и 31 (1,9%) человек. Статистическая значимость показателей ограниченного предракового гиперкератоза губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной, соответственно у 65 (3,9%) и 27 (1,6%) человек, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно у 46 (2,7%) и 27 (1,6%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией губ больше выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с предгорной, соответственно у 57 (3,4%) и 29 (1,7%) человек, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно у 50 (3%) и 29 (1,7%) человек. Сравнение распространенности кератоакантомы губ у пациентов в различных климатогеографических условиях не достигало статистической значимости ($p > 0,05$).

Таким образом, чаще всего выявляли у населения в республике следующую предраковую патологию губ: красный плоский лишай обнаружен у 28,9% пациентов, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия 11,6% и бородавчатый предрак 9,6%. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего выявляли у больных кератоакантому губ, которая составила 6,3%. Выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной

климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%. При сравнительном анализе распространенности кератоакантомы у пациентов в различных климатогеографических зонах, статистически значимых показателей не выявлено. Таким образом, предраковая патология губ чаще выявлялась у населения предгорной зоны, несколько меньше больных было в предгорной и наименьшее количество пациентов с предраковой патологией губ встречалась в равнинной климатогеографической зоне.

Заключение

Таким образом, чаще всего выявляли следующую предраковую патологию губ - красный плоский лишай у обнаружен у 28,9%, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия у 11,6% и бородавчатый предрак у 9,6% пациентов.

Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, которая составила 6,3%. При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%.

Литературе

1. Барер Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2003. Barer GM. Diseases of the oral mucosa. 2003. (In Russ).
2. Гажва С.И., Дятел А.В. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. *Фундаментальные исследования*. 2014;10-6:1076-1080.
3. Gazhva SI, Dyatel A.V. The prevalence of diseases of the mucous membrane of the red border of the lips in the adult population of the Nizhny Novgorod region. *Basic research*. 2014;10-6:1076-1080. (In Russ).
4. Крихели Н.И., Пустовойт Е.В., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ. Учебное пособие. 2016.
5. Krikheli NI, Pustovoit EV, Rybalkina EA. Lip diseases. Tutorial. 2016. (In Russ).
6. Patil S, Maheshwari S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(4):e374-378. doi:10.4317/jced.51597.
7. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. *Вестник ВолгГМУ*. 2013;1(45):3-6.
8. Firsova IV, Mikhalchenko VF, Mikhalchenko DV. Medical tactics in the diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa and the red border of the lips. *Vestnik VolgGMU*. 2013;1(45):3-6. (In Russ).
9. Зыкеева С.К., Билисбаева М.О. Заболевания языка и губ у детей и подростков. *Вестник КазНМУ*. 2018;1:148-153.
10. Zykeeva SK, Bilisbaeva MO. Diseases of the tongue and lips in children and adolescents. *Bulletin of KazNMU*. 2018;1:148-153. (In Russ).
11. Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике. *Российский стоматологический журнал*. 2014;5:50-52.
12. Dzugaeva II, Umarova KV. Analysis of the structure of diseases of the oral mucosa and the red border of the lips, registered in the adult population at the reception in a typical dental clinic. *Russian Dental Journal*. 2014;5:50-52. (In Russ).
13. Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Гущина О.О. Клинико-иммунологические особенности предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. *Стоматология*. 2018;5:23-26.

14. Pursanova AE, Kazarina LN, Gushchina OO. Clinical and immunological features of precancerous diseases of the oral mucosa and red border of the lips. *Dentistry*. 2018;5:23-26. (In Russ).
15. Горячева Т.П., Шкаредная О.В., Базикян Э.А. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта. *Современные технологии в медицине*. 2017;3(9):118-124.
16. Goryacheva TP, Shkarednaya OV, Bazikyan EA. Optimization of early diagnosis of pathological conditions of the oral mucosa. *Modern technologies in medicine*. 2017;3(9):118-124. (In Russ).
17. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, ассоциированной с герпесвирусной инфекцией. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;2.
18. Chuikin SV, Akmalova GM, Chernysheva ND. Features of the clinical course of lichen planus of the oral mucosa associated with herpes virus infection. *Modern problems of science and education*. 2015;2. (In Russ). <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18735>.
19. Костина И.Н., Епишова А.А., Григорьев С.С. Чернышева Н.Д., Сорокоумова Д.В. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов. 2019.
20. Kostina IN, Epishova AA, Grigoriev SS, Chernysheva N.D., Sorokoumova D.V. Precancerous diseases of the oral mucosa, red border of the lips and facial skin: A manual for dentists-surgeons, maxillofacial surgeons and dentists-therapists. 2019. (In Russ).
21. Луцкая И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. *Современная стоматология*. 2011;1:33-36.
22. Lutskaia IK. Precancerous diseases of the red border of the lips and oral mucosa. *Modern dentistry*. 2011;1:33-36. (In Russ).
23. Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Курбанов З.О. Распространенность и интенсивность болезней пародонта у взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. *Вестник ДГМА*. 2013;4(9):48-50.
24. Kurbanov OR, Abdurakhmanov AI, Kurbanov ZO. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. *Bulletin of the DSMA*. 2013;4(9):48-50. (In Russ).
25. Алиханов Т.М., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Салихова М.М. Распространенность и интенсивность болезней пародонта взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. *Вестник ДГМА*. 2012;6;34-37.
26. Alikhanov TM, Kurbanov OP, Kurbanov ZO, Salikhova MM. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. *Bulletin of the DSMA*. 2012;6;34-37. (In Russ).
27. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). *Scientific progress*. 2021, 2(5). Стр. 287-291.
28. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. *Актуальные вопросы стоматологии*. 2021. Стр. 852-855.
29. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаление зуба мудрости. *Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием*. 2021/11.
30. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитие переимплантитов. *Дни молодых учёных*. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.
31. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузибаев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. *Актуальные вопросы современной науки и инноватики*. *Вестник науки*. 2023/6/16. Стр. 30-35.
32. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. *Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII*. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.
33. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеононом после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.
34. Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучкоров Ф.Ш., Нарзикулов А.Р.. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. *Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии»*. Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 42-44.
35. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. *Молодежь и наука 2023: к вершинам познания*. *Новая наука*. 2023/3/21. Стр. 7-13.

36. Махаммадиев Ахмадхон Орифхонович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Развитие общества и науки в современных условиях. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 112-118.
37. Гаффоров Усмон Бобоназарович Исмаев Навруз Самадович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастамович. Повышение эффективности комплексного лечения острых гнойных периоститов челюстей. Наука XXI века: вызовы, становление, развитие. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 28-34.
38. ФШ Кучкоров, ДД Ибрагимов, ЖА Абдуфаттоев, НС Исмаев. Применение препаратов элюдрил про и остеогенон после сложной операции удаления зуба. Актуальные вопросы стоматологии. 2023. Стр. 398-402.
39. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. Повышение эффективности в комплексном лечении периоститов челюстей с применением препаратов декасан и стоморад. Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития. Новая наука. 2023. Стр. 328-339.
40. DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, NM Akramov. The case of hemifacial microsomia in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.
41. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.
42. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.
43. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.
44. ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучкоров. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.
45. Туйчиева М.А. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаления зуба. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.
46. Сирождинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. Исследовательская работа – 2023. Новая наука. 2023/3/13. Стр. 16-19.
47. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинико-статического анализа. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 146-150.
48. Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 168-173.
49. Зикижоновна С.Б. Турдиниёзов Б.В. повышения эффективности ринопластики с применением сорбентов. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием «МАКСУДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ». 2023/7/12. Стр. 278-282.
50. АА Махмудов, ММ Рахимов, ДО Матсопов, БВ Турдиниёзов. Диагностика и сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов стенок орбиты (обзор литературы). ББК: 56.65 я 43 С 56. Стр. 110.
51. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.
52. Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Роль изучения местного иммунного статуса у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Интернаука. 2023/5, 3.
53. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов Фуразол и Фарингасол Салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.
54. Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Преимущества применения насыщенного тромбоцитарного фибрина при лечении кист челюстей. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 162-167.

Ризаев Жасур Алимджанович
Туляганов Нозим Алишерович
Самаркандский Государственный
Медицинский Университет

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ
СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА:
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Верхнечелюстная пазуха (sinus maxillaris) – это самая большая из всех околоносовых пазух носа, которая является крупной амортизационной полостью средней зоны лица и её целостность часто может нарушаться при травмах костей этой области. В этом обзоре был проведен англоязычный поиск по эпидемиологии средней зоны лица, а также состоянию верхнечелюстной пазухи с использованием базы данных PubMed. Мы представляем и обсуждаем результаты изучения характера поражения верхнечелюстной пазухи при переломе скулоорбитального комплекса.

Ключевые слова: перелом, скуло-орбитально-верхнечелюстной комплекс, верхне-челюстная пазуха

Rizaev Jasur Alimdjanoich
Tulyaganov Nozim Alisherovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

YONOQ-ORBITAL KOMPLEKSI JAROHATI BO'LGAN BEMORLARDA YUQORI JAG' BO'SHLIG'INING
HOLATI: (ADABIYOT SHARHI)

ANNOTATSIYA

Yuqori jag' bo'shlig'i (sinus maxillaris) barcha burun oldi bo'shliqlarning eng kattasi bo'lib, bu yuz o'rta soxasining katta zarba yutuvchi bo'shlig'i bo'lib, bu sohaning suyaklari jarohatlanganda uning yaxlitligi ko'pincha buzilishi mumkin. Ushbu sharhda PubMed ma'lumotlar bazasidan foydalangan holda o'rta yuz soxasining epidemiologiyasi va yuqori jag' bo'shlig'ining holati bo'yicha ingliz tilidagi qidiruv o'tkazildi. Biz yonoq-orbital kompleksning sinishida yuqori jag' bo'shlig'ining shikastlanish tabiatini o'rganish natijalarini taqdim etamiz va muhokama qilamiz.

Kalit so'zlar: sinish, yonoq-orbital- yuqori jag' kompleksi, yuqori jag' bo'shlig'i

Rizaev Jasur Alimdjanoich
Tulyaganov Nozim Alisherovich
Samarkand State Medical University

STATE OF THE MAXILLARY SINUS IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE ZYGONOORBITAL
COMPLEX: (A LITERATURE REVIEW)

ANNOTATION

Sinus maxillaris - this is the largest of all the paranasal sinuses, which is a large shock-absorbing cavity of the middle zone of the face and its integrity can often be violated when the bones of this area are injured. In this review, an English-language search was performed on the epidemiology of the midface and the condition of the maxillary sinus using the PubMed database. We present and discuss the results of studying the nature of the lesion of the maxillary sinus in a fracture of the zygomatic-orbital complex.

Keywords: fracture, zygomatic-orbital-maxillary complex, maxillary sinus

Введение. Одной из ведущих причин неблагоприятного состояния здоровья населения нашей страны в настоящее время называют высокую распространенность травматизма,

которые в большинстве случаев являются причиной временной утраты трудоспособности, развития инвалидности (Стародубов В.И. 2012; и др.) [39]. Частота встречаемости

травматических повреждений средней зоны лица (СЗЛ) в структуре травм лицевого скелета составляют 27 - 36% [46].

По данным ВОЗ, в 2015 году отмечалось повышение количества травматических повреждений, среди них почти 5 миллионов человек получили смертельные травмы [12, 29, 38].

Социальная значимость травм СЗЛ определяется трудоспособным возрастом пациентов и пиками частоты в возрасте 16-21 и 39 - 55 лет [17, 20,42].

Верхнечелюстная пазуха является крупной амортизационной полостью средней зоны лица и её целостность часто может нарушаться при травмах костей этой области [34]. По мнению К. Раре (1969) переломы стенок гайморовой пазухи являются характерными практически для всех повреждений средней зоны лицевого черепа [62].

По данным Д.А. Трунина (2001) верхнечелюстная пазуха повреждается в 100% переломов верхней челюсти [41].

Существуют различные варианты переломов средней зоны лица, которые могут сопровождаться повреждением стенок верхнечелюстной пазухи:

-перелом скуло-орбитально - верхнечелюстной комплекс (СОВК) - передняя, верхняя, задняя, латеральная стенки;

-Le Fort 1 - медиальная, передняя, задняя, латеральная стенки;

-Le Fort 2 - передняя, верхняя, задняя, латеральная стенки;

-Le Fort 3 - верхняя стенка;

-изолированный перелом нижней стенки орбиты — верхней стенки верхнечелюстной пазухи;

-изолированный перелом передней стенки пазухи.

Из перечисленных выше вариантов травм перелом СОВК по данным литературы является одним из наиболее часто встречающихся вариантов повреждения костей средней зоны лица [58,60,67]. При данном переломе механизм травмы подразумевает вычленение скуловой кости из соединения с окружающими костными структурами и смещение её медиально и кзади в сторону верхнечелюстной пазухи. По данным разных авторов повреждение стенок верхнечелюстной пазух при скуло-орбитально-верхнечелюстных переломах (СОВП) диагностируются в 29-95% наблюдений [3,16,18,27,28,34].

Верхнечелюстная пазуха располагается в теле верхней челюсти и является самой большой воздухоносной полостью черепа. Форму верхнечелюстной пазухи обычно сравнивают с трехгранной либо с четырехгранной пирамидой. Средний объем пазухи колеблется от 15 до 40 см³. Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи частично является нижней стенкой глазницы. Это самая тонкая из стенок пазухи. Передняя стенка верхнечелюстной пазухи простирается от нижнеорбитального края глазницы до альвеолярного отростка верхней челюсти. Задняя стенка верхнечелюстной пазухи соответствует верхнечелюстному бугру и своей задней поверхностью обращена в крыло-нёбную ямку. Латеральная стенка пазухи соответствует скуло-альвеолярному сочленению. Медиальная стенка пазухи является одновременно наружной стенкой полости носа. В передней части ее проходит носослезный канал. Кзади от выступа носослезного канала в самом высоком месте пазухи расположено выходное отверстие верхнечелюстной пазухи, *ostium maxillare*. Величина отверстия колеблется от 2 до 9 мм в длину и от 2 до 6 мм в ширину [37]. Y. Kim (1998) по результатам проведенных

диссекций верхнечелюстных пазух на кадаверном материале определил, что в 76% основное соустье представлено каналом длиной не менее 3 мм [52]. В 10-18% случаев существует дополнительное соустье, локализующееся в области передней, а чаще задней фонтанеллы - дегисценции медиальной стенки пазухи, закрытой дубликатурой слизистой оболочки [52,73]. Основное соустье открывается в решётчатую воронку, располагающуюся в задне-нижнем отделе полулунной щели, пространные между крючковидным отростком и решётчатой буллой.

Крючковидный отросток представляет собой тонкий выступ костной ткани латеральной стенки носа в среднем носовом ходе. Он располагается позади проекции носослезного канала и формирует переднюю границу полулунной щели. Решетчатая булла представляет собой крупную одиночную клетку решетчатой кости, ограничивающую полулунную щель сзади. Совокупность этих структур среднего носового хода в сочетании с соустьями верхнечелюстной и лобной пазух, а также клеток решетчатой кости передней и средней групп, носит название остео-меатальный комплекс [32,53,61]. Патологические изменения в данной зоне, ведущие к блоку соустьев и ухудшению аэрации и дренажа пазух, могут реализовываться в виде синуситов [66].

В большинстве существующих отечественных и зарубежных руководств для челюстно-лицевых хирургов по диагностике и тактике лечения переломов лицевого скелета рекомендации ограничиваются оценкой целостности костных стенок верхнечелюстной пазухи с точки зрения восстановления эстетической функции лица.

Состояние поврежденной верхнечелюстной пазухи неоднократно привлекало внимание исследователей [9,16,17,35,40]. В 1981 г. В.В. Богатов и Д.И. Голиков провели эндоскопическое исследование верхнечелюстной пазухи у 17 больных с СОВП для уточнения характера костных повреждений и состояния слизистой оболочки пазухи. У всех больных были обнаружены патологические изменения в пазухе. При повторном исследовании через 20—30 дней после травмы у 9 из них были выявлены изменения, характерные для хронического верхнечелюстного синусита [4].

При анализе компьютерных томограмм, выполненных через 2 месяца после проведенной остеотомии верхней челюсти, авторами были обнаружены патологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи у всех обследованных пациентов [71].

При этом состояние слизистой оболочки пазухи, наличие в ней патологического содержимого, её функционирование, как правило, остаётся без внимания [24].

С.С. Едранов (2005) детально изучил структурные изменения слизистой оболочки поврежденной верхнечелюстной пазухи на экспериментальной модели [14]. В результате проведенных морфологических и гистохимических исследований выявлено, что травматическое повреждение стенки верхнечелюстного синуса вызывает в слизистой оболочке альтеративно-экссудативное воспаление, наиболее выраженное в зонах, непосредственно прилежащих к линии перелома. Посттравматический воспалительный процесс затрагивает все структуры слизистой оболочки и характеризуется выраженным расстройством кровоснабжения, нарушением

гистоархитектоники тканей, изменением секреторной активности слизистых желёз.

В развитии воспалительного процесса по результатам исследования было выделено три периода: ранний посттравматический период - до 3 суток; период острого посттравматического верхнечелюстного синусита - с 4 по 14 сутки; период хронизации воспалительного процесса — 14—21 сутки [25].

В раннем посттравматическом периоде происходило нарастание сосудисто-тканевой реакции в зоне повреждения, которая характеризовалась изменением микроциркуляции за счёт образования стазов и сладжей, а также усилением миграции лейкоцитов в зону повреждения.

Второй период характеризовался десквамацией и слущиванием эпителиоцитов, а также резкой гиперсекрецией собственных желез слизистой. Данная картина, являясь органоспецифической для структур, содержащих респираторный эпителий, рассматривалась как острый воспалительный процесс.

Период острого воспаления проявлялся нарастающими деструктивными изменениями всех элементов слизистой оболочки, что было связано с нарушением трофических процессов и присоединением риногенной бактериальной флоры [2,36]. Так, по данным Ю.С. Кудрявцевой (2008), рост микрофлоры при бактериологическом исследовании содержимого из повреждённой верхнечелюстной пазухи наблюдался в 64% случаев. В 61,8% выявлен *Streptococcus* spp., в том числе *Streptococcus pneumoniae*, в 22,7% - *Neisseria* spp., в 15,5% - *Staphylococcus* spp. [23].

Завершающий третий этап посттравматических изменений в слизистой оболочке верхнечелюстного синуса был охарактеризован как период хронизации воспалительного процесса.

Таким образом результаты данного проведённого эксперимента подтверждают, что перелом костных стенок верхнечелюстной пазухи приводит к развитию острого верхнечелюстного синусита, который неизбежно переходит в хроническую форму воспаления.

В.Р. Гофман с соавт. приводят данные о возникновении посттравматических синуситов в поврежденных верхнечелюстных пазухах у пациентов с тяжелой черепно-лицевой травмой [11,18,33]. По причине нахождения в условиях искусственной вентиляции легких, у больных длительное время отсутствует нормальная аэрация околоносовых пазух, что на фоне застоя секрета ведет к развитию гнойно-воспалительных осложнений [13].

При переломах средней зоны лица, которые могут сопровождаться повреждением стенок верхнечелюстной пазухи многочисленными авторами большое значение придается развитию гемосинуса в поврежденной верхнечелюстной пазухе [8,10,13,18].

Выстилающий верхнечелюстную пазуху реснитчатый эпителий обеспечивает непрерывный отток содержимого в полость носа через соустье, расположенное в верхнем отделе медиальной стенки пазухи. Верхнечелюстная пазуха, как и остальные околоносовые пазухи, выстлана слизистой оболочкой, покрытой многоядным мерцательным эпителием. Основными его морфофункциональными единицами являются реснитчатые, бокаловидные и вставочные клетки, в соотношении 80%, 20% и 5% соответственно [48]. Их слаженная работа обеспечивает мукоцилиарный клиренс пазухи. Благодаря строгому направлению мерцательных движений, осуществляется

перемещение продуктов секреции слизистой оболочки, оседающих на её поверхности различных чужеродных частиц и микроорганизмов в сторону естественного соустья пазухи. Эффективность мукоцилиарного клиренса определяется, прежде всего, активностью ресничек и вязкостью секретируемой слизи [32]. Верхняя фракция слизи представлена гелем. Нижняя фракция, в которую погружены реснички, является золей, более жидким, чем гелевая фракция. Любые нарушения секреции слизи, изменение её состава, сгущение из-за посторонних примесей могут приводить к вторичной цилиарной дисфункции, нарушать клиренс и проявляться, в конечном счете, хроническим воспалением [31,32,48]. Таким образом, мукоцилиарный клиренс является одним из ведущих неспецифических механизмов первой линии защиты в иммунном барьере слизистых оболочек [6]. Другим условием нормального функционирования верхнечелюстной пазухи является достаточный размер просвета соустья [32].

Процессы альтерации в слизистой оболочке приводят к нарушению мукоцилиарного транспорта, застою и сгущению слизистого секрета. Возникающий отек слизистой оболочки может уменьшать просвет соустья вплоть до полного блока, что помимо усугубления нарушения дренажной функции значительно ухудшает вентиляцию пазухи [14]. Скапливающаяся в пазухе кровь, подвергаясь гемолизу, становится питательной средой для риногенной микрофлоры и может, кроме того, дополнительно блокировать соустье [14,21]. Исследования, проведенные С.Б. Бешпапочным (1979), показали, что внутрикостные сосуды скуловой кости, проходящие в каналах и ячейках губчатого вещества, имеют густую сеть анастомозов с сосудами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и костной тканью верхней челюсти [3,63]. Следовательно, массивное кровоизлияние в слизистую оболочку и полость пазухи может иметь место даже при переломах без значимого смещения костных отломков [3,40,49].

По данным Д.А. Лежнёва (2008), значимость гемосинуса недооценивается лечащими врачами, поскольку окончательный диагноз он был вынесен только в 5,8% изученных случаев [26].

Таким образом, патологические процессы в поврежденной верхнечелюстной пазухе взаимно усугубляют друг друга по типу «порочного круга».

По данным отечественной и зарубежной литературы наблюдается высокая частота клинического выявления посттравматических верхнечелюстных синуситов разной степени выраженности - от 30 до 85% [9,30,36,43], даже при проведении полноценной репозиции костных отломков [28]. Выявление данных воспалительных явлений обычно происходит вследствие манифестации инфекционного процесса в поздний посттравматический или послеоперационный период. При этом ранние морфологические изменения в слизистой оболочке придаточных пазух носа могут и не проявляться клинически [11], но постепенно нарушать выполнение физиологических функций.

По мнению ряда исследователей рентгенологическое исследование является одним из главенствующих этапов в диагностике пациента с лицевой травмой, после клинического осмотра. Оно позволяет оценить степень повреждения костной ткани и определить потребность в

консервативном или хирургическом лечении. При установке диагноза повреждений лицевых костей перед лучевой диагностикой стоят следующие задачи [5,19,22]:

1. Распознавание локализации и характера перелома;
2. Контроль эффективности иммобилизации отломков;
3. Динамическое наблюдение заживления повреждений;
4. Своевременное выявление осложнений.

По данным Р. McLoughlin (1994) в 93,3% случаев выполняются рентгенограммы в двух и более проекциях [56]. Самыми информативными являются рентгенограммы в полуаксиальной и носо- подбородочной проекциях [67]. Аналогом полуаксиальной проекции является часто рекомендуемая в зарубежной литературе аксиальная проекция (submentovertex view) [50]. Данные исследования позволяют визуализировать нижнеорбитальный край, переднюю и латеральную стенки верхнечелюстной пазухи, латеральную стенку орбиты и скуловую дугу [67]. При выполнении снимка в носо- подбородочной проекции возможно дополнительно оценить содержимое верхнечелюстной пазухи [24]. Другими возможными видами выполняемых рентгенограмм могут быть обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях [50].

Однако многими исследователями в качестве «золотого стандарта» лучевой диагностики отдается выбор КТ, поскольку она имеет более высокую чувствительность и специфичность по сравнению с традиционной РГ [7, 19, 26,40,54,57,69,74].

По данным J. Marinaro et al. (2007) чувствительность КТ исследования при переломах лицевого скелета составила 90%, специфичность — 95%, а точность - 92% [55]. Наиболее информативными являются горизонтальная (аксиальная) проекция, позволяющая визуализировать вертикальные костные структуры, и фронтальная (коронарная) проекция, позволяющая визуализировать горизонтальные костные структуры [45,51].

В последнее десятилетие в практику внедрено конусно-лучевое КТ, которое позволяет получить снимки в высоком разрешении при меньшей лучевой нагрузке, что ещё больше позволило расширить возможности визуализации костно-деструктивных изменений лицевого скелета [44,65].

По данным А.А. Зубаревой (2009) в выявлении патологии средней зоны лицевого отдела головы - чувствительность конусно-лучевой КТ составляет 93,6 %, специфичность - 82,6%, точность - 91,1% [15]. Однако, за рентгенографическим исследованием можно оставить роль первоначального скринингового метода [40,70].

Помимо вышперечисленного КТ также позволяет более детально и качественно оценить состояние верхнечелюстной пазухи — изменения слизистой оболочки, наличие и характер содержимого, оценить состояние остео-меатального комплекса и своевременно выявить наличие его блока.

В сравнительном аспекте по данным А.Ю. Васильева (2008) чувствительность КТ в выявлении гемосинуса превосходит чувствительность РГ на 47,6%, составляя 93,6%. Специфичность КТ и РГ при диагностике гемосинуса находятся на одном уровне, составляя 98,9% и 99% соответственно [7].

Существуют различные точки зрения на объем и порядок выполнения рентгенологического исследования. М. Porgel (2000), S. Goh (2002) рекомендуют рентгенограмму в носо- подбородочной проекции (Water's view) как единственно необходимую в пред- и послеоперационный период [47,64].

В. Van den Bergh (2011) проанализировав 1097 послеоперационных рентгенограмм и компьютерных томограмм, выявил необходимость повторного хирургического лечения лишь в 3% случаев [72]. На основании чего им был сделан вывод о нецелесообразности послеоперационной лучевой диагностики. При этом исследователь оценивал лишь качество сопоставления костных отломков, не описывая имеющихся в верхнечелюстной пазухе изменений. В большинстве современных лечебно-диагностических протоколов КТ рекомендуется в качестве обязательного лучевого метода исследования в пред- и послеоперационный период [50,59,68,70]. Тем не менее, учитывая большую доступность выполнения РГ в условиях дежурного стационара, представляется важным сравнить эффективность использования этих двух методов лучевой диагностики на разных этапах лечения пациента, уделяя внимание патологическим процессам, развивающимся в поврежденной верхнечелюстной пазухе [25].

Ретроспективный анализ, за 10-летний период наблюдения, применение лучевых методов исследования в диагностике травм СЗЛ Агзамовой С.С. и соав. было выявлено, что не смотря на 100% проведение рентгенографического исследования скуловой, костей носа и ВЧ только в 26% случаев было сделано МСКТ [1].

Husamettin Top и соавторы (2003) провели клиническое исследование в оценке пациентов с переломами стенки верхнечелюстной пазухи с помощью клинического обследования, челюстно-лицевой компьютерной томографии (КТ) и одноконтрастной эмиссионной томографии костей черепа (ОФЭКТ), а также интерпретировали результаты этих обследований для оценки показаний к операции. Авторы пришли к выводу, что клиническое обследование, КТ челюстно-лицевой области и ОФЭКТ костей черепа являются на сегодняшний день наиболее надежными методами диагностики и динамического наблюдения за осложнениями переломов верхнечелюстной пазухи.

Заключение.

Травмы лицевого скелета являются актуальной проблемой, находящейся на стыке нескольких специальностей: челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии, офтальмологии. Диагностика травм средней зоны лица базируется на массиве накопленных клинической медициной знаний о внешних проявлениях переломов костей лицевого скелета, зубочелюстного комплекса, повреждений мягких тканей лица, содержимого орбит. Поэтому подробный сбор анамнеза и тщательный осмотр больного играют немаловажную роль в определении характера и тяжести повреждения и принятия решения о тактике лечения. Тем не менее, инструментальные методы диагностики являются ведущими и позволяют получить чрезвычайно ценную информацию, на основании которой возможно точно определить необходимый объем вмешательства для максимального устранения последствий повреждения и профилактики осложнений.

Список литературы:

1. Агзамова С.С. Ретроспективный анализ сочетанных травм скулоорбитального комплекса. Стоматологии и краниофациальных исследований. 2021:407-410. [Agzamova S.S. Retrospective analysis of combined injuries of the zygomatic-orbital complex. Dentistry and craniofacial studies. 2021:407-410. (In Russia)].
2. Антибактериальная терапия у больных с травмами околоносовых пазух. В.Т. Пальчун [и соавт.]. Российская ринология. 2007;2: 69. [Antibacterial therapy in patients with paranasal sinus injuries. V.T. Palchun [et al.]. Russian rhinology. 2007;2: 69. (In Russia)].
3. Ахроров, А. Ш., Исаев, У. И., & Ёкубов, Ф. П. (2023). СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА. Journal of new century innovations, 21(1), 126-129.
4. Боймуратов Ш.А. Значение компьютерно-томографического исследования у больных с переломами скуловой кости и скуловой дуги. Российская оториноларингология. 2009;4: 38-40. [Boymuradov Sh.A. The value of computed tomography in patients with fractures of the zygomatic bone and zygomatic arch. Russian otorhinolaryngology. 2009;4: 38-40. (In Russia)].
5. Бузрукзода Ж. Д. и др. УСТРАНЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА //Интернаука. – 2021. – №. 7-1. – С. 25-27.
6. Бузрукзода, Ж., Ахтамов, Ш., & Щербакова, 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
7. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей. Российская ринология. 1993;1: 40-46. [Bykova V.P. The mucous membrane of the nose and paranasal sinuses as an immune barrier of the upper respiratory tract. Russian rhinology. 1993;1: 40-46. (In Russia)].
8. Васильев А.Ю. Комплекс лучевых методов в диагностике травм челюстно-лицевой области. Бюллетень сибирской медицины. 2008;3: 92-96. [Vasiliev A.Yu. A complex of radiological methods in the diagnosis of injuries of the maxillofacial region. Bulletin of Siberian Medicine. 2008;3: 92-96. (In Russia)].
9. Гайворонский А.В. Тактика ведения больных с гемосинусом травматического генеза. Российская ринология. 2003;2: 85. [Gaivoronsky A.V. Tactics of managing patients with hemosinus of traumatic origin. Russian rhinology. 2003;2: 85. (In Russia)].
10. Гатальская И.Ю. Лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при скуловерхнечелюстных переломах в условиях сочетанной травмы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. [Gatalskaya I.Yu. Lecheniye i profilaktika verxnchelyustnogo sinusita pri skuloverxnchelyustnyx perelomax v usloviyax sochetannoy travmi. [Abstract] M.; 2010. (In Russ.)].
11. Горбунов В.А. Гемосинус и тяжёлая черепно-мозговая травма. Военно-медицинский журнал. 2001;11: 39-40. [Gorbunov V.A. Hemosinus and severe traumatic brain injury. Military Medical Journal. 2001;11: 39-40. (In Russia)]
12. Гофман В.Р. Морфологическое обоснование показаний к оперативному вмешательству на околоносовых пазухах. Российская ринология. 1998;2: 33-34. [Hoffman V.R. Morphological substantiation of indications for surgical intervention on the paranasal sinuses. Russian rhinology. 1998;2: 33-34. (In Russia)]
13. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. Второе издание Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2014:503. [Gundorova R.A., Neroyev V.V., Kashnikov V.V. Travmi glaza. Vtoroye izdaniye Moskva izdatelskaya gruppy «GEOTAR-Media». 2014:503. (In Russia)]
14. Гюсан А.О. Повреждение околоносовых пазух при черепно-мозговой травме. Российская ринология. 2007;2: 88. [Gusan A.O. Damage to the paranasal sinuses in traumatic brain injury. Russian rhinology. 2007;2: 88. (In Russia)]
15. Едранов С.С. Структурные изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при его механической травме: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Владивосток; 2005. [Edranov S.S. Strukturnie izmeneniya slizistoy obolochki verxnchelyustnogo sinusa pri yego mekhanicheskoy travme. [Abstract] Vladivostok. 2005. (In Russia)]
16. Зубарева А.А. Комплексная клиничко-лучевая диагностика и лечение риноодонтогенной инфекции лицевого черепа: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – СПб.; 2009. [Zubareva A.A. Kompleksnaya kliniko-luchevaya diagnostika i lecheniye rinoodontogennoy infektsii litseвого cherepa. [Abstract] SPb.; 2009. (In Russia)]
17. Зуев В.П. Оперативное лечение при повреждении верхнечелюстной пазухи. Стоматология. 1986;6: 74-75. [Zuev V.P. Surgical treatment for damage to the maxillary sinus. Dentistry. 1986;6: 74-75. (In Russia)]
18. Идрис М.И. Клиника, диагностика и оперативное лечение черепно-лицевой травмы, сочетающейся с повреждением околоносовых пазух// автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2012. [Idris M.I. Klinika, diagnostika i operativnoye lecheniye cherepno-litsevoy travmi, sochetayusheysya s povrejdeniyem okolonosovix pazux.vtoref. [Abstract] SPb.; 2012. (In Russia)]
19. Ильясов Д.М. Обоснование рациональной оториноларингологической тактики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы с повреждением пазух носа. Вестник оториноларингологии. 2012;4: 18-21. [Ilyasov D.M. Substantiation of rational otorhinolaryngological tactics in patients with severe concomitant head injury with damage to the sinuses. Bulletin of otorhinolaryngology. 2012;4: 18-21. (In Russia)]
20. Ипполитов В.П., Рабухина Н.А., Колескина С.С. Сравнительная клиничко-рентгенологическая оценка методов остеосинтеза при лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей верхней и средней зон лица. Стоматология. 2003;1: 23-26. [Ippolitov V.P., Rabukhina N.A., Koleskina S.S. Comparative clinical and

- radiological assessment of osteosynthesis methods in the treatment of patients with post-traumatic defects and deformities of the bones of the upper and middle zones of the face. *Stomatologiya*. 2003;1: 23-26. (In Russ.)]
21. Использование спиральной компьютерной томографии на этапах лечения больных с дефектами и деформациями лицевых костей и мягких тканей лица / Н.А. Рабухина [и др.]. *Стоматология*. 2007; 5: 44-47. [Ispolzovaniye spiralnoy kompyuternoy tomografii na etapakh lecheniya bolnix s defektami i deformatsiyami litsevix kostey i myagkix tkaney litsa / N.A. Rabuxina [i dr.]. *Stomatologiya*. 2007; 5: 44-47. (In Russ.)]
 22. Исхакова, З. Ш., Исхакова, Ф. Ш., Нарзиева, Д. Б., Абдуллаев, Т. З., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей. *Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences*, 2(15), 43-48.
 23. Исхакова, З. Ш., Нарзиева, Д. Б., & Исхакова, Ф. Ш. (2023). РОЛЬ ГИДРОКСИАПАТИТА И ЭЛЛАГОВОЙ КИСЛОТЫ В ОСТЕОГЕНЕЗЕ. *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(14), 116-124.
 24. Клинические аспекты лечения травмы средней зоны лица / П.П. Капланов [и др.] // *Актуальные проблемы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*. Великий Новгород; 2003: 63-68. [Klinicheskkiye aspekti lecheniya travmi sredney zoni litsa / P.P. Kaplanov [i dr.] // *Aktualnie problemi chelyustno-litsevoy xirurgii i xirurgicheskoy stomatologii*. Velikiy Novgorod; 2003: 63-68. (In Russia)]
 25. Косовой А.Л. Рентгенологическая диагностика изолированных и сочетанных переломов назоорбитальной области. *Стоматология*. 1993;2: 32-35. [Kosovoy AL. R-ray diagnosis of isolated and combined fractures of the naso-orbital region. *Stomatologiya*. 1993;2: 32-35. (In Russia)]
 26. Кудрявцева Ю.С. Диагностическая и лечебная тактика при травматическом повреждении стенок верхнечелюстной и лобной пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2008. [Kudryavseva Yu.S. Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika pri travmaticheskom povrejdenii stenok verxnetchelustnoy i lobnoy pazux. [Abstract] M.; 2008. (In Russia)]
 27. Курусь А.А. Выбор метода лучевой диагностики на разных этапах лечения переломов средней зоны лица, сопровождающихся повреждением стенок верхнечелюстной пазухи. *Российская оториноларингология*. 2014;1: 128-132. [Kurus A.A. The choice of the method of radiation diagnostics at different stages of the treatment of fractures of the middle zone of the face, accompanied by damage to the walls of the maxillary sinus. *Russian otorhinolaryngology*. 2014;1: 128-132. (In Russ.)]
 28. Лежнев Д. А. Лучевая диагностика травматических повреждений челюстнолицевой области: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008. [Lejnev D. A. Luchevaya diagnostika travmaticheskix povrejdeniy chelyustnolitsevoy oblasti. [Abstract] M.; 2008. (In Russ.)]
 29. Лечебная тактика при повреждении околоносовых пазух у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. / К.П. Головкин [и др.]. // *Российская оториноларингология*. 2010;3: 52-63. [Lechebnaya taktika pri povrejdenii okolonosovix pazux u postradavshix s tyazelay sochetannoy travмой. / K.P. Golovko [i dr.]. // *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2010;3: 52-63. (In Russ.)]
 30. Лобатый А.П. Новые технологии хирургического лечения повреждений скулового комплекса: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1998. [Lobaty A.P. Novie tehnologii xirurgicheskogo lecheniya povrejdeniy skulovogo kompleksa. [Abstract] Novosibirsk; 1998. (In Russ.)]
 31. Малиновская Н.А., Троянская Р.Л., Степанов В.В., Монахов Б.В. Особенности клиники и хирургического подхода при переломах прорыва (blowoutfractures) глазницы. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2012;6 (135): 94-98. [Malinovskaya N.A., Troyanskaya R.L., Stepanov V.V., Monakhov B.V. Features of the clinic and surgical approach in fractures of the breakthrough (blowoutfractures) of the orbit. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2012;6 (135): 94-98. (In Russ.)]
 32. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОННО-АРТИКУЛЯЦИОННОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Conferencea*, 195-196.
 33. Мусурманов Ф. И., Кубаев А. С., Пулатова Б. Ж. METABOLIK SINDROM BILAN KECCHAYOTGAN YUZ-JAG 'SOHASI FLEGMONALARINING KLINIKO-IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI // *ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ*. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
 34. Мусурманов, Ф. И., Максудов, Д. Д., Исмаилов, Н. С., & Пулатова, Б. Ж. (2020). Принципы защитных мероприятий при оказании неотложной помощи у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. In *Научные исследования молодых ученых* (pp. 167-169).
 35. Павлов В.В. Переломы костных стенок околоносовых пазух и их лечение у спортсменов: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М.; 2007. [Pavlov V.V. Perelomi kostnix stenok okolonosovix pazux i ix lecheniye u sportsmenov. [Abstract] M.; 2007. (In Russ.)]
 36. Пискунов Г.З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". 2006. [Piskunov G.Z. Klinicheskaya rinologiya: Rukovodstvo dlya vrachey. / G.Z. Piskunov, S.Z. Piskunov. - 2-ye izd., ispr. i dop. M.: ООО "Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo". 2006. (In Russ.)]
 37. Посттравматические и нозокомиальные синуситы у пострадавших с политравмой. Особенности патогенеза и лечебной тактики. *Российская оториноларингология*. 2008;3: 170-175. [Post-traumatic and nosocomial sinusitis in patients with polytrauma. Features of pathogenesis and treatment tactics. *Russian otorhinolaryngology*. 2008;3: 170-175. (In Russ.)]
 38. Ризаев Ж.А., Азимов М.Н., Храмова Н.В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход. *Journal of medicine and innovations*. 2021;1(1): 28-30. [Rizaev J.A.,

- Azimov M.N., Khranova N.V. Pre-hospital factors affecting the severity of the course of odontogenic purulent-inflammatory diseases and their outcome. *Journal of medicine and innovations*. 2021;1(1): 28-30. (In Russ.)
39. 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>.
40. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2х томах. Т.1 / Под ред. В. М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медицина. 2000. [Rukovodstvo po khirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litseyvoy khirurgii: v 2x tomax. T.1 / Pod red. V. M. Bezrukova, T.G. Robustovoy. Izd. 2-ye, pererab. i dop. M.: Meditsina. 2000. (In Russ.)]
41. Самохвалов И.М. Тяжелая сочетанная черепно-лицевая травма с повреждением околоносовых пазух. *Вестник российской военно-медицинской академии*. 2013;2: 1-7. [Samokhvalov I.M. Severe combined craniofacial injury with damage to the paranasal sinuses. *Bulletin of the Russian military medical academy*. 2013;2: 1-7. (In Russ.)]
- a. Сиволопов К.А. Реабилитация больных с переломами и деформациями средней зоны лица: автореф. дис.... д-ра. мед. наук. Омск; 2001. [Sivolapov K.A. Reabilitatsiya bolnix s perelomami i deformatsiyami sredney zoni litsa. [Abstract] Omsk; 2001. (In Russ.)]
42. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека: в 4 томах. Том 1. / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, А.Я. Синельников. М.: Новая волна. 2007. [Sinelnikov R.D. Atlas anatomii cheloveka: v 4 tomax. Tom 1. / R.D. Sinelnikov, Ya.R. Sinelnikov, A.Ya. Sinehnikov. M.: Novaya volna. 2007. (In Russ.)]
43. Сироткина И.А., Бухарина Е.С. Особенности реконструкции нижней стенки орбиты у пациентов с анофтальмом. *ВЕСТНИК ОГУ*. 2014;173 (12): 268-270. [Sirotkina I.A., Bukharina E.S. Features of the reconstruction of the lower wall of the orbit in patients with anophthalmos. *Bulletin of OGU*. 2014;173 (12): 268-270. (In Russ.)]
44. Стародубов В.И. Тенденции состояния здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России. *Менеджер здравоохранения*. М.; 2012. [Starodubov V.I. Tendensii sostoyaniya zdorovya naseleniya i perspektivi razvitiya zdavoohraneniya v Rossii. Menedjer zdavoohraneniya. M.; 2012. (In Russ.)]
45. Сысолятин П.Г. Роль лучевых методов исследования в диагностике и лечении челюстно-лицевых повреждений. *Сибирский медицинский журнал*. 2010;3: 11-14. [Sysolyatin P.G. The role of radiation research methods in the diagnosis and treatment of maxillofacial injuries. *Siberian Medical Journal*. 2010;3: 11-14. (In Russ.)]
46. Трунин Д.А. Оптимизация лечения больных с острой травмой средней зоны лица и профилактика посттравматических деформаций: автореф. дис.. д-ра. мед. наук. М.; 1998. [Trunin D.A. Optimizatsiya lecheniya bolnix s ostroy travmoy sredney zoni litsa i profilaktika posttravmaticheskix deformatsiy. [Abstract] M.; 1998. (In Russ.)]
47. Хохлачев СМ. Профилактика и лечение острых синуситов у больных с черепно-мозговой травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2008. [Xohlachev SM. Profilaktika i lecheniye ostrix sinusitov u bolnix s cherepno-mozgovoy travmoy [Abstract] M.; 2008. (In Russ.)]
48. Ozkaya O. A retrospective study of the epidemiology and treatment of maxillofacial fractures. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2009;3: 262-266.
49. Alimdjaniyov R. J., Saidolimov K. A., Shavkatovna A. M. OPTIMIZATION OF THE REFLEXOTHERAPY METHOD FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN THE PATHOLOGY OF THE FACIAL AND JAW AREA //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 3.
50. Alimdzhanovich, R. Z., Dalievich, N. B., & Bakhtiyorovna, N. D. (2021). Lymphotropic therapy for diseases of the Maxillofacial Region. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 2(2), 111-120.
51. Alimjanovich, R. Z., & Rustamovich, B. L. (2022). НОВЫЙ ПОДХОД К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РЕЗОРБЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(5).
52. Al-Rafee, M.A. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review / M.A. Al-Rafee // *J. Fam. Med. Prim. Care*. – 2020. – Vol. 9, № 4. – P. 1841.
53. Bekmuratov, L. R. (2023). Cardiovascular diseases in patients with diabetes mellitus. *Ta'lim va rivojlanish tahlili onlayn ilmiy jurnali*, 3(1), 193-198.
54. 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.
55. Choudhary A.B. Utility of digital volume tomography in maxillofacial trauma. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011;6: 135-140.
56. Gentile M. Management of Midface Maxillofacial Trauma. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*. 2013; 1: 69-95.
57. Hupp J.R. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, / J.R. Hupp, E. Ellis, M. Tucker. - 6th edition. Philadelphia: Elsevier; 2013.
58. Iskhakova Z. S., Iskhakova F. S., Narzieva D. B. THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 20-25.
59. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.

60. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
61. Liu Z, Li C, Zhou J, Sun X, Li X, Qi M, Zhou Y. Endoscopically controlled flapless transcrestal sinus floor elevation with platelet-rich fibrin followed by simultaneous dental implant placement: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Apr;97(17):e0608. doi: 10.1097/MD.00000000000010608. PMID: 29703061; PMCID: PMC5944550.
62. Lumberras B. Unexpected findings at imaging: predicting frequency in various types of studies. *European Journal of Radiology*. 2010;1: 269-274.
63. Mehta N. The imaging of maxillofacial trauma and its pertinence to surgical intervention. *Radiologic Clinics of North America*. 2012; 1: 43-57.
64. Naveen Shankar A. The pattern of the maxillofacial fractures: a multicentre retrospective study. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2012; 8: 675-679.
65. Neligan P.C. *Plastic Surgery, Volume 3: Craniofacial, head and neck surgery and pediatric plastic surgery* / P.C. Neligan, J.E. Losee, E.D. Rodriguez. - 3rd edition. - Philadelphia: Elsevier; 2012.
66. Rizaev Elyor Alimdjaniyovich, & Buzrukhoda Javokhirkhon 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>
67. Rizaev J. A., Agzamova S.S. & Yuldashov. S. A. Improvement of Surgical Treatment with Combined Sculoorbital Injuries. *Global Journal of Medical Research: J Dentistry & Otolaryngology*. 2020;1(20),1: 13-16. SJIF (2020) - 7,217. DOI: 10.17406/GJMRA
68. Rizaev, E. A., & Buzrukhoda, 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.
69. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. *Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery*, 677-678.
70. Seier T, Hingsammer L, Schumann P, Gander T, Rucker M, Lanzer M. Virtual planning, simultaneous dental implantation and CAD/CAM plate fixation: a paradigm change in maxillofacial reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020 Jul;49(7):854-861. doi: 10.1016/j.ijom.2019.11.010. Epub 2019 Dec 20. PMID: 31870519.

Ибрагимов Даврон Дастамович
Кучкаров Фирдавс Шералиевич
Усмонов Рахматулло Файзуллаевич
Самаркандский Государственный
медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
(случай из практики)

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Неуклонный рост вялотекущих и хронических заболеваний челюстно-лицевой области, характеризующихся гипергической воспалительной реакцией наблюдается уже в течение нескольких десятилетий. Объяснить этиопатогенетическое возникновение одонтогенного остеомиелита при несвоевременной диагностике и хирургическая тактика лечения. Таким образом, от ранней диагностики, объективной оценки тяжести состояния пациентов во многом зависит успех лечения больных с одонтогенной инфекцией челюстей.

Ключевые слова: Челюстно-лицевая хирургия, остеомиелит, нижняя и верхняя челюсть, гной-воспалительный процесс, удаление зуба.

Ibragimov Davron Dastamovich
Kuchkarov Firdavs Sheralievich
Usmonov Rakhmatullo Fayzullayevich
Samarkand State Medical University

SURGICAL DENTAL TACTICS IN CASE OF UNTIMELY DIAGNOSIS OF ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS
(case from practice)

ANNOTATION

A steady increase in sluggish and chronic diseases of the maxillofacial region, characterized by a hypergic inflammatory reaction, has been observed for several decades. To explain the etiopathogenetic occurrence of odontogenic osteomyelitis with untimely diagnosis and surgical treatment tactics. Thus, the success of treatment of patients with odontogenic jaw infection largely depends on early diagnosis and an objective assessment of the severity of the patient's condition.

Keywords: maxillofacial surgery, osteomyelitis, lower and upper jaw, pus-inflammatory process, tooth extraction.

Ibragimov Davron Dastamovich
Qo'chqorov Firdavs Sheralievich
Usmonov Raxmatullo Fayzullayevich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

ODONTOGEN OSTEOMIYELITNI O'Z VAQTIDA TASHXIS QO'YILMAGANDA JARROHLIK
STOMATOLOGIK TAKTIKASI (amaliyotdan namuna)

ANNOTATSIYA

Giperigik yallig'lanish reaksiyasi bilan tavsiflangan yuz-jag' soxasining sust va surunkali kasalliklarining barqaror o'sishi bir necha o'n yillar davomida kuzatilib kelmoqda. O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yish va to'g'ri davolashning jarrohlik taktikasi bilan odontogen osteomiyelitning etiopatogenetik paydo bo'lishini tushuntirish. Shunday qilib, jag'ning odontogen infektsiyasi bo'lgan bemorlarni davolashning muvaffaqiyati bo'lishi ko'p jihatdan erta tashxis qo'yish, bemorlarning ahvoli og'irligini ob'ektiv baholashga bog'liq.

Kalit so'zlar: yuz-jag' jarroxligi, osteomiyelit, pastki va yuqori jag', yiring-yallig'lanish jarayoni, tish olish.

Введение: Проблема лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями по-прежнему актуальна, поскольку частота этой патологии не снижается, а фармакотерапия не всегда оказывается достаточно эффективной.

Неуклонный рост вялотекущих и хронических заболеваний челюстно-лицевой области, характеризующихся гипергической воспалительной реакцией наблюдается уже в течение нескольких десятилетий. Развитие гнойного воспаления большинство исследователей связывают, как с изменениями в этиологической структуре возбудителей и их свойств, так и с нарушениями иммунного статуса организма. На современном этапе отмечается развитие воспаления под влиянием резидентной флоры одонтогенных очагов и отдельных патогенов, потенциально обладающих вирулентностью, инвазивностью и токсичностью. В последнее десятилетие отмечено расширение видового спектра возбудителей, где сочетается резидентная и патогенная инфекция, с последовательной сменой доминирования аэробных, облигатно-анаэробных и факультативных анаэробов. При одонтогенных остеомиелитах более половины штаммов представлены неспорообразующими анаэробными бактериями, грамположительными кокками, а также встречаются актиномицеты, вейллонеллы. В структуре вялотекущих и хронических заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенные остеомиелиты нижней челюсти занимают особое место в силу того, что поражения костной ткани челюстей воспалительного и травматического генеза претерпели в настоящее время существенные изменения.

В последние годы возросло число так называемых «первично-хронических», гипергических форм одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, когда острый период заболевания не определяется или протекает без выраженной острой стадии и явных признаков воспаления и интоксикации и в анамнезе есть указание только на воспалительные явления в области зуба. Значительно изменились и клинико-рентгенологические проявления этого заболевания. Большой редкостью стали больные с «классической» клиникой острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, что существенно затрудняет постановку правильного диагноза в острой фазе заболевания. На смену диффузным формам хронического остеомиелита, протекавшим с выраженными деструктивными изменениями и секвестрацией, в настоящее время пришли очаговые и диффузные rareфицирующие, гиперостозные формы с преобладанием резорбтивных и продуктивных реакций над некротическими, характеризующиеся медленным, торпидным течением, частыми обострениями. Поражаются преимущественно нижняя челюсть, ее основание и угол [3, 5].

Атипичные проявления хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти обуславливают неустановленный диагноз в острой стадии заболевания почти у половины больных, что приводит к неадекватному медикаментозному и хирургическому лечению. Для деструктивных форм присуща длительная секвестрация с неоднократными обострениями. При диффузных поражениях наблюдалось прогрессирование процесса, в ряде случаев сопровождающееся патологическим переломом. Отличительной особенностью продуктивно-

деструктивной формы является «ползущий» характер процесса, отсутствие у части больных свищей и тени секвестров на рентгенограммах, что дезориентирует врачей [1, 2, 3].

Цель: Объяснить этиопатогенетическое возникновение одонтогенного остеомиелита при несвоевременной диагностике и хирургическая тактика лечения.

Материал и методы обследования: Приводим случай из нашей практики. Больной С., 37 год поступила в отделение челюстно – лицевой хирургии (ЧЛХ) центральной больницы города Самарканда с жалобами на наличие болезненности и отека в области нижней челюсти справа, припухлости, гнойного выделения в области десен зубов нижней челюсти справа и неприятного запаха из за рта.

Из анамнеза больная болевает в течение 5 месяцев, свое заболевание связывает с зубной болью нижней челюсти справа. Поначалу больная не обращалась к врачам по поводу зубной боли, занималась самолечением. Вскоре вынуждена была обратиться за помощью к врачу частой клиники. После осмотра врача стоматолога был удален 46 зуб. После удаления зуба болезненность не прекратилась, а наоборот боль усиливалась, и больная неоднократно обращалась за помощью к местным стоматологом по поводу своей проблемы. Неоднократно проводилось хирургическое выскабливание удаленного зуба, антибактериальная терапия и хирургическое вскрытие подчелюстного абсцесса. После 24 дней хирургических вмешательств гнойное выделение со стороны слизистой оболочки подчелюстной области не прекращалось. В течение пяти месяцев со стороны стоматологов по месту жительства и города Самарканда проводилось 4 хирургических манипуляций, после которых положительных результатов не наблюдалось. Больная вынуждена была обратиться к челюстно-лицевым хирургам с вышеизложенным жалобами.

При объективном осмотре лицо больной ассиметрично, в подчелюстной области справа имеется рана послеоперационного вмешательства, вокруг кожный покров гиперемирован, в центре раны наблюдается грануляционная ткань. При пальпации обнаружилось гнойное выделение из раны. Открывание рта больной болезненно, ограничено. Также при осмотре в правой подъязычной области имеется послеоперационная рана, вокруг слизистая оболочка гиперемирована, при пальпации наблюдается гнойное выделение. Установлен клинический диагноз: Состояние после операции. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от 46 зуба в стадии обострения. Больному назначено комплексное лечение в условиях стационара. Проведена остеопластика с помощью экспланта изготовленный фирмы конмед после операции секвестрэктомии.

Результаты: Таким образом, от ранней диагностики, объективной оценки тяжести состояния пациентов во многом зависит успех лечения больных с одонтогенной инфекцией челюстей. Несмотря на достигнутые успехи в медицинской практике, лечение острого и хронического остеомиелита челюстей остается сложным и недостаточно эффективным. Одной из причин этого считается несвоевременная диагностика процесса, которая приводит к утяжелению клинического течения, склонности к генерализации процесса, к тяжелым септическим осложнениям и к неблагоприятным исходам. Данный

контингент больных требует активного, подчас дорогостоящего лечения в условиях специализированного стационара. У пациентов хронический остеомиелит челюстей длится от 6 месяцев до нескольких лет и предусматривает продолжительное лечение, в том числе с многократным проведением хирургических вмешательств. Поэтому своевременная диагностика и комплексное лечение пациентов с одонтогенным остеомиелитом челюстей считается чрезвычайно актуальной проблемой в практике челюстно – лицевой хирургии и в хирургической стоматологии.

Выводы: Хронический остеомиелит альвеолярного отростка возникает чаще на нижней челюсти в связи с тем, что в нижней челюсти проходит один магистральный сосуд - нижняя луночковая артерия, которая в основном питает зубы, а кровоснабжение челюсти осуществляется за счет сосудов периоста. При тромбозе этих сосудов в результате травмы или воспаления происходит омертвление того или иного участка костной ткани в результате нарушение питания. Процесс секвестрации длительный, зависит от многих причин: вялого течения воспаления в связи с понижением иммунитета пациента, наличия у него сопутствующей патологии, аллергических реакций и т.д.

Список литературы:

1. Ибрагимов Д. Д. и др. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики) //Scientific progress. – 2021. – Т. 2. – №. 5. – С. 287-291.
2. Ибрагимов Д. Д., Кучкоров Ф. Ш. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 852-855.
3. Ибрагимов Д. Д., Кучкоров Ф. Ш., Исмаев Н. С. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаление зуба мудрости Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины //Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. – 2021.
4. Кучкоров Ф. Ш. Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинко-статического анализа //Наука молодых-наука будущего. Новая наука. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 2.
5. Нарзикулов Ф., Кучкоров Ф., Ибрагимов Д. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитие переимплантитов //Дни молодых учёных. – 2022. – №. 1. – С. 88-89.
6. Ibragimov, D. D., Mavlyanova, U. M., Gaffarov, U. B., KUCHKOROV, F., & Akramov, N. M. (2021). The case of hemifacial microsomia in blood brothers. *THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука*, (9), 793-795.
7. Ибрагимов, Д. Д., Кучкаров, Ф. Ш., Азаматов, У. А., & Валиева, Ф. С. (2021). Развитие Деформации Лица При Неправильном Диагностировании Доброкачественных Опухолей Челюстно-Лицевой Области. *Central Asian Journal of Theoretical and Applied Science*, 2(10), 117-120.
8. Ismatov, F., Ibragimov, D., Gaffarov, U., Iskhakova, Z., Valieva, F., & Kuchkorov, F. (2021). ASSESSMENT OF RISK FACTORS INFLUENCING DENTAL HEALTH IN HIGHER EDUCATION STUDENTS. *InterConf*, 721-732.
9. Ibragimov, D., Boymuradov, S., Gaffarov, U., Iskhakova, Z., Valieva, F., & Kuchkorov, F. (2021). IMMUNOCORRECTION OF PATIENTS IN COMPLEX TREATMENT WITH COMBINED INJURIES OF THE FACE BONES. *InterConf*, 712-720.
10. Кучкоров, Ф. Ш., Ибрагимов, Д. Д., Абдуфаттоев, Ж. А., & Исмаев, Н. С. (2023). ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЭЛЮДРИЛ ПРО И ОСТЕОГЕНОН ПОСЛЕ СЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЕ ЗУБА. In *АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ* (pp. 398-402).
11. Ибрагимов, Д. Д., Мардонова, Н. П., Исмаев, Н. С., & Кучкоров, Ф. Ш. (2023). ЖАҒ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ТРОМБОЦИТЛАР БИЛАН ТЎЙИНГАН ФИБРИНИНГ ҚЎЛЛАШ АВЗАЛЛИГИ. *MedUnion*, 2(1), 88-93.
12. Абдуллаев, Б. А., Абдуфаттоев, Ж. А., Антонов, А. А., Ануфриева, О. В., Базарова, Л. В., Бакаева, О. Н., ... & Яворская, О. А. (2023). Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития.
13. Ибрагимов, Д. Д., Мавлянова, У. М., Гаффаров, У. Б., Кучкоров, Ф. Ш., & Исмаев, Н. С. (2021). Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. In *Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области* (pp. 48-51).
14. Ибрагимов, Д. Д., Гаффаров, У. Б., Исхакова, З. Ш., & Кучкоров, Ф. Ш. (2018). Клиническое наблюдение наличия в протоке крупного конкремента поднижнечелюстной слюнной железы. *ТОМ-II*, 447.
15. Кучкоров Ф.Ш. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б. (2023/7/12). Пути повышения эффективности лечения у больных с периоститом челюстей. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием "Максудовские чтения". 86-90.
16. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузибаев, Н.Ш. Худойбердиев. (2023/6/16). Актуальные вопросы современной науки и инноватики. *Вестник науки*. 30-35
17. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. (2023/5/29). РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Научный потенциал – 2023. *Новая наука*. 208-214.
18. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. (2023/5/25). IMPROVING THE EFFECTIVENESS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PERIOSTITIS OF THE JAWS WITH THE USE OF

- DRUGS DECASAN AND STOMORAD. INTERDISCIPLINARY RESEARCH, EDUCATION AND INNOVATION. International scientific conferences Conference II. 8-14.
19. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. (2023/5/16). Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 156-159.
 20. Туйчиева М.А. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М. (2023/4/26). ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЕ ЗУБА. МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ». ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ. 67-70.
 21. Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучкоров Ф.Ш., Нарзикулов А.Р. (2023/4/26). ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ФУРАСОЛ И ФАРИНГОСОЛ САЛВАНОЛС ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ». ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ. 42-44.
 22. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. (2023/3/21). ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ФУРАСОЛ И ФАРИНГОСОЛ САЛВАНОЛС ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. МОЛОДЕЖЬ И НАУКА 2023: К ВЕРШИНАМ ПОЗНАНИЯ. *Новая наука.* 7-13.
 23. Махаммадиев Ахмадхон Орифхонович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. (2023/3/20). ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВА И НАУКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. *Новая наука.* 112-118.
 24. Гаффоров Усмон Бобоназарович Исमतов Навруз Самадович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастамович. (2023/3/20). ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ. НАУКА XXI ВЕКА: ВЫЗОВЫ, СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ. *Новая наука.* 28-34.
 25. Сирожидинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. (2023/3/13). Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. Исследовательская работа – 2023. *Новая наука.* 16-19.
 26. Омонов Отамурод Зиёдуллаевич Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Файзуллаев Фармонбек Махмаёкуб угли. (2023/2/2). Применение аутоплазмотерапии при комплексном лечении переломов верхней челюсти. Наука молодых - наука будущего. *Новая наука.* 183-187.
 27. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. (2023/2/2). Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинико-статического анализа. Наука молодых - наука будущего. *Новая наука.* 146-150.
 28. Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. (2023/2/2). Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. *Новая наука.* 168-173.
 29. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. (2023). ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ДЕКАСАН И СТОМОРАД. ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ И ПРИКЛАДНАЯ НАУКА: СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ. *Новая наука.* 328-339.
 30. Кучкорова К.Х. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д. (2023/1/12). Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. Инновации в медицине: от науки к практике. 71 научно-практическая конференция с международным участием. 156-157.
 31. Садриддинова Ш.С. Кучкоров Ф.Ш., Кучкорова К.Х., Норпулатов Д. Обоснование эффективности местного применения антисептика и остеорегенеративного препаратов после удаления зуба. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием "Максудовские чтения". 129-132.

Shirinova Hilola Hamroqulovna
Buxoro davlat tibbiyot instituti

AHOLI ORASIDA PARODONT TO'QIMASI KASALLIKLARINING XAVF OMILLARI

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

ANNOTATSIYA

Ushbu maqola parodontit kasalligi patogenezi va metabolik sindrom bilan bog'liq. Qandli diabet, arterial gipertenziya, dislipidemiya, gormonal o'zgarishlar va parodont to'qimalarning holati o'rtasidagi bog'liqlikning mumkin bo'lgan mexanizmlari tahlil qilinadi.

Kalit so'zlar: metabolik sindrom, qandli diabet, arterial gipertenziya, ortiqcha tana vazn, dislipidemiya, parodontit.

Ширинава Хилола Хамроқулловна
Бухарский государственный
медицинский институт

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассматривается патогенез пародонтита и метаболического синдрома. Проанализированы возможные механизмы связи между сахарным диабетом, артериальной гипертензией и дислипидемией и состоянием тканей пародонта.

Ключевые слова: метаболический синдром, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение, дислипидемия, пародонтит.

Shirinova Khilola Khamroqulovna
Bukhara State Medical Institute

RISK FACTORS OF PERIODONTAL DISEASE AMONG THE POPULATION

ANNOTATION

This article deals with pathogenesis of periodontitis and metabolic syndrome. Possible mechanisms of connection between diabetes mellitus, arterial hypertension and dyslipidemia and condition of periodontal tissues are analyzed.

Key words: metabolic syndrome, sugar deabet, arterial hypertension, obesity, dyslipidemia, periodontitis.

Tadqiqotning dolzarbligi. Parodont to'qimasi kasalliklari aholi orasida juda keng tarqalgan bo'lib, yoshga qarab rivojlanadi va 40 yoshga kelib u aholining deyarli 100 foiziga ta'sir qiladi. Ko'pincha parodontal kasalliklar asemptomatikdir, shuning uchun ularni erta tashxislash va oldini olish uchun bemorlarda og'iz bo'shlig'ining himoya omillari holatini har tomonlama tekshirish va xususiyatlari zarur.

Mamlakatimizda ham, chet elda ham parodontal kasallik muammosi bo'yicha ko'p yillik tadqiqotlarga qaramay, patogeneznining ko'p jihatlari, asoratlarning klinik variantlari, uni o'z vaqtida tashxislash va samarali oldini olish noaniq, munozarali va kam tushunilgan bo'lib qolmoqda. Muammoning etarlicha o'rganilmagan masalalaridan biri bu asosiy kasalliklarga chalingan odamlarda va ayniqsa ularning birlashmasida umumiy parodontitning klinikasi, diagnostikasi va

oldini olishdir. Ayni paytda, so'nggi o'n yil ichida parodontit bilan og'rigan bemorlarda somatik patologiyaning kombinatsiyalangan shakllarining sezilarli o'sish tendentsiyasi kuzatildi.

Kasalliklarning xalqaro tasnifida ortiqcha tana vazn mustaqil kasallik sifatida ajratilgan. Semirib ketish mezoni - tana massasi indeksi (TMI) $>30,0$ kg/m² va ortiqcha tana vazni-25,0-29,9 kg/m². [2,4]

Hozirgi adabiyot ma'lumotlari ortiqcha tana vazn va parodontal kasallik o'rtasida etiopatogenetik bog'liqlik mavjudligini ko'rsatadi. [1,3,9].

Yog' to'qimasi aseptik yallig'lanish deb ataladigan kuchli endokrin organdir. Yog' hujayralari semirish va parodontet bilan umumiy patofiziologik asoslarga ega bo'lgan yallig'lanish kasalliklarining rivojlanishiga sabab bo'lgan bir qator gormonlar,

sitokinlarni chiqaradi. [3,10,11]. Ortiqcha tana vazn va yallig'lanish o'rtasida kuchli bog'liqlik mavjud, bu C-reaktiv oqsilning plazmadagi konsentratsiyasi bilan aks etadi (CRP) [4,10].

Boucher N. E., Hanrahan J. J. va Kihara F. Y. 1967 yilda C-reaktiv oqsil va og'iz bo'shlig'ining yallig'lanish kasalliklari o'rtasida bog'liqlik borligini namoyish etildi. So'nggi ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, parodontetning turli shakllari bo'lgan bemorlarda CRP darajasi yuqori. Ammo ular parodontetning darajasi C-reaktiv oqsil darajasining oshishiga sabab ekanligini ko'rsatmaydi [2,5,9].

Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, dastlab tana vaznini tartibga solish, metabolizm va reproduktiv funktsiyaga ta'siri bilan tanilgan leptin gormoni tug'ma va adaptiv immunitetga ta'sir qilish orqali ba'zi yallig'lanish kasalliklarining bir qismi bo'lishi mumkin. Leptin yoki uning retseptorlari ishlab chiqarish genining ekspresionidagi nuqsonlar haddan tashqari semirishga olib kelishi mumkin [6,11].

Adipotsitlar leptin ishlab chiqarish uchun mas'ul bo'lgan asosiy hujayralardir. Shuningdek, bu funktsiyani oshqozon epiteliyasi hujayralari va platsenta hujayralari bajaradi. Yaqinda milk epiteliya hujayralari ham leptin ishlab chiqarishi aniqlandi. [1,3,11].

Karthikeyan B. V. va Pradeep A. R. tomonidan o'tkazilgan tadqiqotda periodontal to'qimalarning yallig'lanish halokati oshishi bilan milk egati suyuqligida leptin kontsentratsiyasi kamayishi ko'rsatildi [8,10].

Ushbu **tadqiqotning maqsadi** klinik va laboratoriya tadqiqotlari asosida kasallikning tarqalishi va xususiyatlarini hamda parodontal kasallik va ortiqcha vazn o'rtasidagi bog'liqlikni baholashdan iborat. Shuningdek, profilaktea usulini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Biz 30 yoshdan yuqori 47 ta bemorni (29 ayol va 18 erkak) ko'rib chiqdik. Parodontal to'qimalarning holati klinik (dentogingival cho'ntaklar chuqurligini aniqlash; milk retsessiya darajasi; indekslar: Fedorov-Volodkina gigienasi, PMA, PBI, Cpitn, Rassel) va paraklinik (ortopantomografiya) tekshirish usullari va Doppler ultratovush yordamida baholandi. Olingan ma'lumotlar statistik qayta ishlandi.

Tadqiqot natijalari. Klinik va rentgenologik teksheruvlar natijalarini tahlil qilish asosida bemorlarning 93,3 foizida surunkali umumiy parodontet tashxisi qo'yildi. Nazorat guruhidagi bemorlarda surunkali umumiy parodontet bemorlarning atigi 42,7 foizida tashxis qo'yilgan. Asosiy va nazorat guruhlardagi parodontal patologiyaning og'irligini taqqoslaganda, korrelyatsion tahlil yordamida guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar olingan.

1-jadval

Parodontdagi patologik jarayonning og'irligi klinik belgilari va indeks ko'rsatkichlarini baholash

Symptomlari	Sog`lom parodont n =14	Surunkali parodontetning o`rta darajasi n =17	Surunkali parodontetning o`rta darajasi ortiqcha tana vazni bilan kechganda n=30
1 Og`riq	0	2,22±0,07*	2,56±0,07*^
2 Milk qonashi	0	2,28±0,22*	2,55± 0,13*^
3 Og`izdan yoqimsiz hid kelishi	0,06±0,02	1,98±0,09*	2,77± 0,15*^
4 Patologek cho'ntakning chuqurligi	0	2,29±0,13*	3,44± 0,27*^
5 Tishlarning qimirlashi	0	2,33±0,14*	3,62± 0,19*^
6 Patologek cho'ntakdan ajralma ajralishe	0	2,49±0,07*	3,11± 0,12*^
7 Rentgendagi o`zgareshlare	0	2,07±0,01*	2,94± 0,14*^
8 OHI – S	0,77±0,09	2,31±0,12*	2,88± 0,06*^
9 PMA	0	2,27±0,07*	2,91± 0,11*^
10 PI	0	2,23±0,09*	2,88± 0,03*^

Izoh: * - P<0.05 sog`lom parodontga nisbatan; ^ – P<0.05 surunkali parodontetning o`rta darajasiga nisbatan

Lazerli doppler oqim o'lchagichi parametrlarining tahlili shuni ko'rsatdiki, o'rtacha og'irlikdagi umumiy parodontet bilan og'rigan barcha bemorlarda soglom parodontium guruhiga

nisbatan mikrosirkulyatsiya parametrlarining statistik jihatdan sezilarli pasayishi kuzatilgan.

2-jadval

Ortiqcha tana vazni bilan birgalikda kechuvchi surunkali parodontet va somatik kasalliklar fonida kechmaydigan surunkali parodontet bilan og`rigan bemorlarda parodontal to`qimasinin mikrosirkulyatsiya ko'rsatkichlari

Belgilari	Sog`lom parodont n =14	Surunkali parodontetning o`rta darajasi n =17	Surunkali parodontetning o`rta darajasi ortiqcha

				tana vazni bilan kechgandan n=30
1	M, perf.birligi	17,42±0,72	13,92±0,66°	11,21±0,51 ^{o,^}
2	σ, perf.birligi	2,95±0,11	2,56±0,11°	2,36±0,09 ^{o,^}
3	Variatsiya koeffitsienti	17,11±0,82	15,21±0,71°	13,85±0,63 ^{o,^}
4	IFS	1,62±0,05	1,38±0,05°	1,25±0,03 ^{o,^}
5	Aα/M•100%	10,92±0,45	9,03±0,40°	7,32±0,31 ^{o,^}
6	ALF/ M•100%	9,02±0,36	7,80±0,38°	6,20±0,28 ^{o,^}
7	ACF/ M•100%	15,44±0,63	12,52±0,62°	10,63±0,50 ^{o,^}
8	AHF/ M•100%	9,41±0,44	8,21±0,37°	6,42±0,37 ^{o,^}

Izoh: * - P<0.05 sog'lom parodontga nisbatan; ^ - P<0.05 surunkali parodontetning o'rta darajasiga nisbatan

Kapillyarlarning qon bilan umumiy perfuziyasining pasayishi kuzatildi, bu o'rta og'irlikdagi umumiy parodontetli bemorlarda mikrosirkulyatsiya – M integral indeksining 20,09% ga kamayishi bilan qayd etildi (P<0,01); ortiqcha tana vazn fonida o'rta og'irlikdagi umumiy parodontetli bemorlarda - 36,65% ga (P<0.05); eritrotsitlar oqimining o'zgarishining tegishli dinamikasi 13.22% (P<0.05) va 20.0% (P<0.05); variatsiya koeffitsienti (kv)% da - 11.1% (P<0.05) va 19.05% (p < 0.05); mikrosirkulyatsiyaning faol va passiv mexanizmlari nisbatini aks ettiruvchi samaradorlik indeksi - 14,8% (P<0,05) va 22,74% (P<0,05); tomir devoridagi endotelotsitlar kontsentratsiyasi tufayli tebranishlar intensivligi-17,20% (P<0,05) va 32,97% (P<0.01); qon tomir devoridagi miyositlarning qisqarishi tufayli qon oqimining o'zgarishi (ALF /

M•100%) - 13.50% (P<0.05) va 31.25% (P < 0.05); yurak urishining mikrosirkulyatsion gemodinamikaga qo'shgan hissasining kamayishi (ACF/M•100%) - 18,91% (P<0,05) va 31,15% (P<0,05) va nafas olish komponenti hissasining kamayishi (AHF/M• 100%) - 12,75% ga (P<0,05) va 21.15% (P<0,05) (jadval 2).

Xulosalar. 1. Adabiyotlarni tahlil qilish va klinik va statistik tadqiqotlar asosida parodontet va ortiqcha tana vazn o'zgarishlarning og'irligi o'rtasidagi etiopatogenetik munosabatlar aniqlandi.

2. Parodont to'qimasi kasalliklari bilan birgalikda ortiqcha tana vazni davolash va oldini olishda kompleks yondashuvga ehtiyoj bor.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Yermolayeva L.A., Shishkin A.N., Sheveleva N.A., Sheveleva M.A., Penkovoy Ye.A. Densitometriya kak marker rannego razvitiya patologii parodonta //Stomatologicheskiy nauchno-obrazovatelniy jurnal/ -2014. - №1/2. - 6-9 s.
2. Shirinova HH, X. N. (2020). Tana vaznining ortishi parodont to'qimasi kasalliklari rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omil sifatida. Tibbiyotda yangi kun, (2), 463-465.
3. Shirinova, X. X. (2017). Srovnitelniy analiz klinicheskoy effektivnosti razlichnix metodov lecheniya bolnix generalizovannix parodontit sredney tyajesti. Noviy den v meditsine» Nauchno-referativniy, kulturno-prosvetitel'skiy jurnal, (1), 17.
4. Andriankaja O.M., Sreenivasa S., Dunford R., De Nardin E. Association beteen metabolic syndrome and periodontal disease // Aust Dent J./ - 2010, 55:252-259.
5. Suvan J., D'Aiuto F., Moles D.R., Petrie A., Donos N. Association between overweight/obesity and periodontitis in adults. A systematic review// Obesity Reviews, 2011, p. 381–404.
6. Hu F.B., Meigs J.B., Li T.Y., Rifai N., Manson J.E. Inflammatory markers and risk of developing type 2 diabetes in women // Diabetes/ - 2004;53:693-700.
7. Bansal T., Pandey A., Asthana A.K. C-Reactive Protein (CRP) and its Association with Periodontal Disease: A Brief Review// J Clin Diagn Res. / - 2014 Jul;8(7).
8. Nokhbehsaim M., Keser S., Vilas Boas A., Jäger A., Jepsen S., Cirelli J.A., Bourauel C. Leptin Effects on the Regenerative Capacity of Human Periodontal Cells// International Journal of Endocrinology / - № 3. - 2014.
9. Shirinova, H. H., & Khabibova, N. N. (2021). COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CLINICAL EFFICACY OF VARIOUS METHODS OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN OVERWEIGHT PATIENTS. *Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS)*, 4(3).
10. Shirinova Kh Kh, NN Khabibova. (2021). CHANGES IN PERIODONTAL TISSUES UNDER THE INFLUENCE OF OVER BODY WEIGHT AND METHODS FOR PREVENTING THEIR COMPLICATIONS. E-Conference Globe, 213-216.
11. Shirinova Kh Kh, NN Khabibova, UK Fazilova. (2021). METHODS OF TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES IN STUDENTS OF THE CITY OF BUKHARA. E-Conference Globe, 201-204
12. Alimdjanovich R. J., Saidolimovich K. A., Shavkatovna A. M. OPTIMIZATION OF THE REFLEXOTHERAPY METHOD FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN THE PATHOLOGY OF THE FACIAL AND JAW AREA //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – T. 11. – №. 3.

13. 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.
14. Rizaev Elyor Alimdjanovich, & Buzrukzoda Javokhirkhon 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>
15. 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.
16. 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>.

Bekjanova Olga Esenovna
Mannanov Javlonbek Jamoliddinovich
Toshkent davlat stomatologiya instituti

D-GIPOVITAMINOZNING TISH IMPLANTATSIYASI PAYTIDA ASORATLARNING CHASTOTASI VA XAVFIGA TA'SIRI

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

ANNOTATSIYA

Hozirgi vaqtda butun dunyo bo'ylab D vitamini tanqisligining ortishi haqida xabarlar mavjud. D vitamini faol D vitamini hosil qilish uchun osteoklastlar tomonidan sintezlanishi mumkin. Shu nuqtai nazardan, asosiy osteoklast transkripsiya omili bo'lgan NFATc1 ekspressiyasining ortishi kuzatilishi mumkin. Efrin-b2 kontsentratsiyasi, osteoklast sintez omili ham ortadi. Shu bilan birga, 25-gidroksivitamin D ning mavjudligi osteoklastlar tomonidan suyak rezorbsiyasini kamaytiradi. D-gipovitaminozi dental implantlarning yo'qolishiga olib kelishi mumkin. Implantatsiya yuzasini vit bilan singdirish ko'rsatilgan. D intraosseous qo'llashdan oldin kortikal suyak yo'qotilishini kamaytiradi va implant-suyak aloqasini 10% ga oshiradi.

D vitamini etishmovchiligi peri-implant suyak darajasining pasayishiga ta'sir qiladi, bunday bemorlarda operatsiya kunida D vitaminini qo'llash va D gipovitaminozini 25-gidroksixolekalsiferol bilan davolash implantatsiya paytida peri-implant suyak darajasining oshishiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. osseointegratsiya. D vitamini tanqisligi bo'lgan bemorlarga nisbatan D vitamini darajasi yuqori bo'lgan bemorlarda dental implantlarning yanada muvaffaqiyatli terapiyasi va yaxshilangan osseointegratsiyasini kutish mumkin.

Kalit so'zlar: D vitamini etishmovchiligi, osseointegratsiya, tish implantlari, regeneratsiya, suyak almashinuvi, mineral muvozanat.

Бекжанова Ольга Есеновна
Маннанов Жавлонбек Жамолитдинович
Ташкентский государственный
стоматологический институт

ВЛИЯНИЕ D-ГИПОВИТАМИНОЗА НА ЧАСТОТУ И РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время в мире регистрируется рост дефицита витамина D. Витамин D может синтезироваться остеокластами с образованием активного витамина D. В этом контексте можно наблюдать повышенную экспрессию NFATc1, ключевого фактора транскрипции остеокластов. Также увеличивается концентрация эфрина-b2, фактора слияния остеокластов. Однако присутствие 25-гидроксивитамина D снижает резорбцию кости остеокластами. D-гиповитаминоз может быть причиной потери зубных имплантатов. Показано, что пропитывание поверхности имплантата вит. D перед внутрикостным применением уменьшает потерю кортикальной кости и увеличивает контакт имплантата с костью на 10%.

Дефицит витамина D влияет на снижение уровня кости вокруг имплантата, у таких пациентов применение витамина D в день операции и терапия D гиповитаминоза 25-гидроксиголекальциферолом оказали положительное влияние на увеличение уровня кости вокруг имплантата во время оссеоинтеграции. Можно ожидать более успешной терапии и улучшения оссеоинтеграции дентальных имплантатов у пациентов с высоким уровнем витамина D по сравнению с пациентами с дефицитом витамина D.

Ключевые слова: дефицит витамина D, оссеоинтеграция, зубные импланты, регенерация, метаболизм костной ткани, минеральный дисбаланс.

Bekjanova Olga Esenovna
Mannanov Javlonbek Jamoliddinovich
Tashkent State Dental Institute

THE INFLUENCE OF D-HYPOVITAMINOSIS ON THE FREQUENCY AND RISK OF COMPLICATIONS DURING DENTAL IMPLANTATION

ANNOTATION

Currently, an increase in vitamin D deficiency is being reported worldwide. Vitamin D can be synthesized by osteoclasts to form active vitamin D. In this context, increased expression of NFATc1, a key osteoclast transcription factor, can be observed. The concentration of ephrin-b2, an osteoclast fusion factor, also increases. However, the presence of 25-hydroxyvitamin D reduces bone resorption by osteoclasts. D-hypovitaminosis can cause the loss of dental implants. It has been shown that impregnation of the implant surface with vit. D before intraosseous application reduces cortical bone loss and increases implant-bone contact by 10%.

Vitamin D deficiency affects the decrease in peri-implant bone levels, in such patients, the use of vitamin D on the day of surgery and treatment of hypovitaminosis D with 25-hydroxycholecalciferol had a positive effect on the increase in peri-implant bone levels during osseointegration. More successful therapy and improved osseointegration of dental implants can be expected in patients with high vitamin D levels compared to patients with vitamin D deficiency.

Key words: vitamin D deficiency, osseointegration, dental implants, regeneration, bone metabolism, mineral imbalance.

Введение. Настоящее время характеризуется ростом числа пациентов с минеральным дисбалансом, приводящего к остеопорозу вызванному дисбалансом ремоделирования и резорбции кости. Остеопороз обусловлен соматической патологией и изменением образа жизни людей во всем мире [13]. По данным ВОЗ, остеопороз стал важной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Так, у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины старше 50 лет имеются переломы костей, вызванные остеопорозом [9]. Считается, что факторами риска остеопороза являются возраст, D-гиповитаминоз, метаболический синдром, эректильная дисфункция, менопауза и злоупотребление алкоголем [16]. Рост удельного веса пациентов с остеопорозом диктует необходимость поиска оптимальных методов терапии в челюстно-лицевой хирургии. Число факторов, отрицательно влияющих на стабильность зубных имплантатов, постоянно увеличивается, что приводит к вторичному отсутствию зубов. За последние 5 лет эндокринологами доказана корреляция дефицита витамина D с концентрацией ПТГ и нарушениями минерального обмена.

Важнейшей проблемой хирургической стоматологии является повышение регенерация костной ткани. В хирургической стоматологии потеря костной ткани может быть вследствие травм, потери зубов, заболеваний пародонта и других патологий [Fundu G., 2020], что определяет необходимость поиска способов регенерации утраченной костной массы. Витамин D (вит. D) — стероидный гормон, образующийся под воздействием солнечной инсоляции и получаемый с пищей. Вит. D представляет два соединения, вит. D2 (эргокальциферол) и вит. D3 (холекальциферол). Вит. D2 вырабатывается при солнечной инсоляции из эргостерина, а вит. D3 образуются при инсоляции 7-дегидрохолестерина [18]. Участие витамина D в метаболизме костной ткани, иммунной регуляции, метаболических процессах определяет повышенное внимание к этому витамину в имплантологии.

В настоящее время в мире регистрируется рост дефицита витамина D. Так, распространенность тяжелого дефицита, на уровне 25(OH)D <30 нмоль/л (или 12 нг/мл), составляет 5,9% (США) [10], 7,4% (Канада) [19] и 13% (Европа) [5]. Распространенность средних уровней 25(OH)D <50 нмоль/л (или 20 нг/мл) ещё выше и составляет 24% (США), 37% (Канада) и 40% (Европа) [6;15,25;30]. Тяжесть

дефицита витамина D широко варьирует в зависимости от возраста (чаще у детей и пожилых людей) [25;27], от этнической принадлежности и региона проживания, у европейцев, проживающих в Европе, распространённость дефицита витамина ниже D по сравнению с небольшими людьми [26;27]. В мире наблюдается рост распространенности низкого уровня витамина D. Низкие уровни 25(OH)D <30 нмоль/л (или 12 нг/мл) обнаружены у >20% населения Индии, Туниса, Пакистана и Афганистана. Так, в Индии, 490 миллионов человек имеют дефицит витамина D [27;29]. Очень высокая распространенность дефицита витамина D обнаруживается у пациентов с патологией органов, участвующих в метаболизме витамина D. Доказана связь между низким уровнем 25(OH)D и диабетом, обнаружена высокая частота дефицита витамина D у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД1) по сравнению со здоровыми людьми [2;29;34].

Витамин D может синтезироваться остеокластами с образованием активного витамина D. В этом контексте можно наблюдать повышенную экспрессию NFATc1, ключевого фактора транскрипции остеокластов. Также увеличивается концентрация эфрина-b2, фактора слияния остеокластов. Однако присутствие 25-гидроксивитамина D снижает резорбцию кости остеокластами [29]. После связывания с рецептором витамина D RXR (VDR-RXR) витамин D увеличивает экспрессию эпителиальных кальциевых каналов и кальций-связывающих белков, а также кишечную абсорбцию фосфатов и кальция [23].

Особенности дентальной имплантации у пациентов D-гиповитаминозом ещё предстоит выяснить. D-гиповитаминозом может быть причиной потери зубных имплантатов T. Fretwurst и соавт. [17,27]. Назначение витамина D экспериментальным животным с D-гиповитаминозом после имплантации титановых имплантатов приводило к повышению, относительно контроля, качества костной ткани на 96% и уровня оссеоинтеграции на 94% [22]. При этом нанесение на имплантат витамина D увеличивает число остеобластов в 1,5 раза [11]. Нанесение витамина D и витамина E на поверхность имплантатов стимулирует экспрессию остеокальцина и активность щелочной фосфатазы в периимплантных тканях, одновременно происходит активизация синтеза коллагена III и фибропектина и понижение уровней провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8 в фибробластах десны [3,12,28,33].

Показано, что пропитывание поверхности имплантата вит. D перед внутрикостным применением уменьшает потерю кортикальной кости и увеличивает контакт имплантата с костью на 10% [4,20].

Дефицит витамина D влияет на снижение уровня кости вокруг имплантата, у таких пациентов применение витамина D в день операции и терапия Д гиповитаминоза 25-гидроксиколекальциферолом оказали положительное влияние на увеличение уровня кости вокруг имплантата во время остеоинтеграции [10]. Показано, что нанесение на имплантат витамина D перед их внутрикостным применением приводит к увлечению поверхности контакта имплантата с костью более чем на 10% Саломо-Колл и др. [7;14]. При этом дефицит D оказывает негативное влияние на остеоинтеграцию имплантатов, а введение витамина D повышает остеоинтеграцию [8;21].

Можно ожидать более успешной терапии и улучшения остеоинтеграции дентальных имплантатов у пациентов с высоким уровнем витамина D по сравнению с пациентами с дефицитом витамина D [9]. Экспериментально показано, что у животных с наличием соматической патологии такой как хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет или остеопороз, применение витамина D способствовало лучшей остеоинтеграции зубных имплантатов [1,15,28]. Этот эффект установлен только при дефиците витамина D [25]. Механизмы, наблюдаемые в экспериментах на животных, также могут быть перенесены на человека: отдельные сообщения связывают раннюю

потерю имплантата с недостаточным уровнем витамина D в сыворотке [14,30].

Что касается влияния добавок на успех остеоинтеграции дентальной имплантации в экспериментах на животных обнаружено, что животные с патологией, нарушающей метаболизм костной ткани, демонстрировали улучшение остеоинтеграции после приема добавок [24,31]. Витамин D можно применять локально, покрывая им имплантат. Существуют разные стратегии нанесения витамина D на имплантат. Однако в нескольких исследованиях на животных эти процедуры не показали значительного улучшения остеоинтеграции имплантатов [16,32,35].

Установлено, что введение витамина D перед операцией по имплантации повышает уровень кости в имплантатах, улучшая остеоинтеграцию [26]. С другой стороны, показано, что потребление продуктов, обогащенных вит. D в течение двенадцати недель не привнесло существенных изменений в показатели маркеров костного обмена и мышечной силы. [11].

уровень витамина D в сыворотке играет важную роль в стоматологической практике при дентальной имплантации, и полезен при назначении терапии, определении прогноза, перспектив, успеха и оптимизации срока службы имплантата.

Положительное влияние на стоматологическую терапию также делает замену дефицита витамина D перспективной в стоматологической практике.

Список литературы:

1. Akbari S, Khodadadi B, Ahmadi SAY, Abbaszadeh S, Shahsavari F. Association of vitamin D level and vitamin D deficiency with risk of preeclampsia: a systematic review and updated meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018;57:241–7. doi: 10.1016/j.tjog.2018.02.013. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Amrein K, Martucci G, McNally JD. When not to use meta-analysis: analysing the meta-analyses on vitamin D in critical care. *Clin Nutr.* 2017;36:1729–30. doi: 10.1016/j.clnu.2017.08.009. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Amrein K, Papinutti A, Mathew E, Vila G, Parekh D. Vitamin D and critical illness: what endocrinology can learn from intensive care and vice versa. *Endocr Connect.* 2018;7:R304–R315. doi: 10.1530/EC-18-0184. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Amrein K, Scherkl M, Hoffmann M, Neuwersch-Sommeregger S, Köstenberger M, Tmava Berisha A, Martucci G, Pilz S, Malle O. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. *Eur J Clin Nutr.* 2020 Nov;74(11):1498–1513. doi: 10.1038/s41430-020-0558-y. Epub 2020 Jan 20. PMID: 31959942; PMCID: PMC7091696.
5. Aspelund T, Gröbler MR, Smith AV, Gudmundsson EF, Keppel M, Cotch MF, et al. Effect of genetically low 25-hydroxyvitamin D on mortality risk: mendelian randomization analysis in 3 large european cohorts. *Nutrients.* 2019;11:74. doi: 10.3390/nu11010074. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Berlanga-Taylor AJ, Leclair TR, Zakai N, Bunn JY, Gianni M, Heyland DK, et al. Vitamin D supplementation in mechanically ventilated patients in the medical intensive care unit. *BMJ Open.* 2019. 10.1136/bmjopen-2018-027666.10.1002/jpen. [PubMed]
7. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, Whitfield K, Krstic G, Wetterslev J, et al. Vitamin D supplementation for prevention of cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 doi: 10.1002/14651858.CD007469.pub2. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, Whitfield K, Wetterslev J, Simonetti RG, et al. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *Cochrane Datab Syst Rev.* 2014. 10.1002/14651858.CD007470.pub3 [PubMed]
9. Bouillon R, Carmeliet G, Lieben L, Watanabe M, Perino A, Auwerx J, et al. Vitamin D and energy homeostasis: of mice and men. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10:79–87. doi: 10.1038/nrendo.2013.226
10. Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Domellof M, Fewtrell M, et al. Vitamin D in the healthy european paediatric population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56:692–701. doi: 10.1097/MPG.0b013e31828f3c05. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Cariolou M, Cupp MA. Importance of vitamin D in acute and critically ill children with subgroup analyses of sepsis and respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis. *Crit care (Lond, Engl)* 2019;9:e027666. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

12. Cashman KD, Dowling KG, Škrabáková Z, Gonzalez-Gross M, Valtueň aJ, De Henauw S, et al. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? *Am J Clin Nutr.* 2016;103:1033–44. doi: 10.3945/ajcn.115.120873. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Cashman KD, Dowling KG, Škrabáková Z, Gonzalez-Gross M, Valtueň aJ, De Henauw S, et al. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? *Am J Clin Nutr.* 2016;103:1033–44
14. Cashman KD. Vitamin D deficiency: defining, prevalence, causes, and strategies of addressing. *Calcif Tissue Int.* 2019. 10.1007/s00223-019-00559-4 [PubMed]
15. Chatterjee R, Erban JK, Fuss P, Dolor R, LeBlanc E, Staten M, et al. Vitamin D supplementation for prevention of cancer: the D2d cancer outcomes (D2dCA) study. *Contemp Clin Trials.* 2019;81:62–70. doi: 10.1016/j.cct.2019.04.015
16. Crowe FL, Jolly K, MacArthur C, Manaseki-Holland S, Gittoes N, Hewison M, et al. Trends in the incidence of testing for vitamin D deficiency in primary care in the UK: a retrospective analysis of The Health Improvement Network (THIN), 2005–2015. *BMJ Open.* 2019;9:e028355.. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028355
17. De Pascale G, Quraishi SA. Vitamin D status in critically ill patients: the evidence is now bioavailable! *Crit Care.* 2014;18:449.. doi: 10.1186/cc13975. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Dudenkov DV, Yawn BP, Oberhelman SS, Fischer PR, Singh RJ, Cha SS, et al. Changing incidence of serum 25-Hydroxyvitamin D values above 50 ng/mL: a 10-year population-based study. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:577–86. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.02.012. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. EFSA Panel on Dietetic Products N, Allergies. Dietary reference values for vitamin D. *EFSA J.* 2016;14:e04547.. doi: 10.2903/j.efsa.2016.4547. [CrossRef] [Google Scholar]
20. Federico G, Genoni A, Puggioni A, Saba A, Gallo D, Randazzo E, et al. Vitamin D status, enterovirus infection, and type 1 diabetes in Italian children/adolescents. *Pediatr Diabetes.* 2018;19:923–9. doi: 10.1111/pedi.12673. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
21. Fogacci S, Fogacci F, Banach M, Michos ED, Hernandez AV, Lip GYH, et al. Vitamin D supplementation and incident preeclampsia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Nutr.* 2019. 10.1016/j.clnu.2019.08.015 [PubMed]
22. Gaksch M, Jorde R, Grimnes G, Joakimsen R, Schirmer H, Wilsgaard T, et al. Vitamin D and mortality: Individual participant data meta-analysis of standardized 25-hydroxyvitamin D in 26916 individuals from a European consortium. *PLOS ONE.* 2017;12:e0170791. doi: 10.1371/journal.pone.0170791. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
23. Galior K, Grebe S, Singh R. Development of vitamin D toxicity from overcorrection of vitamin D deficiency: a review of case reports. *Nutrients.* 2018;10:953. doi: 10.3390/nu10080953
24. Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD, Cole DEC, et al. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ.* 2010;182:E610–E618. doi: 10.1503/cmaj.080663.
25. Hayes A, Duffy S, O’Grady M, Jakobsen J, Galvin K, Teahan-Dillon J, et al. Vitamin D–enhanced eggs are protective of wintertime serum 25-hydroxyvitamin D in a randomized controlled trial of adults. *Am J Clin Nutr.* 2016;104:629–37. doi: 10.3945/ajcn.116.132530.
26. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:1911–30. doi: 10.1210/jc.2011-0385. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
27. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:1911–30. doi: 10.1210/jc.2011-038527.
28. Holick MF. A call to action: pregnant women in-deed require vitamin D supplementation for better health outcomes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;104:13–15. doi: 10.1210/jc.2018-01108.
29. Holick MF. Vitamin D is not as toxic as was once thought: a historical and an up-to-date perspective. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:561–4. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.03.015. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
30. Hollis BW, Wagner CL. The role of the parent compound vitamin D with respect to metabolism and function: why clinical dose intervals can affect clinical outcomes Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011. [PubMed] [Google Scholar]
31. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
32. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98:4619–28. doi: 10.1210/jc.2013-2653. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
33. Jääskeläinen T, Itkonen ST, Lundqvist A, Erkkola M, Koskela T, Lakkala K, et al. The positive impact of general vitamin D food fortification policy on vitamin D status in a representative adult Finnish population: evidence from an 11-y follow-up based on standardized 25-hydroxyvitamin D data. *Am J Clin Nutr.* 2017;105:1512–20. doi: 10.3945/ajcn.116.151415. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
34. Jacobsen R, Moldovan M, Vaag AA, Hypponen E, Heitmann BL. Vitamin D fortification and seasonality of birth in type 1 diabetic cases: D-tect study. *J Devel Orig Health Dis.* 2016;7:114–9. doi: 10.1017/S2040174415007849. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
35. Lappe J, Watson P, Travers-Gustafson D, Recker R, Garland C, Gorham E, et al. Effect of vitamin D and calcium supplementation on cancer incidence in older women: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2017;317:1234–43. doi: 10.1001/jama.2017.2115. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] Bjelakovic G,2014; Lappe J,2017; Chatterjee R, 2019

Хазратов Алишер Исомиддинович
Раззокова Шохиста Бахтиёровна
Самаркандский государственный
медицинский университет

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

АННОТАЦИЯ

Детский аутизм - это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами. Ранний детский аутизм выделен и изучается специалистами различных областей во всем мире на протяжении более полувека.

Расстройства аутистического спектра нарушают многие аспекты повседневной жизни и могут препятствовать доступу к стоматологической помощи, часто ограничивая ее только экстренными случаями. Нарушение здоровья полости рта имеет долгосрочные негативные последствия для состояния здоровья и приобретения оральных привычек как, ротового дыхания и скрежетания, или навыков правильной речи. Дети с РАС могут бояться посещения стоматологического кабинета, который богат сенсорными стимулами и требует физического контакта. Из-за своих поведенческих проявлений они представляют собой проблему для врачей-стоматологов и гигиенистов.

Ключевые слова: аутизм, гигиена полости рта, стоматологическая помощь, дети.

Khazratov Alisher Isomiddinovich
Razzokova Shokhista Bakhtiyorovna
Samarkand State Medical University

IMPROVING THE PROVISION OF DENTAL CARE TO CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

ANNOTATION

Childhood autism is a special form of impaired mental development with uneven formation of various mental functions, with peculiar emotional-behavioral, speech and sometimes intellectual disorders. Early childhood autism has been identified and studied by specialists in various fields around the world for more than half a century.

Autism spectrum disorders interfere with many aspects of daily life and can interfere with access to dental care, often limiting it to emergencies only. Poor oral health has long-term negative consequences on health status and the acquisition of oral habits such as mouth breathing and grinding, or correct speech skills. Children with ASD may be fearful of visiting the dental office, which is rich in sensory stimuli and requires physical contact. Because of their behavioral manifestations, they pose a challenge to dentists and hygienists.

Key words: autism, oral hygiene, dental care, children.

Xazratov Alisher Isomiddinovich
Razzoqova Shohista Baxtiyorovna
Samarqand davlat tibbiyotUniversitet

AUTIZM SPEKTRI BUZILGAN BOLALARGA SТОМАТОЛОГИК YORDAM KO'RSATISHNI YAXSHILASH

ANNOTATSIYA

Bolalik autizmi - bu turli xil aqliy funktsiyalarning notekis shakllanishi, o'ziga xos hissiy-xulq-atvor, nutq va ba'zan intellektual buzilishlar bilan ajralib turadigan aqliy rivojlanishning o'ziga xos shakli. Yerta bolalik autizmi yarim asrdan ko'proq vaqt davomida dunyoning turli sohalari mutaxassislari tomonidan aniqlangan va o'rganilgan.

Autizm spektrining buzilishi kundalik hayotning ko'p jihatlariga xalaqit beradi va stomatologik yordamga kirishga xalaqit berishi mumkin, ko'pincha uni faqat favqulodda vaziyatlar bilan cheklaydi. Og'iz bo'shlig'i holatining yomonligi salomatlik holatiga va og'izdan nafas olish kabi odatlarning yuzaga kelishiga yoki to'g'ri nutq ko'nikmalarining shakllanmasligi kabi salbiy oqibatlariga olib keladi. Autizm bilan og'rigan bolalar stomatologiya kabinetiga tashrif buyurishdan qo'rqishlari mumkin, bu sensorli stimullarga bog'va jismoniy aloqani talab qiladi. Bunday xulq-atvorning namoyon bo'lishi tufayli ular stomatologlar va gigienistlarga qiyinchilik tug'diradi.

Kalit so'zlar: autizm, og'iz gigienasi, stomatologik yordam, bolalar.

Ведение: Изобретение относится к медицине и может быть использовано для стимуляции когнитивных функций при аутизме у детей. Для этого в качестве средства для стимуляции когнитивных функций применяют фракции белкового экстракта ткани плаценты, полученной с помощью хроматога для точной диагностики и последующего лечения, рафического разделения и состоящей из 8 – 10 компонентов с общей молекулярной массой от 15 до 200 кДа. Изобретение позволяет активировать процессы приобретения речевых навыков у детей-аутистов и улучшить выполнение задач, связанных с мелкой моторикой кистей рук [1].

Аутизм является группой сложных дезинтегративных нарушений психического развития. Он проявляется в неспособности к коммуникации и социальному взаимодействию, а также в склонности к стереотипному поведению. Все эти отклонения приводят к социальной дезадаптации [1].

Рас - это разнообразие психологических состояний, которые в Международной классификации болезней (МКБ-10) относятся к группе "Общие расстройства психологического развития (Б84)". В данную категорию включены следующие состояния:

- Б84.0 "Детский аутизм";
- Б84.1 "Атипичный аутизм";
- Б84.2 "Синдром Ретта".

Б84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста;

Б84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;

Б84.5 Синдром Аспергера;

Б84.8 Другие общие расстройства развития;

Б84.9 Общее расстройство развития неуточненное.

В 80-х годах прошлого тысячелетия распространенность рас составляла примерно 4-5 случаев на 10 000 детей [3]. Однако, сейчас этот показатель значительно увеличился и составляет от 50 до 116 случаев на 10 000 [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространение рас составляет примерно 1% от населения планеты [3]. В США, например, аутизм диагностируют у 100 из 10 000 детей [4]. В 2008 году специалисты всемирной организации аутизма констатировали, что в мире на 150 детей приходился один, страдающий аутизмом [5]. За последнее десятилетие количество детей с рас увеличилось в десять раз [5]. Эта тенденция характерна для многих стран, где ведется статистика этого заболевания. Однако, до конца неясно, что является причиной увеличения распространенности рас: реальное увеличение количества пациентов или более тщательные обследования и, следовательно, более частая идентификация диагноза [1]. Если в 2000 году распространенность рас составляла от 5 до

26 случаев на 10 000 детей, то в 2005 году уже на 250-300 новорожденных приходился один случай аутизма [1]. О распространенности рас в России однозначно сказать невозможно, поскольку в нашей стране не разработаны принципы учета и должного межведомственного взаимодействия на государственном и ведомственном уровне [1]. По мнению большинства специалистов, увеличение количества детей с рас в первую очередь связано с повышением уровня медицинских технологий, с помощью которых можно поддерживать жизнь новорожденных с тяжелой неврологической патологией [1].

Из-за увеличения количества людей с рас, врачам-стоматологам необходимо быть готовыми к встрече с пациентами-аутистами. Как показывают данные, 97% британских стоматологов хотя бы раз в жизни оказывали помощь пациенту с рас, причем 58% врачей знали о методах и способах лечения таких пациентов, и 53,4% смогли применить их на практике [6].

Существует несколько теорий развития аутизма.

Генетическая теория основана на предположении, что в геноме человека есть хромосомные участки, связанные с рас, в которых расположены гены-кандидаты, кодирующие различные нейрхимические процессы. Некоторые из этих генов связаны с дофаминовой и серотониновой системами, нейропептидами и нейротрофическими факторами, а также с генами, связанными с иммунной системой [1].

Ряд исследователей объясняет возникновение рас отклонениями в формировании мозжечка и лимбической системы в 30 недель беременности [7].

Дизнейроонтогенетическая теория утверждает, что рас объясняются нарушениями формирования нервной системы на ранних этапах развития. У 54% пациентов, страдающих рас, обнаруживаются дефекты формирования головного мозга, возникшие в сроке до шести недель беременности [8]. Дети с рас имеют уменьшенный объем височной доли головного мозга, изменения в структуре мозжечка, недоразвитие червя мозжечка и ствола мозга, аномальное строение мозолистого тела [9]. Также у детей с ранним детским аутизмом часто встречается местное расширение лобной коры [10].

Существует мнение, что нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь, неспецифический язвенный колит, могут быть связаны с расстройствами сна, поведенческими отклонениями и неврологическими симптомами рас. Это связано с тем, что нарушение пищеварения и образование токсических веществ влияют на формирование мозга [11]. Кроме того, хронические гастроудениты, особенно с моторно-эвакуаторными нарушениями, могут привести к снижению базовой секреции слюны, что в свою очередь

может привести к увеличению кариеса у детей с этой патологией [13].

Нейрохимическая теория происхождения рас связывает различные расстройства с нарушениями в работе определенных нейромедиаторных систем, таких как глутаматная, холинергическая, серотонинергическая, дофаминергическая и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) эргическая системы. Эти нейромедиаторы влияют на передачу нервных импульсов и играют важную роль в функционировании мозга.

Нейрохимическая теория предполагает, что при расстройствах могут изменяться скорость синтеза или обмена нейромедиаторов. Эта теория находит подтверждение в результате ряда исследований. Например, было доказано нарушение метаболизма дофамина у людей, страдающих от различных расстройств [14]. Также у таких людей наблюдается изменение уровня серотонина, который отвечает за регуляцию аппетита, режима сна и бодрствования, чувствительности к боли и настроения [15]. Повышение уровня серотонина может привести к галлюцинациям и нервно-мышечным расстройствам. Кроме того, у многих аутистов отмечается увеличение концентрации глутамата как в крови, так и в головном мозге. Глутамат играет важную роль в памяти, обучении, формировании нервной системы, росте и дифференциации нейронов [16]. Такие изменения в уровне глутамата могут влиять на функционирование мозга и способность к обучению у людей с расстройствами. Таким образом, нейрохимическая теория происхождения рас предлагает объяснение связи между расстройствами и нарушениями в работе нейромедиаторных систем. Она устанавливает взаимосвязь между изменениями в уровне медиаторов, таких как дофамин, серотонин и глутамат, и проявлениями различных расстройств. Внимание к нейрохимическому аспекту рас рассеивает свет на их происхождение и может помочь в разработке эффективных методов лечения и улучшении качества жизни людей, страдающих от таких расстройств.

Метаболическая теория — одна из ведущих концепций в сфере научных исследований, привлекающая массу интереса и обсуждений. В последнее время она обрела особую актуальность, основываясь на работе группы ученых из США под руководством Роберта Навио. Группа ученых предполагает, что если молекулы пестицидов и других химических веществ взаимодействуют с генами в раннем возрасте, то это может привести к нарушениям в развитии организма и, возможно, стать причиной возникновения определенных заболеваний в дальнейшем. С помощью анализа крови новорожденных младенцев на наличие метаболитов, ученые считают, что таким образом можно прогнозировать риск развития указанных состояний. Это открытие имеет огромную значимость для медицины и помогает повысить эффективность профилактики и лечения определенных заболеваний, находясь на стадии их раннего формирования. Однако, несмотря на важность этой работы, сторонники метаболической теории сталкиваются с критикой и отрицанием со стороны других специалистов. Одна из основных претензий заключается в отсутствии достаточного количества исследований, подтверждающих данную гипотезу, и в необходимости проведения более глубокого анализа данных. Тем не менее, установленная связь между молекулами метаболитов и генами открывает новые горизонты в понимании процессов, происходящих в

организме человека, а также влияния окружающей среды на его здоровье. Эти исследования могут послужить отправной точкой для проведения более глубоких исследований и разработки новых методов профилактики и лечения различных заболеваний, основанных на молекулярных механизмах взаимодействия метаболитов с генами. [17].

Окислительный стресс, аутоиммунная и опиоидная - все это лишь несколько из множества теорий происхождения рас. Однако, помимо них существуют и другие исследования, предлагающие свои объяснения для возникновения этого расстройства [1].

Для того чтобы врачу-стоматологу понять, что перед ним ребенок с рас, необходимо обратить внимание на клинические проявления данного заболевания. В данной патологии были выделены три основных диагностических критерия рас, которые могут быть определены уже в возрасте до трех лет [18, 19]. Они служат важными указателями для определения присутствия данной патологии у пациента.

Важно отметить, что аутизм - это обширное и разнообразное расстройство, которое может проявляться по-разному у разных пациентов. Каждый случай требует индивидуального подхода и тщательного анализа клинических признаков для точной диагностики и последующего лечения.

1. Когда речь заходит о нарушении социального взаимодействия, важно отметить, что такой дефект проявляется в неспособности использовать взгляд, мимику и жесты при общении с другими людьми. Дети с таким расстройством не проявляют интереса к чувствам и увлечениям сверстников, что создает преграды в установлении нормальных социальных связей.
2. Кроме того, качественные нарушения общения также вступают в игру. Отсутствует нормальное развитие умения разговаривать, невозможность создания и поддержания диалога, а также стереотипность в речи и использование эхолалии - мгновенной или отсроченной эхоповтора. Более того, данные дети не проявляют активного участия в игре, что является характерным признаком.
3. Наиболее очевидная черта этих расстройств - ограниченные и повторяющиеся модели поведения, интересов и действий. Дети проявляют чрезмерный интерес к определенным игровым предметам и часто занимаются однообразными движениями своих конечностей. Рутинность здесь тоже играет большую роль, поскольку дети с расстройствами обычно придерживаются строгого расписания и предпочитают предсказуемость в своей жизни. Таким образом, проблема нарушения социального взаимодействия, качественных общих навыков и поведения является довольно серьезной и требует специального внимания со стороны родителей, педагогов и специалистов.

Помимо этого, для РАС характерна избыточная сенсорная чувствительность в одном или нескольких из пяти чувств, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, когнитивные нарушения и особые интересы. Когнитивные нарушения наблюдаются у 70 % и выражены у 40 % людей с РАС [20].

Для РАС характерно множество коморбидных состояний, которые затрудняют диагностику данного заболевания. К сопутствующим психическим заболеваниям относятся шизофрения и психозы, расстройства настроения,

тревожные состояния, расстройства личности [21]. При этом у 50 % детей с аутизмом уровень интеллекта выше, а у 50 % - ниже среднего [22].

Рас (Расстройство аутистического спектра) - это неврологическое состояние, характеризующееся ограниченными социальными и коммуникативными навыками, отсутствием эмоциональной взаимосвязи и повторяющимися стереотипными поведенческими шаблонами. Помимо этого, для рас характерна избыточная сенсорная чувствительность в одном или нескольких из пяти чувств. Люди с рас также могут иметь синдром дефицита внимания с гиперактивностью, когнитивные нарушения и особые интересы. Важно отметить, что когнитивные нарушения наблюдаются у 70% людей с рас, при этом они выражены более явно у 40% пациентов. Когнитивные изменения усложняют диагностику и лечение данного неврологического заболевания. [20].

Диагностика рас также затрудняется множеством коморбидных состояний, которые часто сопутствуют этому расстройству. К ним относятся шизофрения и психозы, расстройства настроения, тревожные состояния и расстройства личности. Эти сопутствующие психические заболевания могут усложнить процесс диагностики и требуют комплексного подхода в лечении. Интересно отметить, что у 50% детей с рас уровень интеллекта выше среднего, в то время как у других 50% уровень интеллекта ниже. Это свидетельствует о том, что рас не является прямым индикатором уровня интеллектуального развития. В целом, рас (расстройство аутистического спектра) - это сложное неврологическое состояние, характеризующееся социальными и коммуникативными ограничениями, поведенческими шаблонами, сенсорной чувствительностью, сопутствующими психическими заболеваниями и когнитивными нарушениями. Для достижения наилучших результатов в лечении и поддержке людей с рас, необходим индивидуальный и комплексный подход, а также понимание и поддержка общества. [22].

Говоря о соматической патологии, следует отметить, что страдающие РАС имеют следующие состояния, влияющие на стоматологическое здоровье: искривление позвоночника (51,6 %), нарушения речи (29 %), аденоиды (9,7 %), ротовое и смешанное дыхание (58,1 и 32,2 %, соответственно). Инфантильный тип глотания регистрируется в 74,2 %, а вялое жевание - в 51,6 % случаев. Из вредных привычек отмечаются сосание большого пальца (12,9 %), закусывание нижней губы (22,6 %), прокладывание языка между зубами (51,6 %) [23]. Также у детей с РАС происходит поздняя смена молочных зубов на постоянные, встречается гипоплазия эмали и ослаблен мышечный тонус. Они очень избирательны в еде и предпочитают мягкую и сладкую пищу, которую долго держат во рту, прежде чем проглотить [24]. Для детей с РАС характерны проблемы с общением, заторможенность, неудовлетворительная гигиена полости рта, повышенное слюноотделение или ксеростомия, острое течение кариеса. Указанные причины и сопутствующая патология в совокупности приводят к развитию вредных стоматологических привычек и формированию патологического прикуса [25].

Формы расстройств аутистического спектра

Заболевание, в зависимости от его тяжести и формы, может проявляться по-разному. Некоторые пациенты соответствуют образу жизни обычного человека, проводя свою жизнь без особых ограничений. Однако у части из них

могут быть серьезные отклонения, которые делают невозможным самостоятельное выполнение повседневных действий [19].

Синдром Аспергера относится к легкой форме расстройств аутистического спектра. Однако, в отличие от других форм аутизма, снижение интеллектуальных способностей и нарушение речи не характерны для этого синдрома. Синдром Каннера, в свою очередь, является классической формой расстройств аутистического спектра. Главными проявлениями этого синдрома являются эмоциональная бедность, нарушение социализации и стереотипность в движениях [26].

Синдром Ретта характеризуется прогрессирующим поражением центральной нервной системы. Наследственные генетические нарушения в раннем детстве приводят к тяжелой инвалидности, связанной с энцефалопатией. Это психоневрологическое заболевание встречается у девочек. Дети с этим синдромом неспособны к обучению и самостоятельному передвижению [27]. Атипичный аутизм развивается у них в более позднем возрасте, после трех лет. Диагностика детского аутизма по МКБ-10 определяется на основании одного или двух критериев [28].

Стоматологическое здоровье детей с РАС

Соблюдение гигиены полости рта у пациентов с расстройствами (РАС) представляет определенные трудности. Эти трудности связаны с нарушением мелкой моторики, трудностью в обучении, повышенной чувствительностью к щетинкам зубной щетки, вкусу и запаху средств для индивидуальной гигиены полости рта [24]. Однако, для обучения правильному чистке зубов у пациентов с РАС предложено использовать "визуальные поддержки", основанные на коммуникационной системе обмена изображениями. Эти изображения создаются с целью помочь детям с РАС освоить различные бытовые ситуации, включая чистку зубов.

Согласно проведенному исследованию, удалось научить детей с РАС регулярно чистить зубы с использованием таких "визуальных поддержек", что привело к улучшению значений гигиенического и пародонтального индексов. Важно отметить, что 75,7% родителей считают такое обучение сложным, но все 100% респондентов признают его высокую эффективность [29].

Это исследование и применение "визуальных поддержек" в обучении гигиене полости рта являются значимыми шагами в повышении эффективности ухода за ротовой полостью у пациентов с РАС. Данные результаты подтверждают важность индивидуального и подхода, основанного на инновационных методах, в обучении и поддержке пациентов с особенностями в моторике и восприятии. Подобные подходы могут быть полезны и в дальнейшем совершенствовании ухода за полостью рта у данной категории пациентов.

Аутизм – это типичное коморбидное состояние, которое часто сопровождается диспраксией. Диспраксия представляет собой своеобразное двигательное расстройство, которое не вызывает параличей или нарушений мышечного тонуса, но при этом дети испытывают трудности с координацией и выполнением сложных и целенаправленных движений [30]. Одним из негативных последствий диспраксии являются проблемы с гигиеной полости рта и травмы слизистой оболочки [22, 31]. Гигиеническое состояние полости рта у более чем половины

детей с рас (54%) является очень плохим, что приводит к высокой интенсивности кариеса. Дети с рас также подвержены большому количеству кариеса молочных зубов в сравнении с общим населением. Это связано с поздней сменой прикуса. У детей с данной проблемой также часто наблюдается гингивит средней степени тяжести [32].

Фармакологические препараты, принимаемые аутистами, включают в себя антипсихотики и ноотропы. Они предназначены для коррекции психических и неврологических расстройств, связанных с аутизмом. Однако, стоит отметить, что многие из таких препаратов содержат значительное количество сахара, что может оказывать негативное влияние на здоровье пациента. Известным побочным эффектом данных лекарственных средств является ксеростомия, что проявляется сухостью в полости рта. Это явление может быть неприятным для пациентов и требовать дополнительных мер по увлажнению слизистой оболочки рта. В свете вышеизложенного, важно учитывать особенности и рекомендации при применении препаратов для аутистических пациентов, особенно в контексте их состава и возможных побочных эффектов. Такой подход поможет обеспечить максимальную эффективность лечения, минимизируя негативные последствия для здоровья пациента [1, 22].

В результате снижения скорости нестимулированной секреции ротовой жидкости при развитии кариесогенной ситуации происходит сдвиг pH в кислую сторону, изменяется микробный состав в полости рта. Вследствие недостатка слюны наблюдается более тяжелое течение воспалительных процессов [33]. В таких условиях активируется перекисное окисление липидов, что приводит к прогрессированию деструкции клеточных мембран, запуску апоптоза и развитию «окислительного стресса». Все эти процессы негативно сказываются на здоровье полости рта [25]. Именно на этом основана зависимость между распространенностью и активностью кариеса, недостаточной гигиеной и воспалением слизистой оболочки полости рта и психоневротическими расстройствами [34].

Трудности в оказании стоматологической помощи детям с РАС

К сожалению, найти стоматолога, специализирующегося на лечении детей с рас, оказывается довольно сложно. Эта проблема вызвана не только недостатком специалистов в данной области, но и сниженным приоритетом здоровья полости рта у родителей таких детей. Они склонны откладывать походы к стоматологу на второй план, считая, что у их детей есть более важные здоровотворные проблемы. Более того, многие дети с рас страдают дентофобией — страхом перед стоматологическими процедурами. Установить контакт и общаться с такими детьми представляет трудность для специалистов-стоматологов. Но, как правило, их большой проблемой является отсутствие государственного финансирования стоматологических услуг, в результате чего стоимость лечения значительно возрастает [22, 35, 36].

Факторы, затрудняющие стоматологический прием пациентов с РАС

При проведении стоматологического лечения у детей с психоневрологическими расстройствами наблюдается неадекватная реакция, которая в большинстве случаев доходит до агрессии. Эта реакция является следствием серьезности расстройства [25]. Для подобных пациентов посещение стоматолога становится стрессом. Увеличение

их сенсорной чувствительности вызывает реакцию на вкус и запах стоматологических материалов, латексных перчаток, холодных металлических инструментов, яркого света рефлектора, а также шума бормашины и слюноотсоса. Ребенок может по-иному реагировать на прикосновения и цвет медицинской одежды. Людей с расстройствами пугает необходимость долго сидеть неподвижно в стоматологическом кресле, которое регулируется врачом. Ребенок теряет контроль над ситуацией. Отрицательное влияние оказывает медицинская маска, закрывающая лицо врача. В данном случае это особенно обусловлено тем, что пациенты, страдающие аутизмом, не могут смотреть в глаза собеседника и фокусируются на его губах, которые, в свою очередь, закрыты [22, 37].

Подготовка ребенка с РАС к стоматологическому приему

Качественная подготовка к визиту может существенно облегчить весь процесс приема как для врача, так и для самого пациента. Прежде всего, рекомендуется отправить родителям ребенка анкету, включающую вопросы о нарушениях сенсорной чувствительности и других особенностях ребенка. Это поможет координировать время визита и позволит более детально подготовиться к осмотру. Для того чтобы ребенок лучше понял, какие манипуляции будут проводиться во время визита, рекомендуется предварительно выслать ему перчатки, маску, одноразовое зеркало и вату. Это поможет ребенку привыкнуть к ощущению данных предметов во рту и научиться держать рот открытым. Дополнительно, родители могут читать с ребенком рассказы, посвященные посещению стоматолога, такие как «Я знаю, почему я чищу зубы», «Топси и Тим ходят к стоматологу» и «Сенситив Сэм посещает стоматолога». Истории такого рода могут помочь ребенку лучше понять и осознать важность поддержания здоровья зубов и полости рта. Также, при замене мануальной зубной щетки на электрическую, пациент в дальнейшем, как правило, испытывает меньший страх перед стоматологической установкой. Это может случиться благодаря более легкому и приятному ощущению от использования электрической щетки. В итоге, грамотная подготовка к визиту к стоматологу с учетом особенностей каждого пациента может значительно облегчить и сделать более комфортным весь процесс приема и лечения у данного специалиста. [31, 38] [22]

Перед походом к стоматологу родители должны обязательно посетить поликлинику и сфотографировать врача и его кабинет. Это поможет ребенку визуализировать место, где ему предстоит провести время и снизить уровень тревожности. Целью является минимизировать время, проведенное в очереди либо в идеале вообще его устранение. Для достижения этой цели эффективно использовать так называемые "визуальные поддержки", которые представлены фотографиями, иллюстрирующими каждый этап лечения [38-40].

Особенности стоматологического приема детей, страдающих РАС

Для достижения эффективного стоматологического лечения у детей необходимо в первую очередь оценить их уровень стоматологического комплаенса. Для этого мы предлагаем использовать "анкету для определения уровня стоматологического комплаенса у детей". Это позволит нам получить полную картину о том, насколько ребенок следует рекомендациям и инструкциям врача. Важно отметить, что

есть группа детей, которые имеют психоневрологические расстройства или низкий уровень готовности выполнять врачебные рекомендации. Для них рекомендуется увеличить количество "адаптивных" визитов в стоматологическую клинику до десяти. Это даст возможность более подробно изучить состояние зубов и полости рта у этих детей, а также провести дополнительное лечение и дать рекомендации, учитывая их индивидуальные особенности и потребности. Повышение комплаентности у всех детей является нашей целью, ведь чем лучше они следуют инструкциям врача и заботятся о своих зубах, тем меньше возникает вероятность развития заболеваний полости рта и затрат на дорогостоящее лечение в будущем. Мы готовы предоставить всю необходимую помощь и рекомендации, чтобы дети нашей клиники имели здоровые зубы и уверенную улыбку. Наша команда опытных специалистов сделает все возможное, чтобы сделать визиты в стоматологическую клинику комфортными и приятными для каждого ребенка. Вместе мы сможем достичь наилучших результатов и создать здоровую улыбку, которая останется с детьми на всю жизнь. [25].

При стоматологических манипуляциях рекомендуется использовать пластиковые инструменты вместо металлических. Это связано с тем, что пластик не ощущается холодным и не вызывает неприятных ощущений у пациента. Когда речь идет о полоскании полости рта, лучше использовать обычную воду вместо антисептиков. Это особенно важно для пациентов с повышенной чувствительностью, поскольку вкус и запах антисептиков могут оказаться слишком сильными для таких людей. Кроме того, было бы полезно разрешить родителям или сопровождающим лицам присутствовать на приеме. Присутствие этих лиц поможет врачу наладить контакт с ребенком, особенно если речь идет о приеме детей. Высокая тревожность у детей может быть преодолена в присутствии родителей или близких лиц, которые смогут успокоить ребенка. В заключение, использование пластиковых инструментов при стоматологических процедурах, применение обычной воды для полоскания полости рта и разрешение родителям или сопровождающим лицам присутствовать на приеме являются важными факторами, которые обеспечат более комфортное и безопасное взаимодействие между врачом и пациентом. [19].

Общаясь с пациентом с РАС, нужно говорить короткими фразами, делать паузу между предложениями длительностью до пяти секунд и произносить слова очень медленно. Следует стараться не употреблять в речи приказы, т.к. для детей с РАС характерно патологическое избегание требований. Для того чтобы пациент не сопротивлялся стоматологическим вмешательствам, лучше использовать принцип «скажи - покажи - сделай». При этом сначала стоматолог говорит, что собирается сделать, затем показывает это вне полости рта, и только потом переходит к

манипуляции. Также хорошо помогает принцип «сейчас - потом». Врач может сказать: «Сейчас я почищу тебе зубы, потом ты встанешь с кресла, сейчас я обработаю полость, потом ты пойдешь домой» [22, 37, 38]. Нужно чаще употреблять имя пациента, чтобы ребенок понял, что стоматолог обращается к нему. В речи врача нужно оставить только ключевые слова, без лишних распространений. Если нужно о чем-то попросить ребенка, делать это лучше без частицы «не». Например, вместо фразы «Не закрывай рот», лучше сказать: «Оставь рот открытым». Предлагая что-то на выбор, следует сокращать варианты до минимума. Так как у людей с РАС отсутствует образное мышление, не нужно использовать метафоры и сравнения. Жесты и мимика также не сделают слова врача яснее [39].

Для повышения комфорта при проведении стоматологических процедур пациентам с РАС (расстройством аутистического спектра) рекомендуется применять седацию или общее обезболивание. Эти вмешательства проводятся при наличии письменного согласия родителей ребенка. При седации сознание у пациента сохраняется, однако он реагирует на определенные речевые команды или на сочетание речевых стимулов с незначительным тактильным воздействием [24]. Для седации применяется мидазолам – снотворное фармакологическое средство, производное бензодиазепина [41]. Санация полости рта проводится в одно или два посещения с интервалом 5-8 дней. За время одного визита удастся пролечить до 3-5 зубов [42]. Преимуществом общего обезболивания считается возможность выполнить большой объем процедур за одно посещение, пролечить и удалить все требующие этого зубы.

Стоматологическое лечение детей с расстройствами артикуляции и речи не ограничивается лишь санацией полости рта. Для успешной коррекции таких проблем необходима помощь узких специалистов, включая ортодонта, логопеда и фоноатра. Взаимодействуя совместно, эти профессионалы выявляют основные причины и устраняют вредные привычки, разрабатывают комплексную программу миогимнастики и лечебной физкультуры для тренировки мышц языка, жевательной и мимической мускулатуры [24]. Наличие такого множества специалистов в команде позволяет обеспечить оптимальное лечение и максимальный положительный результат для детей с расстройствами в полости рта и речевой сфере. [24].

Анализ литературы показал, по заболеваниям детей аутистического спектра имеется много информации по разным заболеваниям ротовой полости, анатомо-физиологических нарушений, но нет единой комплексной программы оказания стоматологической помощи при этом заболевании. Таким образом, необходимо разработать комплексную программу лечения стоматологических заболеваний помощи у больных расстройствами аутистического спектра.

Список литературы:

1. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с. +Simashkova NV, Klushnik TP, eds. Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (In Russ).]
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [International Classification of Diseases, 10th revision (In Russ).] URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4429> (Accessed December 22, 2019)

3. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord*. 1979;9(1):11-29.
4. Anagnostou E, Hansen R. Medical treatment overview: Traditional and novel psychopharmacological and complementary and alternative medications. *Curr Opin Pediatrics*. 2011;23(6):621-7.
5. Cardemil EV, O'Donnell EH, Esposito-Smythers C, D'Eramo KS, Derrick BE, Spirito A, et al. Depressive symptoms in low-income, urban adolescents: Cognitive and contextual factors. *J Prev Interv Community*. 2014;42(3):183-95.
6. Eades D, Leung P, Cronin A, Monteiro J, Johnson A, Remington A. UK dental professionals' knowledge, experience and confidence when treating patients on the autism spectrum. *Br Dent J*. 2019;227(6):504-10.
2. Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г. Молекулярно-цитогенетические исследования хромосомных аномалий и нарушений при нервно-психических заболеваниях: поиск биологических маркеров для диагностики. *Вестник РАМН*. 2001;7:26-31. [Yurov YuB, Vorsanova SG. Molecular cytogenetic studies of chromosomal abnormalities and disorders in neuropsychiatric diseases: search for biological markers for diagnosis. *Bulletin of the RAMS*. 2001;7:26-31 (In Russ).]
3. Piven J, Gayle J, Chase G, Fink B, Landa R, Wzorek MM, Folstein SE. A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(2):177-83.
4. Hashimoto T, Tayama M, Miyazaki M, Fujii E, Harada M, Mi-yoshi H, et al. Developmental brain changes investigated with proton magnetic resonance spectroscopy. *Dev Med Child Neurol*. 1995;37(5):398-405.
5. Carper RA, Courchesne E. Localized enlargement of the frontal cortex in early autism. *Biol Psychiatry*. 2005;57(2):126-33.
6. Accardo P, Bostwick H. Zebras in the living room: The changing faces of autism. *J Pediatrics*. 1999;135(5):533-5.
7. Torrente F, Anthony A, Heuschkel RB, Thomson MA, Ashwood P, Murch SH. Focal-enhanced gastritis in regressive autism with features distinct from Crohn's and *Helicobacter pylori* gastritis. *Am J Gastroenterology*. 2004;99(4):598-605.
8. Петрова А.П., Суетенков Д. Е. Комплексная профилактика кариеса у детей с гастродуоденальной патологией. *Гигиенист стоматологический - 10 лет в России*. 2011;1:216-9 [Petrova AP, Suetenkov DE. Comprehensive prevention of dental caries in children with gastroduodenal pathology. *Dental hygienist - 10 years in Russia*. 2011;1:216-9 (In Russ).]
9. Lelord G, Hérault J, Perrot A, Hameury L, Lenoir P, Adrien JL, et al. Childhood autism: A relating deficiency due to a developmental disorder of the central nervous system. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*. 1993;177(8):1423-30.
10. Hranilovic D, Bujas-Petkovic Z, Tomicic M, Bordukalo-Niksic T, Blazevic S, Cicin-Sain L. Hyperserotonemia in autism: Activity of 5HT-associated platelet proteins. *J Neural Transm*. 2009;116(4):493-501.
11. Shinohe A, Hashimoto K, Nakamura K, Tsujii M, Iwata Y, Tsuchi-ya KJ, et al. Increased serum levels of glutamate in adult patients with autism. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(8):1472-77.
12. Прогнозирование риска аутизма может начаться с капли крови [Predicting the risk of autism can start with a drop of blood (In Russ).] URL: <https://ucsdnews.ucsd.edu/feature/predicting-autism-risk-may-begin-with-a-drop-of-blood> (Accessed February 17, 2020).
13. Brentani H, Silvestre C de Paula, Bordini D, Rolim D. Autism spectrum disorders: An overview on diagnosis and treatment. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2013;35:62-72.
14. Национальное аутистическое общество. Dental care and autism. [The national autistic society. Dental care and autism (In Russ).] URL: <https://www.autism.org.uk/professionals/health-workers/dentists-info.aspx> (Accessed January 05, 2020).
15. My world is not your world. What is an autism spectrum disorder? and where does Asperger Syndrome fit into this picture? URL: www.hale.ndo.co.uk/autism/index.htm (Accessed January 05, 2020).
16. Vannucchi G, Masi G, Toni C, Dell'Osso L. Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders. Cambridge University Press. 2013;19(2):1-8.
17. Bellis W. Autistic spectrum disorder: What should you know? *Dental Nursing*. 2016;12(1):17-9.
18. Чуйкин С.В., Галеев Р.В., Галеева Р.Р. Стоматологический статус детей с аутизмом, проживающих в регионе с эко-токсикантами. *Проблемы стоматологии*. 2019;15(2):84-8. [Chuiкин SV, Galeev RV, Galieva RR. Dental status of children with autism living in the region with ecotoxicants. *Problems of Dentistry*. 2019;15(2):84-8 (In Russ).]
19. Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., Милосердова К.Б. Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. *Аутизм и нарушения развития*. 2017;15(3):9-15 [Kiselnikova LP, Drobotko LN, Miloserdova KB. Dental care for children with autism spectrum disorders. *Autism and developmental disorders*. 2017;15(3):9-15 (In Russ).]

20. Krishnan KR, Doraiswamy PM, Clary CM. Clinical and treatment response characteristics of late-life depression associated with vascular disease: a pooled analysis of two multicenter trials with sertraline. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2001;25:347-61
21. Autism: Recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624178>. (Accessed January 04, 2020).
22. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Воинова-Улас В.Ю. Эпигенетические исследования синдрома Ретта как адекватной модели аутистических расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2005;7:4-11. [Yurov IYu, Vorsanova SG, Voinova-Ulas VYu. Epigenetic studies of Rett syndrome as an adequate model of autistic disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2005;7:4-11 (In Russ).]
23. Якубова И.И., Ципан С.Б. Стоматологические проблемы детей с расстройствами аутистического спектра и пути их решения. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2019;2:67-70. [Yakubova II, Zipan SB. Dental problems of children with autism spectrum disorders and their solutions. *Children Stomatology and Prevention*. 2019;2:67-70 (In Russ).]
24. Al-Batayneh OB, Nazer TS, Khader YS, Owais AI. Effectiveness of a tooth-brushing programme using the picture exchange communication system (PECS) on gingival health of children with autism spectrum disorders. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019. doi: 10.1007/s40368-019-00485-x
25. Диспраксия у детей. Под ред. В.М. Шайтор, В.Д. Емельянова. м.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 108 с. [Shaitor VM, Emelyanov VD, eds. *Dyspraxia in children*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017 (In Russ).]
26. «Особенные» дети и их лечение. ["Special" children and their treatment (In Russ).] URL: <https://stomweb.ru/articles/detskaya-stomatologiya/osobennye-deti-i-ih-lechenie> (Accessed November 03, 2019).
27. Алексеева Е.О., Ковалевский А.М. Эффективность программы профилактики стоматологических заболеваний у детей с аутизмом. *Клиническая стоматология*. 2019;3:62-3 [Alek-seeva EO, Kovalevsky AM. The effectiveness of the program of prevention of dental diseases in children with autism. *Clinical Dentistry*. 2019;3:62-3 (In Russ).]
28. Sierant ML, Bartlett JD. Stress response pathways in amelo-blasts: Implications for amelogenesis and dental fluorosis. *Cells*. 2012;1:631-45.
29. Гуленко О.В., Хагурова С.Б., Быков И.М. Особенности физико-биохимических свойств ротовой жидкости у детей с кариесом зубов на фоне психоневрологических расстройств. *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2017;21(3):329-38. [Gu-lenko OV, Hagurova SB, Bykov IM. Features of the physical and biochemical properties of oral fluid in children with dental caries on the background of neuropsychiatric disorders. *Vestnik RUDN. Series: Medicine*. 2017;21(3):329-38 (In Russ).]
30. Khazratov A.I. Rizaev J.A., Khusanbaeva F.A. Relationship between Chronic Kidney Disease and Oral Health // *American Journal of Medicine and Medical Sciences* №5(12), p. 455-462, 2022
31. JA Rizaev, AI Khazratov, AN Makhmudova, MK Kamariddinzoda the use of tenoten for outpatient oral surgery in children // *Journal of Modern Educational Achievements*, №3(3), p. 10-19, 2023
32. Хазратов, А. И., Абдуллаев, Т. З., Фуркатов, Ш. Ф., & Нарзиева, Д. Б. (2023). Особенности течения туберкулёза у подростков. *Pedagogical sciences and teaching methods*, 2(19), 87-94.
33. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 20-25.
34. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. *Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery*, 677-678.
35. Rizaev, J. A., Rustamova, D. A., Khazratov, A. I., & Furkatov, S. F. (2022). The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 40-45.
36. Isamiddinovich, M. F., JURAKHANOVNA, P. B., & Akmalovich, J. E. (2022). ХАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАР ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАЛАРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(6).
37. Rizaev, J. A., & Bekmuratov, L. R. (2022). Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 2(3).
38. 43.Bakhtiyorovna R. S., Anvarovna A. M. Features Of the Course and Treatment of Aggressive Forms of Parodontitis // *Texas Journal of Medical Science*. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 76-82.
39. 44.Bakhtiyorovna R. S., Alisherovich M. G. CARIES IS THE APPEARANCE OF BLACK SPOTS // *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*. – 2022. – Т. 10. – №. 12. – С. 432-435.
40. 45.Botirovna S. J., Qizi Z. M. A., Qizi R. S. B. Dental periodontitis // *Texas Journal of Medical Science*. – 2021. – Т. 3. – С. 38-39.

41. 46.Bakhtiyorovna, Rahimberdiev Rustam Abdunosirovich Razzakova Shokhista. "FREQUENCY OF DENTAL ANOMALIES IN ARTIFICIALLY FED CHILDREN." Journal of Modern Educational Achievements 5.5 (2023): 180-184.
42. 47.Bakhtiyorovna R. S. THE COURSE OF AGGRESSIVE PARODONTITIS AND THE PECULIARITY OF THE COURSE OF TREATMENT //Journal of Modern Educational Achievements. – 2023. – Т. 5. – №. 5. – С. 41-47.
43. 48.Bakhtiyorovna R. S. THE EFFECTIVENESS OF ANTI-MALARIA MEASURES CARRIED OUT AT DIFFERENT TIMES OF THE YEAR //Journal of Modern Educational Achievements. – 2023. – Т. 5. – №. 5. – С. 35-40.
44. 49.Bakhtiyarovna, R. S., Alisherovich, M. G., Lazizbek, I., & Shakhboz, A. (2023). WAYS TO IMPROVE DENTAL CARE IN CHILDREN. Journal of Modern Educational Achievements, 4(4), 153-157.
45. 50.Bakhtiyarovna R. S. et al. APPLICATION OF MODERN FILLING MATERIALS IN PEDIATRIC DENTIST

Юсупова Саният Ашурбековна

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Ашуев Жаруллах Абдуллахович

ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Гаффаров Усмон Бобоназарович**Ибрагимов Даврон Дастамович**

Самаркандский Государственный медицинский университет

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДРАКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГУБ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>**АННОТАЦИЯ**

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям. Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ.

Ключевые слова: предраковые болезни губ, распространенность, климатогеографические зоны республики Дагестан.

Yusupova Saniyat Ashurbekovna

Dagestan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Makhachkala, Russia

Ashuev Zharullah Abdullakhovich

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Gafarov Usman Bobonazarovich**Ibragimov Davron Rustamovich**
Samarkand State Medical University**THE PREVALENCE OF PRECANCEROUS DISEASES OF THE LIPS IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN****ANNOTATION**

An undoubted role in the development of malignant neoplasms of the mucous membranes of the mouth and lips belongs to precancerous conditions. The prevalence of precancerous lip diseases in various climatogeographic regions of the Russian Federation differs significantly depending on the regions of the country, there are also differences in the spread of these diseases in different states, although comparative statistics are difficult, since researchers often combine the pathology of the mucous membrane of the mouth and lips.

Key words: precancerous diseases of the lips, prevalence, climatic and geographical zones of the Republic of Dagestan.

Yusupova Saniyat Ashurbekovna

Dog'iston davlat tibbiyot universiteti

Ashuev Jarullax Abdullaxovich

Rossiya uzluksiz kasb-xunar

ta'limi tibbiyot akademiyasi

G'afforov Usmon Bobonazarovich

Ibragimov Davron Dastamovich
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

DOG'ISTON RESPUBLIKASIDA LAB RAK OLDI KASALLIKLARINING TARQALISHI

ANNOTATSIYA

Og'iz va lablar shilliq pardalarining yomon sifatli o'smalarini rivojlanishida shubhasiz rak oldi kasalliklari rol o'ynaydi. Rossiya Federatsiyasining turli iqlim va geografik mintaqalarida lab rak oldi kasalliklarining tarqalishi mamlakat mintaqalariga qarab sezilarli darajada farq qiladi, shuningdek, ushbu kasalliklarning turli davlatlarda tarqalishida farqlar mavjud, ammo qiyosiy statistika qilish qiyin, chunki tadqiqotchilar ko'pincha og'iz va lablar shilliq qavatining patologiyasini birlashtiradilar.

Kalit so'zlar: Labning rak oldi kasalliklari, tarqalishi, Dog'iston Respublikasining iqlim-geografik zonalari.

Введение. Болезни слизистой оболочки рта и губ в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, так как данная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [1]. «Своевременная диагностика их составляет значительные трудности, а лечение данной патологии не всегда является успешной. Не менее важен социальный аспект проблемы, так как поражения лица, в частности губ, неблагоприятно сказывается на качестве жизни пациентов» [2]. Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов, так распространённость болезней губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [3, 4]. «Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям» [5]. «Распространенность предраковых болезней красной каймы губ среди взрослого населения в литературе практически освещены мало и носят противоречивый характер, в основном проведены такие исследования у детей» [6]. «При изучение структуры болезней красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы, при анализе обращений 1971 больных выявлено 212 (11,7%) человек у которых поставлен диагноз доброкачественного новообразования губ (D10.0)» [7].

Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ. В последние годы, несмотря на появление различных современных методик диагностики и лечения предраковых болезней, наблюдают тенденцию к их росту [8]. В связи с этим важным моментом и задачей стоматологов является максимально раннее, неинвазивное выявление признаков, способствующих развитию предикторных изменений слизистой оболочки рта и губ [9, 10]. «Тщательного рассмотрения в практике врача-стоматолога требуют заболевания, отличающиеся высокой склонностью к озлокачествлению (облигатные предраки красной каймы губ)» [11]. «Они характеризуются отсутствием объективных признаков раковой опухоли, однако при наличии патогенных факторов малигнизируются. Клинические проявления данной группы заболеваний разнообразны, что затрудняет их диагностику. С другой стороны, прогноз зависит от целого ряда факторов, прежде всего природы канцерогенов, а также локального

статуса и общего состояния организма. При исключении неблагоприятных воздействий возможно обратное развитие элементов поражения, стабилизация процесса без существенных изменений либо дальнейшее развитие без склонности к перерождению. Сохранение неблагоприятного фона приводит к малигнизации очага поражения» [12].

«В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения. Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан» [13]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [14]. Не смотря на достаточно значительную распространенность этой патологии никто из исследователей не изучал структуру и распространение предраковых болезней губ в Республике Дагестан.

Цель исследования — изучить распространенность, частоту и структуру предраковых болезней губ у взрослого населения Республики Дагестан в различных климатогеографических зонах.

Материал и методы. Территории Дагестана присуща вертикальная зональность, вследствие чего условно выделяются три климатогеографические области: низменная (равнинная), составляющая 44% общей площади региона; предгорная - 15,8%, горная - 40,2%. Соседство равнин и высоких гор, моря и пустынь создало разнообразие климатических условий. Для выявления особенностей структуры и распространенности предраковых болезней губ в различных регионах республики Дагестан (равнинном, предгорном и горном), было проведено за три года обследование взрослого населения, охватывающее основные возрастные группы, при этом выявлено 1673 больных с предраковой патологией губ, в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Критерием включения в исследование являлись:

6. Обследуемые в возрастных группах от 18 до 90 лет (молодой возраст – от 18 до 44 лет; средний возраст – 45-59 лет; пожилой возраст – 60-74 лет; старческий возраст – 75-90 лет).

7. Лица женского и мужского пола.

8. Пациенты с различными видами предраковой патологии губ.

9. Добровольное информированное согласие обследуемых участвовать в исследовании.

10. Отсутствие соматической патологии в декомпенсированной форме.

Критерием исключения в исследовании служили:

5. Пациенты с фоновой патологией губ, к которой относят метеорологический и актинический хейлит, хроническую трещину губ, постлучевой хейлит, красную волчанку.

6. Злокачественная патология красной каймы губ.

7. Тяжелые системные болезни у пациентов в виде рака, туберкулеза болезней системы кровообращения в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев и активных аутоиммунных процессов, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.

8. Применение пациентами лекарственных препаратов, которые влияют на усугубление течения стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).

При этом в равнинной зоне выявлены 445, в предгорной зоне 659 и горной зоне 569 пациентов с предраковыми

болезнями губ. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу предраковых болезней губ у населения различных климатогеографических зон республики.

Результаты и обсуждение. На консультативном приеме при обследовании 1673 пациентов диагностировали у них следующие виды предраковых болезней губ: красный плоский лишай, папиллома, лейкоплакия, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, гиперплазия, кератоакантома.

Среди предраковых болезней губ в республике чаще всего выявляли красный плоский лишай губ у 483 (28,9%) пациентов от общего количества больных. На втором месте диагностировали папиллому губ у 456 (27,3%) у жителей республики, далее следовали лейкоплакия у 194 (11,6%) и бородавчатый предрак у 161 (9,6%) пациента. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 138 (8,2%) и 136 (8,1%) больных. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, у 105 (6,3%) пациентов (Рисунок 1).



Рисунок 1. Процентное соотношение пациентов с различными видами предраковых болезней губ в Республике Дагестан

При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлены статистически значимые данные. Статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще выявлена в горной климатогеографической

зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно у 257 (15,4%), 94 (5,6%) и 132 (7,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с горной, соответственно у 207 (12,4%) и 87 (5,2%) человек.

Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 102 (6,1%), 32 (1,9%) и 60 (3,6%) человек (Таблица 1).

Таблица 1.

Сравнительный анализ количества выявленных больных с предраковыми болезнями губ в различных климатогеографических зонах РД

Предраковые болезни губ	Климатогеографические зоны			Итого
	Равнинная	Предгорная	Горная	
Красный плоский лишай	94* (5,6)	132** (7,9)	257*** (15,4)	483 (28,9)
Папиллома	162 (9,7)	207** (12,4)	87*** (5,2)	456 (27,3)
Лейкоплакия	32* (1,9)	102** (6,1)	60*** (3,6)	194 (11,6)
Бородавчатый предрак	39* (2,3)	91** (5,4)	31 (1,9)	161 (9,6)
Ограниченный предраковый гиперкератоз	27* (1,6)	65 (3,9)	46*** (2,7)	138 (8,2)
Гиперплазия	50* (3)	29** (1,7)	57 (3,4)	136 (8,1)
Кератоакантома	41 (2,5)	33 (2)	31 (1,8)	105 (6,3)
Итого	445 (26,6)	659 (39,4)	569 (34)	1673 (100)

Примечание:

* - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов предраковыми болезнями губ, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

** - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов с предраковыми болезнями губ, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

*** - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов с предраковыми болезнями губ, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 91 (5,4%), 39 (2,3%) и 31 (1,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной, соответственно у 65 (3,9%) и 27 (1,6%) человек, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно у 46 (2,7%) и 27 (1,6%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с предгорной, соответственно у 57 (3,4%) и 29 (1,7%) человек, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно у 50 (3%) и 29 (1,7%) человек. При сравнительном анализе распространенности кератоакантомы у пациентов в различных климатогеографических зонах, статистически значимых данных не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, чаще всего выявляли в республике следующую предраковую патологию губ - красный плоский лишай у обнаружен у 28,9%, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия 11,6% и бородавчатый предрак

9,6%. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, которая составила 6,3%. При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с

равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной,

соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%.

Список литературы:

1. Барер Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2003. Barer GM. Diseases of the oral mucosa. 2003. (In Russ).
2. Гажва С.И., Дятел А.В. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. *Фундаментальные исследования*. 2014;10-6:1076-1080.
3. Gzhva SI, Dyatel A.V. The prevalence of diseases of the mucous membrane of the red border of the lips in the adult population of the Nizhny Novgorod region. *Basic research*. 2014;10-6:1076-1080. (In Russ).
4. Крихели Н.И., Пустовойт Е.В., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ. Учебное пособие. 2016.
5. Krikheli NI, Pustovoit EV, Rybalkina EA. Lip diseases. Tutorial. 2016. (In Russ).
6. Patil S, Maheshwari S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(4):e374-378. doi:10.4317/jced.51597.
7. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. *Вестник ВолгГМУ*. 2013;1(45):3-6.
8. Firsova IV, Mikhalchenko VF, Mikhalchenko DV. Medical tactics in the diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa and the red border of the lips. *Vestnik VolgGMU*. 2013;1(45):3-6. (In Russ).
9. Зыкеева С.К., Билисбаева М.О. Заболевания языка и губ у детей и подростков. *Вестник КазНМУ*. 2018;1:148-153.
10. Zykeeva SK, Bilisbaeva MO. Diseases of the tongue and lips in children and adolescents. *Bulletin of KazNMU*. 2018;1:148-153. (In Russ).
11. Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике. *Российский стоматологический журнал*. 2014;5:50-52.
12. Dzugaeva II, Umarova KV. Analysis of the structure of diseases of the oral mucosa and the red border of the lips, registered in the adult population at the reception in a typical dental clinic. *Russian Dental Journal*. 2014;5:50-52. (In Russ).
13. Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Гущина О.О. Клинико-иммунологические особенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ. *Стоматология*. 2018;5:23-26.
14. Pursanova AE, Kazarina LN, Gushchina OO. Clinical and immunological features of precancerous diseases of the oral mucosa and red border of the lips. *Dentistry*. 2018;5:23-26. (In Russ).
15. Горячева Т.П., Шкаредная О.В., Базикян Э.А. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта. *Современные технологии в медицине*. 2017;3(9):118-124.
16. Goryacheva TP, Shkarednaya OV, Bazikyan EA. Optimization of early diagnosis of pathological conditions of the oral mucosa. *Modern technologies in medicine*. 2017;3(9):118-124. (In Russ).
17. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, ассоциированной с герпесвирусной инфекцией. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;2.
18. Chuikin SV, Akmalova GM, Chernysheva ND. Features of the clinical course of lichen planus of the oral mucosa associated with herpes virus infection. *Modern problems of science and education*. 2015;2. (In Russ). <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18735>.
19. Костина И.Н., Епишова А.А., Григорьев С.С., Чернышева Н.Д., Сорокоумова Д.В. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов. 2019.
20. Kostina IN, Epishova AA, Grigoriev SS, Chernysheva N.D., Sorokoumova D.V. Precancerous diseases of the oral mucosa, red border of the lips and facial skin: A manual for dentists-surgeons, maxillofacial surgeons and dentists-therapists. 2019. (In Russ).
21. Луцкая И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. *Современная стоматология*. 2011;1:33-36.
22. Lutskaia IK. Precancerous diseases of the red border of the lips and oral mucosa. *Modern dentistry*. 2011;1:33-36. (In Russ).
23. Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Курбанов З.О. Распространенность и интенсивность болезней пародонта у взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. *Вестник ДГМА*. 2013;4(9):48-50.
24. Kurbanov OR, Abdurakhmanov AI, Kurbanov ZO. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. *Bulletin of the DSMA*. 2013;4(9):48-50. (In Russ).
25. Алиханов Т.М., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Салихова М.М. Распространенность и интенсивность болезней пародонта взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. *Вестник ДГМА*. 2012;6:34-37.

26. Alikhanov TM, Kurbanov OP, Kurbanov ZO, Salikhova MM. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. *Bulletin of the DSMA*. 2012;6;34-37. (In Russ).
27. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). *Scientific progress*. 2021, 2(5). Стр. 287-291.
28. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. *Актуальные вопросы стоматологии*. 2021. Стр. 852-855.
29. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаление зуба мудрости. *Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием*. 2021/11.
30. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечения для профилактики в развитие перимплантитов. *Дни молодых учёных*. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.
31. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузибаев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. *Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки*. 2023/6/16. Стр. 30-35.
32. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. *Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII*. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.
33. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.
34. Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучкоров Ф.Ш., Нарзикулов А.Р.. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. *Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии»*. Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 42-44.
35. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. *Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука*. 2023/3/21. Стр. 7-13.
36. Махаммадиев Ахмадхон Орифхонович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Развитие общества и науки в современных условиях. *Новая наука*. 2023/3/20. Стр. 112-118.
37. Гаффаров Усмон Бобоназарович Исмаев Навруз Самадович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастамович. Повышение эффективности комплексного лечения острых гнойных периоститов челюстей. *Наука ххи века: вызовы, становление, развитие. Новая наука*. 2023/3/20. Стр. 28-34.
38. ФШ Кучкоров, ДД Ибрагимов, ЖА Абдуфаттоев, НС Исмаев. Применение препаратов элюдрил про и остеогенон после сложной операции удаление зуба. *Актуальные вопросы стоматологии*. 2023. Стр. 398-402.
39. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жaxonгир Абдутолибович. Повышение эффективности в комплексном лечении периоститов челюстей с применением препаратов декасан и стоморад. *Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития. Новая наука*. 2023. Стр. 328-339.
40. DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, HM Akramov. The case of hemifacial microsomy in blood brothers. *THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука*. 2021, 9. Стр. 793-795.
41. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.
42. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. *Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области*. 2021. Стр. 48-51.
43. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. *Научный потенциал – 2023. Новая наука*. 2023/5/29. Стр. 208-214.
44. ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучкоров. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. *MedUnion*. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.
45. Гуйчиева М.А. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. *Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии»*. Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.
46. Сирожидинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. *Исследовательская работа – 2023. Новая наука*. 2023/3/13. Стр. 16-19.

47. Кучкоров Фирдавс Шералиевич Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинико-статического анализа. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 146-150.
48. Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 168-173.
49. Зикижонова С.Б. Турдиниёзов Б.В. повышения эффективности ринопластики с применением сорбентов. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием «МАКСУДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ». 2023/7/12. Стр. 278-282.
50. АА Махмудов, ММ Рахимов, ДО Матсопов, БВ Турдиниёзов. Диагностика и сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов стенок орбиты (обзор литературы). ББК: 56.65 я 43 С 56. Стр. 110.
51. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.
52. Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Роль изучения местного иммунного статуса у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Интернаука. 2023/5, 3.
53. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов Фурасол и Фарингасол Салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.
54. Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Преимущества применения насыщенного тромбоцитарного фибрина при лечении кист челюстей. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 162-167.

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 5, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
VOLUME 5, 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